

AcPI

Actualizaciones
en
Psicoterapia Integrativa

Editorial

Nuestra revista **AcPI** presenta hoy su edición **número 16**. Dentro de nuestra constante búsqueda del conocimiento válido, nos genera mucha satisfacción entregar al lector el aporte de contribuciones de miembros del Enfoque Integrativo Supraparadigmático y de colaboradores externos; en temáticas de alta relevancia para el trabajo clínico en la realidad de consulta actual.

Dentro de la comprensión y sistematización de cuadros clínicos, hemos incluido dos trastornos de gran relevancia y que están siendo cada vez más frecuentes en la consulta clínica. Los que si bien corresponden a trastornos especificados inicialmente en la infancia, su manifestación en la vida adulta es tan significativa, que incluso ha sido incluida en las últimas clasificaciones diagnósticas. Los cuadros a los que nos referimos son el trastorno de Déficit Atencional (TDAH) y los Trastornos del Espectro Autista (TEA). Es así como el lector podrá conocer la manifestación del TDAH en la Adultez; y en lo referido a las manifestaciones de los cuadros del espectro TEA, podrá ver las características y formas de presentación de este trastorno en Mujeres Adolescentes , una realidad muchas veces subdiagnosticada.

Este número de AcPI, también ha buscado aportar en el ámbito de las intervenciones clínicas. Para ello hemos incorporado sistematizaciones y propuestas de recursos clínicos de gran “popularidad” hoy en día, pero que muchas veces no son bien conocidas y/o implementadas; a saber, el Mindfulness y el manejo de las Distorsiones Cognitivas. De este modo, presentamos un artículo sobre el Diálogo entre la Atención Plena y la Terapia Psicológica; y un artículo sobre Distorsiones Cognitivas y Técnicas de Afrontamiento como herramientas de intervención en Trastornos Ansiosos. También, hemos incorporado artículos referidos al abordaje psicoterapéutico de experiencias traumáticas; específicamente, una propuesta sobre el tema de la Corporalidad en personas Sobrevivientes de Abuso Sexual Infantil desde el EIS; y un trabajo de sistematización sobre el uso del Juego para abordar el Trauma Complejo en niños y niñas dentro de la Psicoterapia Infantil.

Finalmente, en esta publicación hemos incluido una sección, “Aportes de Pre Grado”, destinada a fomentar el trabajo de reflexión , análisis crítico , investigación y aporte social de los futuros psicólogos clínicos. Son trabajos que desarrollaron al interior de un curso de “Iniciación Profesional a la Psicología Clínica” ; en el cual , junto con conocer las características de la psicología clínica como disciplina, se procura la inserción en el contexto de la entrega de servicios de salud mental. Trabajos que hemos considerado serán de aporte e incentivo en la búsqueda de conocimiento válido que nutra nuestra labor: a saber, la Salud mental y Carrera Dual en estudiantes-deportistas universitarios y la Atención Primaria en Salud Mental en Personas Inmigrantes en Chile.

Esperamos contribuir a la reflexión y a la práctica clínica de nuestros lectores, y les agradecemos por su continuo apoyo, desde la creación de nuestra revista **AcPI** .

Verónica L. Bagladi L.
Directora

INDICE

Editorial _____	3
Artículos	
TDAH en la adultez: propuesta de una comprensión clínica desde el Enfoque Integrativo Supraparadigmático <i>Natalie Hernández Arancibia</i>	6
Trastorno del Espectro Autista Femenino en Adolescentes y Comorbilidad <i>Barbara Cabrera Rex</i> _____	26
Diagnóstico, presentación clínica y tratamiento del trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en adultos <i>Camila Muñoz Espinoza</i> _____	44
Habitar el Trauma: Aproximación al Proceso de Reapropiación de las Corporalidades en personas Sobrevivientes de Abuso Sexual Infantil desde el Enfoque Integrativo Supraparadigmático (EIS) <i>Florencia Forges González</i> _____	59
Mindfulness y Psicoterapia: Un diálogo entre la atención plena y la terapia psicológica <i>Andrea Herrera Donoso</i> _____	77
Distorsiones cognitivas y técnicas de afrontamiento como herramientas de post-diagnóstico e intervención en trastornos ansiosos <i>Tomas Baladrón Jaramillo</i> _____	92
El poder sanador del juego para abordar el trauma complejo en niños y niñas dentro de la Psicoterapia Infantil. <i>Sofía Villalobos Álvarez</i> _____	116
Aportes de Pre-Grado	
Salud mental y percepción de la Carrera Dual en estudiantes-deportistas de la Pontificia Universidad Católica de Chile <i>Martín Montes, Magdalena Williamson, Elisa Sandroock y Pilar Fajardo</i> _____	126
La Atención Primaria de Salud en Salud Mental hacia Personas Inmigrantes en Chile <i>Valeria Cortez Berríos, Rodrigo Unda Díaz y Ágata Toro-Labarca</i> _____	143

Artículos

TDAH en la adultez: propuesta de una comprensión clínica desde el Enfoque Integrativo Supraparadigmático

Natalie Hernández Arancibia *

Abstract

Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) has historically been associated with childhood but studied little in adulthood, which has presented various impacts on its diagnosis and management. This paper explores the relevant background of ADHD through a literature review, then proposes a clinical understanding of it from the Integrative Supraparadigmatic Approach (EIS), analyzing it through the six paradigms of this approach. This exploration aims to provide an exploratory perspective that addresses the need to view adult ADHD in its multidimensionality, with its own particularities that differ from its presentation in childhood, and to expand the clinical perspectives of its characterization. Finally, the paper discusses the limitations and various challenges that affect both this work and our professional practice.

Keywords: attention-deficit/hyperactivity disorder (adhd), adulthood, supraparadigmatic integrative approach (EIS).

Resumen

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) ha sido históricamente asociado con la infancia, pero muy poco estudiado en la adultez, lo cual ha tenido diversos impactos en su diagnóstico y abordaje. El presente trabajo explora los antecedentes relevantes del TDAH a través de una revisión de la literatura para luego proponer una comprensión clínica del mismo desde el Enfoque Integrativo Supraparadigmático (EIS), analizándolo a través de los seis paradigmas de este enfoque. Lo anterior con el fin de brindar una mirada exploratoria que responda a la necesidad de visualizar el TDAH adulto en su multidimensionalidad, con sus propias particularidades que difieren de su presentación en la infancia, y ampliar las perspectivas clínicas de su caracterización. Por último, se señalan las limitaciones y diferentes desafíos aún existentes que atañen tanto este trabajo como el quehacer profesional.

Palabras clave: trastorno por déficit de atención e hiperactividad (tdah), adultez, enfoque integrativo supraparadigmático (EIS).

Historia y conceptualización del TDAH

El Trastorno por Déficit Atencional e Hiperactividad (TDAH) ha sido ampliamente estudiado en la infancia y adolescencia ya que,

desde sus iniciales conceptualizaciones, éste fue catalogado como “una afección propia de la infancia” (Barkley, 2015 y Sibley, 2021). Cuando se hizo su introducción en el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM en adelante), éste fue descrito en sus primeras ediciones como un trastorno “hiperquinético” que afectaba a niños y niñas de edad escolar (American Psychiatric Association [APA], 1968), y ya para su cuarta edición, se comenzó a hablar

* Ps. Pontificia Universidad Católica de Chile
Post Título Psicoterapia Integrativa ICPSI
nahernandez@uc.cl
AcPI, vol. XVI, 6 -25

de su proyección a la adultez, dando una continuidad a lo que se venía esbozando en su sucesora, la quinta edición, eliminándose del capítulo “trastornos del niño y del adolescente” al consolidarse como una condición psiquiátrica que posee una continuidad desde la infancia a la edad adulta (APA, 2022).

Actualmente el DSM-V-TR lo clasifica dentro del apartado de trastornos del neurodesarrollo, teniendo dos ejes de síntomas principales: (a) la inatención y (b) la hiperactividad y/o impulsividad, y según la evaluación del cumplimiento de los criterios sintomatológicos, se habla de un TDAH de presentación combinada, con predominancia en la inatención, con predominancia en la hiperactividad/impulsividad o de tipo inespecífico (APA, 2022). Existen otros autores como Barkley (2015) que ponen el énfasis en las dificultades de inhibición conductual y control de impulsos, mientras que el modelo de Sonuga-Barke (2005) describe un modelo dual de las funciones ejecutivas que estarían principalmente intervenidas. La Declaración de Consenso Europeo Actualizada sobre el diagnóstico y tratamiento del TDAH en adultos de Kooij et al. (2019), a través de una revisión exhaustiva de la literatura más reciente del tema, manifiestan seis criterios diagnósticos relevantes a considerar para el diagnóstico de TDAH en la adultez:

1. Inatención
2. Hiperactividad si es externo, hiperalerta si es interno
3. Impulsividad
4. Excesiva “divagación mental” (*mind-wandering* en inglés) que se asocia a múltiples pensamientos no relacionados entre sí que están constantemente cambiando
5. Dificultades de funciones ejecutivas conductuales
6. Desregulación emocional

Lo cierto es que existe un acuerdo en que las funciones ejecutivas, atención y motivación son conceptos claves al momento de describir y conceptualizar el TDAH (Sepúlveda y Espina, 2021).

Prevalencia de TDAH

Al ser definido como un trastorno del neurodesarrollo, el DSM-V-TR describe que su sintomatología en niños y niñas persistiría en una parte substancial en la adultez (APA, 2022) afectando entre un 5% a 7% de la población infantil (en población norteamericana), un 2.6% a 6.8% según un metaanálisis global hecho por Song et. al en el año 2021 y con una persistencia de la sintomatología desde la infancia a la adultez en un 65% de los casos según Biederman (2007). Estudios más recientes estiman dicha cifra en más de un 50% de los casos a nivel global (Plowden et al. 2022). Pese lo anterior, no existen estudios con cifras oficiales en Chile y la pandemia por COVID del año 2020 dificultó el seguimiento de su prevalencia, haciendo notar la importancia de una sistematización en la metodología para evaluar tanto a nivel clínico como de sistema de salud el TDAH en adultos (Song et al., 2021).

Por su contextualización histórica, es muy reciente la importancia que ha cobrado el estudiar el TDAH en personas adultas, siendo aún muy limitada la literatura al respecto (pero cada vez más en aumento) (Ticas y Ochoa, 2010). Si bien ya existen mayores lineamientos respecto a su expresión en la adultez que reconocen que es una afección que no puede ser considerada

únicamente como pediátrica ya que su sintomatología clásica difiere en la población adulta (Pallanti y Salerno, 2020), aún queda mucho por cómo se conceptualiza y entiende el TDAH en personas adultas, sobre todo para comprensiones clínicas y la utilidad de la intervención psicoterapéutica. Ya sea porque el sub-diagnóstico en adultos es amplio (Barkley, 2015; Ginsberg et al., 2014, Pallanti y Salerno, 2020) o porque está la concepción de que el TDAH sería un tema que sólo es atingente tratarlo en niñas/os y adultos sólo aprenden a compensar en su vida cotidiana por sí solos, a través, por ejemplo, del *masking* (Pallanti y Salerno, 2020). Siguiendo esta misma línea, algunas estimaciones indican que cerca de un 53,9% de adultos con esta condición nunca ha recibido un diagnóstico, y dos tercios nunca habrían tenido algún tratamiento (Geffen y Forster, 2017).

TDAH y evaluación

El TDAH en sí mismo es un trastorno que comprende una presentación sintomatológica diversa, lo que suele hacer un desafío su evaluación (Geffen y Forster, 2017; Ramsay, 2017), considerando que tampoco existe una “batería estandarizada” para ello en el que profesionales de diferentes áreas tengan un consenso (Marshall, Hoelzle y Nikolas, 2019). Adicional a lo anterior y considerando que su presentación adulta es mucho más heterogénea, que su sintomatología trasciende las de carácter motor descritas en la población pediátrica (Katzman et al., 2017) y que es susceptible a ser encubierta por otras condiciones clínicas que se solapan (Pallanti y Salerno, 2020), su

evaluación se torna verdaderamente en un gran reto. Para ilustrar lo anterior, la hiperactividad en adultos suele ser menos evidente y se manifiesta más en un sentimiento de “intranquilidad” (*restlessness* en inglés) y en la necesidad de “siempre estar haciendo algo”, mientras que los reportes más típicos de adultos con TDAH son aquellas enunciaciones que refieren sentir “una dificultad para comenzar tareas, priorizar y terminar actividades en una manera organizada” (Pallanti y Salerno, 2020).

En respuesta a este desafío de reconocer el TDAH en adultos, actualmente existen recomendaciones que se han ido articulando a lo largo de los años. La evaluación clínica y las escalas de clasificación serían fundamentales al momento de diagnosticar síntomas y el tipo de presentaciones del TDAH adulto, además de proveer métricas para la respuesta al tratamiento (Young y Goodman, 2016). Entrevistas y juicio clínico son parte del requisito diagnóstico, lo que incluye un chequeo temporal para mapear sintomatología que haya comenzado antes de los 12 años (Geffen y Forst, 2017). Test neuropsicológicos tienen el potencial de aportar la panorámica diagnóstica y se suelen utilizar en casos de incerteza diagnóstica o con propósitos investigativos y/o educacionales, pero pese a ello, Young y Goodman (2016) concluyen que no todos los adultos con TDAH tienen déficit neuropsicológicos cuantificables, por lo que sólo centrarnos en los resultados de esos tests de manera exclusiva podría dejar fuera a individuos que debiesen ser diagnosticados; además de que individuos con TDAH podrían ser consistentemente inconsistentes en su

desempeño en test neuropsicológicos a través del tiempo (Kofler et al., 2014). Debido a las diversas herramientas que se proponen para evaluar, Marshall, Hoelzle y Nikolas (2019), realizan un meta-análisis de los siguientes instrumentos de evaluación diagnóstica más utilizados y con mayores estudios: entrevista clínica, escalas de comportamiento TDAH, pruebas de validez de síntomas y desempeño, pruebas neuropsicológicas, escalas de clasificación de funciones ejecutivas, entre otros, proponen que una evaluación de TDAH más eficaz y robusta es aquella que:

- a. contenga una entrevista clínica semi-estructurada (recomendando específicamente la de Goblin, 2016),
- b. completar la evaluación CAARS no solo por el/la paciente sino por un informante que le conozca bien y, si es posible, un/a cuidador/a de su niñez,
- c. aplicar TOVA, (d) Salthouse Listening Span Task, (e) CVLT-II, (f) DKEFS Color-Word Interference test y (g) el b test.

Si bien esta propuesta es bastante completa y da luces respecto a lo más cercano a una propuesta de batería para TDAH, no todos los instrumentos enlistados poseen una estandarización chilena y la mayoría de los estudios revisados en este metaanálisis son en población no latinoamericana. Aunque existen instrumentos validados que permiten acercarse a un perfil neurocognitivo de personas con TDAH (Weiber et al., 2019), en Chile existen pocos instrumentos específicamente diseñados y validados para esta entidad clínica en cuestión, siendo la gran mayoría de ellos se centran en contexto escolar y/o niñez (Thomas, 2024). Por ello, es más factible hablar de un procedimiento de evaluación más que de un conjunto de tests

específicos, y para ello, en el año 2021, Margaret Sibley sugirió en su artículo de la revista "Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology" un paso a paso para proceder en el diagnóstico de TDAH adulto, el cual puede ser visualizado en la siguiente **Tabla 1**.

Tabla 1. Paso a Paso del Procedimiento Diagnóstico de TDAH Adulto.

Procedimiento	
Paso 1	Entrevista Diagnóstica Estructurada
Paso 2	Escalas de Clasificación para Informantes
Paso 3	Criterio "Or Rule"
Paso 4	Establecer Deterioro
Paso 5	Evaluar Contexto y Temporalidad Sintomática
Paso 6	Diagnóstico Diferencial
Paso 7	Finalizar Diagnóstico

Nota. Adaptado de "Empirically informed guidelines for first-time adult ADHD diagnosis" de Sibley, 2021, Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology, p.344 (<https://doi.org/10.1080/13803395.2021.1923665>).

Por último, la Declaración de Consenso Europeo Actualizada sobre el diagnóstico y tratamiento del TDAH en adultos desarrollada por Kooij et al. (2019), hace el alcance de dos herramientas de tamizaje de libre acceso: El primero, es la Escala de Evaluación Auto-referida para el TDAH en Adultos (ASRS), un instrumento validado reconocido por la Organización Mundial de la Salud (OMS), el cual está actualizado para los criterios del DSM-5, con una sensibilidad del 91.4% y la especificidad del 96.0%. Luego, mencionan la Escala de Evaluación Wender Utah, ya que además del TDAH, evalúa un espectro más amplio de síntomas que a menudo le acompañan. En cuanto a

entrevistas diagnósticas de libre acceso, mencionan DIVA-2, ya que en ese entonces aún estaba en proceso de creación el DIVA-5, el cual actualmente es la versión más actualizada del instrumento que se basa en los criterios diagnósticos del DSM-V. Y la segunda sugerida como alternativa, es ACE+, la cual evalúa los síntomas centrales del TDAH tanto en la adultez como en la infancia, el grado en que estos afectan el funcionamiento y la presencia de condiciones coexistentes.

En resumen y citando las palabras de Ramsay (2017), se concluye que una evaluación de TDAH adulto que utiliza varios inventarios, entrevistas y diversas fuentes de información ayuda a mejorar la certeza y agudeza diagnóstica, reduciendo las probabilidades de un diagnóstico erróneo.

TDAH y coocurrencias

Más del 80% de los adultos con TDAH tienen al menos un trastorno psiquiátrico coexistente, entre ellos, trastornos ansiosos, del ánimo, abuso de sustancias, trastornos del sueño o trastornos de la personalidad (Katzman et al., 2017; Pallanti y Palermo, 2020). Incluso existe evidencia de que la coocurrencia varía según el tipo de presentación de TDAH; estudios como los de Tsai et al. (2019) y Yüce et al., (2013) sugieren que sujetos con TDAH con presentación combinada tenían más probabilidad de padecer trastornos del ánimo y abuso de sustancias en la adultez, mientras que niños y niñas con TDAH con predominancia en la inatención correlacionaron con trastornos de ansiedad en la adultez. El hecho de poder diferenciar e identificar coocurrencias en

TDAH según cada caso particular no sólo ayudaría a una caracterización individual más precisa de la persona, sino que también ayudaría a evitar diferentes afecciones pasen solapadas o se realicen diagnósticos erróneos que puedan afectar el tratamiento (Ramsay, 2017).

TDAH y abordajes

Es de conocimiento popular que la medicación es la primera aproximación de tratamiento por excelencia en el TDAH y aquello no es la excepción en la población adulta, siento el tratamiento farmacológico el que ha tenido un sin fin de estudios exhaustivos (Safren, 2017). Su uso está principalmente descrito para mejorar sintomatología TDAH conductual y cognitiva que dependen de la corteza prefrontal (Berridge y Devilbiss, 2012).

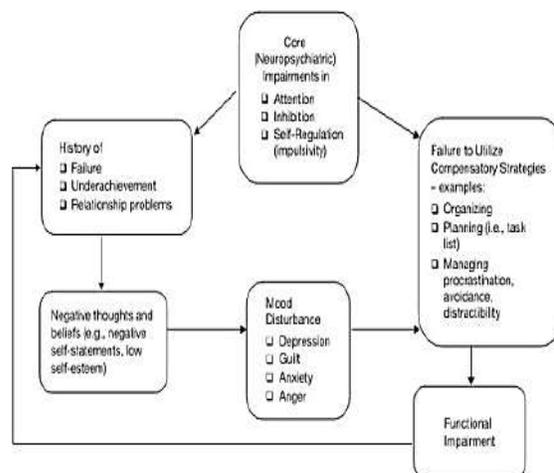
Dentro de la gama estudiada de tratamiento medicamentoso, están los estimulantes y no estimulantes, su prescripción va a depender de una variabilidad de factores, tales como que existen pacientes que no pueden ser candidatos a este tipo de fármacos, dualidad de tratamiento estimulante y no estimulante o tratamiento de otras afecciones comórbidas con el TDAH que pueden trabajar en simultáneo (Geffen y Forster, 2017). De todas formas, es a criterio del profesional médico la decisión de prescribir fármacos. Por otro lado, Geffen y Forster (2017) resaltan la importancia de no relegar el tratamiento TDAH únicamente al uso de medicamentos (sin desmerecer ningún

tratamiento por sobre otro), resaltando que el uso de fármacos como aliado puede mejorar las intervenciones psicosociales. Katzman et al. (2017) refieren que el tratamiento no farmacológico juega un rol fundamental en el manejo de TDAH adulto, aludiendo a que la evidencia apoya una aproximación multimodal utilizando farmacoterapia y tratamiento psicosocial y/o intervenciones cognitivo-conductuales para las consecuencias de la sintomatología nuclear del TDAH, así como también para TDAH adulto cuyos síntomas persisten a pesar de recibir medicación.

Respecto a los tratamientos no farmacológico más estudiados, está la psicoterapia cognitivo- conductual, la cual cuenta con evidencia frente a su eficacia a corto y largo plazo en términos las repercusiones que posee la sintomatología del cuadro (experiencias de fracaso, bajo rendimiento, problemas interpersonales, ansiedad, etc.) que pueden desencadenar pensamientos y mecanismos de afrontamiento poco adaptativos, variables psicológicas que ha logrado abordar con efectividad la terapia cognitivo-conductual (TCC) la (Ramos-Quiroga et al., 2012).

El siguiente esquema (**Figura 1**) describe el modelo cognitivo-conductual para el tratamiento de TDAH en adultos y su sintomatología subyacente.

Figura 1. Modelo cognitivo- conductual de adulto TDAH



Nota. De "Mastering your adult ADHD: A cognitive- behavioral therapy approach" de Safren et al., 2017, Oxford University Press.

TDAH e impacto en la persona

Considerando lo anterior, tanto la dificultad en evaluar el TDAH, su heterogeneidad en presentación, las cifras de alto subdiagnóstico, alta prevalencia en la adultez y comorbilidad con otros trastornos y una amplia población clínica sin tratamiento inevitablemente es una afección que conlleva un significativo costo cognitivo, social y afectivo en la gran mayoría de los casos. Hay diversos autores que han enfatizado los escasos estudios para contribuir en la efectividad de intervenciones que permitan paliar las dificultades de adultos con TDAH en distintas áreas de su cotidianidad. Al respecto, Lauder et al., (2022) destacan la falta de investigación en relación a la efectividad de intervenciones con objetivo del apoyo de personas con TDAH en el contexto laboral. Por otro lado, Sepúlveda y Espina (2021) destaca el impacto en la población chilena de jóvenes adultos que posee el TDAH en la participación social, personal y funcional, enfatizando específicamente en su desempeño

académico en estudiantes de educación superior, a falta de la poca intervención estudiada que existe en la actualidad. Dentro del impacto que Geffen y Forster (2017) describen en las consecuencias de un TDAH no tratado están:

- 1) deterioro en la calidad de vida,
- 2) deterioro en las relaciones sociales,
- 3) bajo empleabilidad,
- 4) vulnerabilidad a adicciones,
- 5) vulnerabilidad a padecer depresión y ansiedad, entre otras.

TDAH y Neurodiversidad

Es importante detenerse antes de adentrarse al análisis en un concepto fundamental y que empapa todo conocimiento relacionado con el TDAH: el paradigma de la neurodiversidad. En principio, el término “neurodiversidad” fue acuñado por Judy Singer en la década de 1990, para destacar y validar la diversidad de la cognición humana en contraposición a los enfoques tradicionales patologizantes de los trastornos del neurodesarrollo. Por su parte, el paradigma de la neurodiversidad es una perspectiva que considera las variaciones en el funcionamiento cerebral, como el autismo, el TDAH y otros, no como patologías que deben ser curadas, sino como variaciones naturales en el cerebro humano que tienen su propio funcionamiento característico. Desde esta lente, el TDAH no se reduce a una descripción del conjunto de déficits que pueda tener, sino como una variante natural del funcionamiento cerebral el cual promueve quitar el protagonismo a las dificultades y les da espacio a las fortalezas (Ainciart et al., s/f).

Específicamente en el área del TDAH, actualmente se cuestiona la nomenclatura utilizada, en tanto el movimiento promueve reemplazar términos como “comorbilidad”, “tratamiento”, entre otros, por conceptos como “coocurrencias”, “abordaje”, en un acto de despatologizar su comprensión y en coherencia con el paradigma neurodiverso. Si bien aún no se llega a un consenso, también está la propuesta dentro de la comunidad neurodivergente de hablar de “Atención Divergente” en vez de TDAH (pero actualmente sigue siendo válido ocupar el término TDAH) (Ainciart et al., s/f.) Debson (2022) critica los acercamientos tradicionales al conceptualizar el TDAH, ya que estos aluden a que existen “defectos que deben ser corregidos para que funcionen como un cerebro neurotípico” y que en consecuencia, terminan siendo contraproducentes en la búsqueda por mejorar la calidad de vida de las personas. Finalmente, la gran mayoría de las repercusiones socioemocionales del TDAH tienen relación con el impacto que tiene el vivenciar entornos que no están adecuados ni pensados para personas neurodiversas.

Por lo anterior, es imperante hacer el alcance que, debido a una razón pragmática, en el presente texto, se incluyen conceptos que son criticados desde la vertiente de la neurodiversidad, sin embargo, se intenta ceñir en la mayor medida de lo posible a un lenguaje respetuoso y coherente con la perspectiva anteriormente aludida, desde una postura de permanente aprendizaje.

Dado el abanico de ámbitos vitales afectados en las personas adultas con TDAH, el emergente pero reciente interés por estudiar

esta afección en este rango etario, la dificultad en su diagnóstico, el consenso actual de que los abordajes no deben limitarse a ser únicamente farmacológicos y la importancia intentar resaltar de manera más completa su caracterización, nace el presente artículo que propondrá una comprensión clínica en respuesta a la necesidad multimodal de la aproximación del TDAH adulto, ocupando como marco teórico el Enfoque Integrativo Supraparadigmático (Opazo, R., 2017; Opazo, R. y Bagladi, V., 2022) desmenuzando a través de los 6 paradigmas un análisis que permita situar las particularidades y ensanchar la mirada exploratoria y de intervención, ayudando a nutrir la actual discusión del tema, promoviendo una visión integral de esta problemática que requiere de urgente atención.

TDAH y Enfoque Integrativo Supraparadigmático

Weibel et al. (2020) destacan en su artículo que la dificultad en diagnosticar oportunamente a personas con TDAH tiene que ver con (1) un mal diagnóstico (ya sea por falla en la metodología de evaluación y/o por otros trastornos que se solapan (2) estrategias compensatorias que disfrazan las dificultades hasta la adultez (pero a un alto costo cognitivo, emocional y social). Es por esto, que estos autores sugieren que la aproximación al TDAH adulto (en adelante, TDAH-A) debiese ser multimodal y con el objetivo de identificar y reducir las dificultades y malestar de la persona en su día a día, a través de: psico-educación, enfoque cognitivo-conductual y medidas de adaptación ambiental en colegio y/o trabajo,

sumado a mejorar el dominio de atención/hiperactividad a través de estimulación cognitiva o un tratamiento farmacológico. Es importante que este enfoque tenga presente que no se busca reducir una “sintomatología” sino mejorar la calidad de vida de la persona en un entorno que dificulta la adaptación de un funcionamiento neurodivergente.

A partir de este punto, la “Brújula EIS” que propone el Enfoque Integrativo Supraparadigmático (EIS) ayudará a profundizar en esta comprensión multimodal al instruir el imperativo de mirar en 360° con el fin de no dejar puntos ciegos a la mirada exploratoria del TDAH, más aún con el requisito de integrar todo conocimiento válido disponible (Opazo, 2022).

De este modo, el EIS sintoniza con la necesidad de comprender a la persona adulta con TDAH en las diversas esferas humanas, en un contexto determinado y no sólo poner el foco en problemáticas específicas que se explican sólo desde un enfoque teórico exclusivo, lo que inevitablemente conduciría a un reduccionismo y perpetuaría los estereotipos y/o limitaciones de abordaje del TDAH-A.

Paradigma Biológico

TDAH es altamente heredable con una arquitectura genética compleja (Faraone y Larsson, 2019; Brikell et al., 2021), por lo que hay suficiente evidencia que sugiere que hay bases neurobiológicas para el TDAH (Durstun, 2003) (razón por la cual, no es algo que desaparece en la adultez, como anteriormente

se pensaba). Actualmente, se reconocería que los principales circuitos involucrados serían: el dorso-fronto-estriatal, orbitofronto-estriatal y el fronto-cerebelar, los cuales tienen directa relación con las funciones ejecutivas, procesamiento de recompensas y procesamiento del tiempo, respectivamente (Durston et al., 2011). De esta manera, existen numerosos respaldos en la literatura para señalar que existen componentes biológicos que caracterizarían ciertas generalidades de TDAH y son útiles conocerlos en tanto enriquecen su comprensión. Por ejemplo, los desafíos de algunas personas con TDAH en la organización y planificación, la baja motivación o búsqueda inmediata de estímulos que entreguen recompensa vs. aplazamiento de actividades que no lo hagan, incertezas respecto a cuánto tiempo ha transcurrido durante una actividad, entre otros, se logran comprender, en parte, por los circuitos involucrados anteriormente mencionados.

La transmisión dopaminérgica es uno de los puntos centrales en el funcionamiento de un cerebro TDAH, en los que se ha estudiado que existiría un déficit de este neurotransmisor que juega un rol importante en la atención (Speranza et al., 2021). Incluso existen estudios, como el de los autores Wu et al. (2012) que han estudiado en especificidad cómo funcionan los diferentes receptores de dopamina en personas con TDAH y su impacto en el sistema de recompensas, atención, planificación, toma de decisiones, entre otras.

Otra característica que vale la pena considerar en el paradigma biológico es el alto porcentaje de personas adultas con TDAH que reportan tener alguna alteración del sueño

(Weibel et al., 2019), específicamente una elevada prevalencia de insomnio, el cual suele repercutir de forma directa en la calidad de vida (Faduilhe et al., 2021), por lo que, al momento de pensar un psicodiagnóstico y abordaje terapéutico de TDAH, es esencial poder tener presente esta variable.

Finalmente, el perfil sensorial de las personas con TDAH también cobra relevancia en la literatura, existiendo un estudio que arrojó como resultado que personas que tenían un alto puntaje en pruebas de tamizaje de TDAH igualmente reportaban hipo o hipersensibilidad sensorial (como también ocurre con personas autistas). En este estudio, el 43% de mujeres con TDAH reportaron algún tipo de sensibilidad sensorial. Comparado con hombres, el cual fue un 22%, concluyendo que es útil considerar integrar una evaluación del perfil sensorial atípico para el diagnóstico adultos con TDAH-A (Bijlenga et al., 2017).

Es de suma importancia tener en cuenta las características descritas en este paradigma, ya que como menciona Opazo (2017), estos componentes biológicos influyen en la génesis de cogniciones, emociones o comportamientos específicos, por lo que suma de manera inherente a la comprensión de los siguientes paradigmas (y viceversa de manera retroactiva entre paradigmas).

Paradigma Sistémico

Los familiares, cuidadores y/o personas cercanas que han crecido o conocido de cerca a personas con TDAH juegan un rol importante en los procesos de evaluación de

TDAH-A. Como se mencionó anteriormente, los informantes cobran un rol fundamental al momento de relatar conductas que personas adultas podrían haber olvidado al tratar de evocar de forma retrospectiva sus vivencias; tanto Kooij et al. (2019) como Weibel et al., (2019) refieren que la gente tiene menos dificultad para recordar comportamientos a partir de los 10 a 12 años de edad, pero en años anteriores, es mucho más complejo. Por otro lado, los mismos autores mencionan que algunas presentaciones del TDAH-A pueden pasar desapercibidas por el paciente, lo que refuerza la importancia de la heteroanamnesis.

Las demandas normotípicas de los sistemas escolares, universitarios, trabajos, familiares, sociales, con frecuencia, no se adaptan a la forma de funcionar y relacionarse con el entorno de las personas con TDAH, por lo que frecuentemente éstas terminan experimentando sentimiento de fracaso, frustración o sentimientos de “no encajar” o sentirse incomprendidos. Al respecto, un metaanálisis realizado por Ginapp et al. (2022) reúne conclusiones respecto a la sensación de desesperación, agotamiento y baja autoestima al tener dificultades en cumplir con las expectativas sociales que implica el mantener sus entornos ordenados, pagar cuentas o recordar cuándo comer, lo que repercute también en sus interacciones con otros. Esta es una de las múltiples razones por la que es fundamental que espacios tan críticos para el ser humano como los laborales o académicos, tengan una comprensión y adecuación neurodiversa. Ramsay (2021) enfatiza que una adecuada asistencia académica, presencia de redes de

apoyo saludables, que los adultos significativos incentiven el descubrir intereses y talentos que proporcionen fuentes de competencia en la infancia, son factores clave para el desarrollo, especialmente, en personas con TDAH.

Dobson (2016) acuña el término “Disforia Sensible al Rechazo” (DSR), en inglés, *rejection sensitive dysphoria*, el cual es recurrente diversos grupos de personas con TDAH, la cual se describe como una sensación intensa de dolor producida por el rechazo de otra persona (ya sea real o percibido de esta forma); y si bien es un componente afectivo, vale la pena abordarlo en el paradigma sistémico, ya que tiene un rol directo con los estilos comunicacionales que pueden reproducirse a raíz de ello; ya sea estilos evitativos, de profunda timidez y/o reactividad. Al respecto, se ha reportado que casi 1 de cada 3 personas con TDAH adultas han mencionado que la parte más difícil de “vivir con TDAH es la disforia sensible al rechazo” (Maskell, 2022).

Otros rasgos que pueden ser característicos del TDAH en algunas personas como la impulsividad, olvidos, dificultades para leer ciertas normas sociales, temperamento y/o labilidad emocional también impactan en ocasiones al funcionamiento interpersonal y el mantenimiento de amistades, debido que a veces, sus comportamientos pueden ser observadas como groseras, insensibles, irresponsables o molestas, ocasionando que a veces los pares terminan excluyendo al individuo (Barkley, 2014). Por otro lado, el construir lazos significativos de comprensión

mutua, tiene un impacto significativo muy profundo ante estas experiencias y temores. De igual manera, atributos que se desprenden del TDAH tales como la creatividad, sentido del humor, espontaneidad, lealtad, adaptabilidad, conocimiento de diversos temas, entre otros, son elementos que permiten poder profundizar y entablar conexiones con los otros (Dobson, 2022).

Paradigma Afectivo

Ginapp et al. (2022) sugieren que las personas con TDAH podrían experimentar dificultades para regular sus emociones, lo que puede resultar en reacciones emocionales intensas o cambios de humor rápidos. Estas dificultades pueden manifestarse como irritabilidad, frustración o rabia, especialmente en situaciones estresantes. Efectivamente en los últimos años, se ha resaltado la importancia de la regulación emocional al momento de comprender y caracterizar el TDAH-A (Cobisiero et al., 2017), siendo incluidas en instrumentos de tamizaje como la Escala de Valoración de Wender-Utah para aportar en su detección.

Aunque se suelen hablar de desafíos en el área de regulación emocional, muchos individuos con TDAH se perciben como personas resilientes, a raíz de estar constantemente aprendiendo a adaptarse, lo que les permite manejar mejor los desafíos a lo largo del tiempo mantener la calma en ambientes caóticos (Ginapp et al., 2022). Ramsay (2021) menciona que probablemente, una de las habilidades emocionales más prominentes de las

personas con TDAH adultas es la capacidad de tolerar y aceptar cierto grado de discomfort (de forma adaptativa y en beneficio de la persona).

Barkley (2019) considera importante tener en cuenta que síntomas depresivos pueden ser consecuencias relativamente comunes en adultos con TDAH, debido a experiencias previas negativas, lo que a su vez, correlaciona con desarrollar una baja autoestima, al ser ésta la gama de respuestas afectivas que desarrollan los seres humanos luego de poder definirse en términos de “qué siento” y “cuánto me aprecio” (Opazo, 2017), al respecto, Jellinek (2010) refiere que niños y niñas con TDAH reciben más de 20.000 mensajes correctivos o negativos al momento de cumplir sólo 10 años.

Al poner el foco en los niveles de ansiedad, en el artículo de Weibel et al. (2019) mencionan que más de la mitad de los adultos con TDAH presentan algún trastorno de ansiedad. Por otro lado, en ocasiones, como se mencionó en la primera parte de este texto, la hiperactividad en la adultez se suele manifestar como niveles de intranquilidad o ansiedad (teniendo un funcionamiento más hiperalerta del entorno y de sí mismos).

Como se detalló en el paradigma biológico, existirían diferencias respecto a cómo el cerebro regula la disponibilidad de dopamina, en relación a un funcionamiento neurotípico; y en este sentido, la transmisión dopaminérgica juega un rol muy importante en la motivación. La motivación es un concepto clave la hora de entender el TDAH, ya que los desafíos no se presentan al realizar

actividades motivantes para los individuos con TDAH, sino que es al realizar actividades de bajo o nulo interés, cuando nacen los problemas. Dobson (2022) teoriza sobre un “Sistema Nervioso basado en el Interés”, que, en términos simples, se refiere a que este sistema nervioso sería motivado “trabajar” por tareas que están basadas en el interés, pasión y curiosidad, lo que en parte explica, según el autor, por qué actividades de la vida cotidiana son tan dificultosas y hasta agobiantes, en algunos casos, para las personas con TDAH. Dobson (2022), especifica que los motivadores centrales de este tipo de funcionamiento serían: pasión (involucrarse en actividades que son disfrutables e intrínsecamente motivantes); interés (enfocarse en tareas que son inherentemente fascinantes y cautivadoras); novedosas (buscar nuevas experiencias); competitivas (que puedan implicar un elemento de competencia o cooperación con un otro) y urgencia (completar tareas bajo presión, el cual, destacaría, es una gran habilidad de las personas con TDAH).

Paradigma Cognitivo

A pesar del nombre “trastorno por déficit atencional”, Weibel et al. (2019) mencionan que más que un déficit en estricto rigor, la mayoría de los individuos parece presentar un tipo de dificultad en modular las habilidades atencionales. Destacan que algunas situaciones hacen difíciles la modulación de la atención, resultando en quejas respecto a un problema de concentración (ya que sucede en situaciones de lectura, reuniones, conversaciones, tareas de alta demanda cognitiva) lo cual suele

devenir en procrastinación, mientras que a adultos con TDAH le es mucho más fácil prestar atención e involucrarse en actividades nuevas, estimulantes y placenteras, lo que suele denominarse “hiperfoco”, que es la capacidad de estar inmerso en una actividad por largo tiempo y sin distraerse. En el mismo artículo, se destaca que personas con TDAH adultas suelen reportar sentirse abrumadas por una alta variedad de pensamientos (a lo que algunos refieren como “ruido mental), que en ocasiones potencian la creatividad, y en otras, pueden potenciar las rumiaciones.

Boot et al. (2020) concluyeron en su estudio, que las personas con TDAH reportan una creatividad potenciada en dominios específicos, indicando que logran sobresalir en tareas creativas que coinciden con sus intereses y habilidades personales. En la misma línea, Hoogman et al. (2020) refiere que el pensamiento flexible que caracteriza a las personas con TDAH a raíz de su atención difusa también permite a las personas generar respuestas creativas e inusuales. En el mismo estudio recién mencionado, relacionarían un mayor pensamiento divergente (que es un aspecto específico de la creatividad) en personas adultas que manifiestan atributos de TDAH. Por su parte, Dobson (2022) contribuye en sintonía con la descripción anterior, el concepto de “cognición dinámica” y “pensamiento fuera de la caja” a la caracterización.

Otro componente cognitivo relevante es la autoeficacia, la cual se ve permeada por las razones descritas en el paradigma sistémico, que tienen relación con la propia percepción del individuo de tener mayores

probabilidades de fallar frente a nuevas tareas que nacen por sus experiencias previas en contextos sociales y/o escolares que suelen ser adversos para personas neurodivergentes.

Ramsay (2017) concluye en un artículo en el que revisa diversos estudios, que las personas con TDAH suelen presentar distorsiones cognitivas, específicamente aquellas relacionadas con el perfeccionismo. Adicionalmente, reportan altos puntajes en escalas que miden pensamientos intrusivos y dificultad para enfocarse en pensamientos más adaptativos, cuando coexisten con algún trastorno de ansiedad. Esto coincide también con la premisa de que los síntomas hiperactivos toman una forma más cognitiva en la adultez, dificultando en ocasiones el poder “controlar” pensamientos (Weibel, 2019)

Paradigma Ambiental-Conductual

Un aspecto relevante en la presente propuesta de comprensión que se enmarca en este paradigma es el control de impulsos, la cual ha sido ampliamente estudiada por académicos que se enfocan en el TDAH. Fadeuilhe (2022) refiere que la impulsividad del TDAH se traduce a conductas que se producirían de manera precipitada y sin reflexión, las cuales podrían ir en perjuicio propio e la persona, lo cual sucede, generalmente, por el deseo de recompensa inmediata o la dificultad por postergar y/o retrasar la gratificación. relevantes sin tener en cuenta las consecuencias en el medio y largo plazo. Weibel et al. (2019) observa esta impulsividad en personas con TDAH adultas particularmente en la esfera verbal,

frecuentes cambios de trabajo y relaciones interpersonales. A lo anterior, Kooij et al. (2019) también resalta el impacto puede repercutir en las finanzas personales y en conductas de atracones. El autor también relaciona la impulsividad con la “búsqueda de sensaciones” que tienen el potencial de constituirse en conductas de riesgo.

Como se ha reiterado, las personas con TDAH suelen tener un historial de refuerzos negativos en las diversas esferas de desarrollo (escolar, universitario, laboral, familiar) debido a que probablemente muchas conductas son percibidas como disruptivas, inadecuadas o poco adaptativas en esos contextos que están modelados en base a funcionamientos neurotípicos. Debido a esto, las adaptaciones de estos entornos son cruciales para promover ambientes salutogénicos (Bagladi, V.; Opazo, M. y Schmidt, MI., 2022) para individuos con TDAH.

Así como se menciona el sesgo de género como aspecto relevante en la propuesta de comprensión del “Trastorno del Espectro Autista en la infancia desde el EIS” en el libro de Opazo y Bagladi (2022), también es relevante considerar al hablar de TDAH, ya que, como sucede con muchos estudios del neurodesarrollo, el gran porcentaje de la literatura está basado en investigaciones hechas en población masculina; este aspecto se desarrollará más en el apartado de consideraciones.

Paradigma Inconsciente

Desde una mirada psicoanalítica, el

autor Rainwater (2007) describe mecanismos de defensa que podrían ser característicos de individuos con TDAH, en tanto estos serían los más comunes para enfrentar manejar conflictos emocionales. En principio, se refiere a la defensa maníaca, definiéndola desde Melanie Klein, como aquella que permite a la persona negar y eludir la ansiedad depresiva interna, traduciéndose en un comportamiento excesivo y una hiperactividad impulsiva, como intento inconsciente de confrontar pensamientos y emociones intolerables. Luego menciona la proyección e identificación proyectiva, pero éstos los atribuye principalmente a niños y niñas con TDAH, en tanto experimentan frustración o sentimientos de insuficiencia en consecuencia de sentirse señalados como sujetos “problemáticos” en su entorno (dado que sus conductas podrían ser disruptivas en la sala de clases, por ejemplo).

Otro aspecto relevante en este paradigma es que diversos estudios han tenido el objetivo de estudiar la relación entre alexitimia y TDAH-A, donde se ha observado la mayoría de los grupos con diagnóstico de TDAH tienden a tener un puntaje mayor en cuestionarios de autoreporte que evalúan alexitimia (Edel, et al., 2010; Edel et al., 2015; Romero-Martínez et al., 2020; Yılmaz y Bahadır, 2024).

Otras Consideraciones

Resulta relevante para el presente estudio el destacar algunas limitaciones y consideraciones.

En primer lugar, se hace absolutamente evidente la necesidad de un análisis más exhaustivo del TDAH respecto a la variable de género. La mayor parte de los estudios que existen, se han centrado en el género masculino, creándose una percepción errónea de que es un funcionamiento que tiene mayor prevalencia en hombres, inevitablemente conceptualizando el TDAH de manera generalizada en torno a esta población, el cual sólo lleva a una idea poco acertada y que responde a roles estereotípicos de género que ha repercutido en el subdiagnóstico de mujeres con TDAH y contribuyendo a diagnósticos tardíos (o inexistentes). Esto se hace particularmente evidente en el caso del TDAH en la población infante juvenil, pero se hace más crítica aun considerando a los adultos ya que los estudios son de por sí ya muy escasos. Una revisión de la literatura de Hinshaw et al. (2022) y un artículo basado en el anterior de Chronis-Tuscano (2022) visibilizan y desarrollan más sobre esta problemática.

Otro aspecto a considerar guarda relación con el origen del cual proviene la literatura científica existente. Como en muchos otros ámbitos científicos, la principal vertiente de conocimiento sobre el TDAH proviene del contexto anglosajón y europeo. Si bien estas contribuciones son necesarias, existe una real necesidad de poder comprender el TDAH en el propio contexto Latinoamericano, específicamente también en Chile. No resulta ilógico pensar que puedan existir diferencias socioculturales importantes que pueden permitir caracterizar de diferentes maneras a las personas con TDAH, inclusive dentro de un mismo

continente. Faraone et al. (2021) en la más reciente Declaración de Consenso Internacional de la Federación Mundial de TDAH discuten lo poco que se sabe a través de la revisión de la literatura, sobre cómo la cultura afecta el TDAH y su expresión o la respuesta a diversos abordajes, ya que la mayoría de las investigaciones están basadas en “muestras de personas caucásicas y asiáticas orientales”, por lo que sugieren ser muy cautelosos en generalizar y que futuras líneas investigativas debiesen examinar muestras más diversas desde un rango socio-cultural más amplio. Este punto resulta además imperativo para la creación de detección y diagnóstico temprano, acompañamiento y abordajes. Muchas de las herramientas con las que se cuenta hoy en día han sido traducidas al castellano, pero tal vez no apropiadamente validadas culturalmente. Tener conocimientos más situados en el contexto local, así como herramientas acorde a este resulta una necesidad imperiosa en la actualidad.

Finalmente, un elemento fundamental sobre el abordaje del TDAH guarda relación con la nomenclatura que se utiliza para denominarlo y esto dicta relación con lo mencionado en el apartado de “TDAH y Neurodiversidad”. Es cierto que como comunidad científica se necesitan ciertos acuerdos sobre las denominaciones que se utilizan. Sin embargo, en muchas ocasiones esta misma comunidad no es lo suficientemente rigurosa para poder sopesar los efectos que puede traer el uso del lenguaje. Cuando se refiere al TDAH como un trastorno, una enfermedad, se hace a las personas cargar muchas veces con estigmas y

consecuencias sociales que eso trae. El problema de lo anterior no es solamente que este lenguaje crea y articula realidad, sino que también lo reproduce en el tiempo. Resulta entonces importante considerar otras formas de referirse al TDAH. Un aporte significativo en este campo ha sido el enmarcarlo dentro del paradigma de la neurodiversidad. Este tipo de modificaciones permiten despatologizar (Ainciart et al., s/f.) y resulta fundamental no solamente en la práctica sino además en el campo del conocimiento público. Es una tarea desafiante, siempre en constante cambio y movimiento ya que las nomenclaturas pueden ir adquiriendo distintas connotaciones, cristalizándose en el vocabulario común y por lo tanto, debiese ser un esfuerzo perenne del quehacer profesional.

Conclusiones

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) ha sido históricamente considerado y estudiado principalmente como una “afección” propia de la infancia, pero en la actualidad se reconoce la importancia de resaltar y visibilizar su continuidad en la adultez debido a sus propias diferencias distintas en esta etapa vital (Kooij et al., 2019). A pesar de los avances en su conceptualización y diagnóstico en este rango etario, persisten desafíos en la evaluación y abordaje del TDAH en adultos debido a la heterogeneidad de su presentación, el subdiagnóstico y la falta de consenso en los instrumentos diagnósticos. Además, la alta prevalencia de coocurrencias en esta población subraya la necesidad de construir enfoques de comprensión

integrales y multimodales; sin limitar su abordaje a lo farmacológico (Katzman et al., 2017). Asimismo, el paradigma de la neurodiversidad está desafiando y redefiniendo la comprensión del TDAH, promoviendo una visión que celebra la diversidad y busca quitar el protagonismo puesto únicamente en los déficits. En conjunto, estos avances subrayan la urgencia de una mayor investigación y el desarrollo de estrategias de intervención adaptadas a las necesidades específicas de los adultos con TDAH, considerando tanto los desafíos como las fortalezas y sin obviar el rol crítico que tiene la sociedad y el gran camino que queda por delante en derribar las aún existentes limitaciones, en términos, por ejemplo, de los sesgos de género, escasos estudios latinoamericanos y el recurrente énfasis en una única mirada biomédica para darle sentido al TDAH-A (Faraone et al., 2021; Dobson, 2022). A través de este trabajo, se caracterizaron desde los 6 paradigmas que propone el Enfoque Integrativo Supraparadigmático para la comprensión humana. En el paradigma biológico se resaltó que el TDAH es altamente heredable y tiene una base neurobiológica, involucrando circuitos cerebrales que están relacionados con un modo operar distinto de las funciones ejecutivas, procesamiento de recompensas y procesamiento temporal. La transmisión dopaminérgica (Durston et al., 2011; Faraone y Larsson, 2019; Weibel et al., 2019; Brikell et al., 2021; Speranza et al., 2021), la alta prevalencia de alteraciones del sueño (Weibel et al., 2019; Fadeuilhe et al., 2021) y perfiles sensoriales (Bijlenga et al., 2017) diversos también relucen como características importantes en esta

propuesta y proporcionan un punto de partida para entender los aspectos cognitivos, emocionales y conductuales del TDAH. En el paradigma sistémico, se revisó como los sistemas sociales, familiares y laborales tienen un rol vital para las personas con TDAH, los cuales, si son vividos de manera adversa, repercuten en frecuentes experiencias de frustración y sentimientos de no encajar, especialmente dado que las demandas normotípicas de los sistemas sociales a menudo no se adaptan adecuadamente a su forma de funcionar (Ramsay, 2021; Dobson, 2022). En el paradigma afectivo, la regulación emocional es un desafío central en el TDAH, donde autores refieren que se suele manifestar en irritabilidad, cambios de humor y ansiedad (Cobisiero et al., 2017; Weibel et al., 2019; Ginapp et al., 2022). Sin embargo, la resiliencia, la capacidad de adaptación y lidiar con el caos, son otras características que la literatura destaca (Ramsay, 2021; Ginapp et al., 2022). La motivación basada en el interés sugiere que las personas con TDAH pueden sobresalir en actividades que les resulten estimulantes y significativas (Dobson, 2022). Continuando con el paradigma cognitivo, se resalta que la dificultad está, más que en un déficit de atención propiamente tal, en la modulación atencional (Weibel et al., 2019). La creatividad, capacidad de hiperfoco y el pensamiento flexible son fortalezas cognitivas asociadas al TDAH (Boot et al., 2022; Hoogman et al., 2022), mientras que las distorsiones cognitivas y la baja autoeficacia pueden ser obstáculos, especialmente en contextos que no están adaptados para personas neurodivergentes (Ramsay, 2017; Weibel et al., 2019). Se concluye en el

paradigma ambiental- conductual, que la impulsividad en el TDAH se puede manifestar en conductas de riesgo y búsqueda de recompensas inmediatas, las cuales, en ocasiones, pueden tener consecuencias en el ámbito personal y financiero (Kooij et al., 2019). Adicionalmente, se hace pertinente tener en cuenta el sesgo de género y el historial de refuerzos negativos al momento de planificar un abordaje en la materia. Aportando al paradigma inconsciente, Rainwater (2007) propone desde una perspectiva psicoanalítica, los mecanismos de defensa como la defensa maníaca, la proyección e identificación proyectiva, como aquellas que podrían ser más en personas con TDAH. En este mismo apartado, sobresale la alexitimia como otra variable a tener presente (Edel, et al., 2010; Edel et al., 2015; Romero-Martínez et al., 2020; Yılmaz y Bahadır, 2024).

La utilidad de usar el EIS para comprender el TDAH-A, radica en la riqueza exploratoria que brinda, necesidad que a lo largo de este texto, quedó patente como de suma relevancia para poder caracterizar, abordar y evitar perpetuar generalizaciones y estigmas; además, por supuesto, para aportar a lograr una psicoterapia más eficaz (Opazo y Bagladi, 2022), como es el objeto común de todo propuesta desde el EIS. Por último y para finalizar, se describen como consideraciones, limitaciones y futuras líneas investigativas en la materia, la necesidad crítica de abordar la variable de género en los estudio del TDAH ya que la gran mayoría de los estudios se han centrado en el género masculino; expandir los estudios y su comprensión otros contextos socioculturales

más diversos; y la importancia de ser conscientes y estar permanentemente revisando el lenguaje utilizado y como este puede aportar a despatologizar el TDAH, romper estereotipos y empapar su entendimiento desde un paradigma de la neurodiversidad (Faraone et al. 2021, Hinshaw et al., 2022; Ainciart et al., s/f.)

Referencias

- Ainciart, G., Pincheira, C. y Muñoz, C. (s/f).** Diversidad en el Neurodesarrollo: Autismo, TDAH Y Altas Capacidades. Fundación FLEDNI. Recuperado de <https://fledni.org/curso/autismo-y-tdah-a-lo-largo-del-ciclo-vital-un-enfoque-desde-la-neurodiversidad>
- American Psychiatric Association (1980).** Diagnostic and statistical manual of mental disorders (2nd ed.). American Psychiatric Association. (2022). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.,text rev.). doi: 10.1176/appi.books.9780890425787
- Bagladi, V., Opazo, M. y Schmidt, MI. (2022)** Psicoterapia Integrativa EIS en la Infancia. En: Opazo, R. y Bagladi V. (Ed) *Manual de psicoterapia Integrativa EIS. Potenciando el Cambio en la Clínica Aplicada*. Andros Ltda., Santiago, Chile.
- Barkley, R. A. (2014).** Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment. Guilford.
- Barkley, R. (2015).** History of ADHD. In R. A. Barkley (Ed.), *Attention-deficit hyperactivity disorder* (4th ed ed., pp. 3–50). Guilford.
- Berridge, C. W., y Devilbiss, D. M. (2012).** Psicoestimulantes y potenciadores cognitivos: corteza prefrontal, catecolaminas y trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Psiquiatría biológica*, 19(3), 84-94.
- Ben-Dor Cohen, M., Nahum, M., Traub Bar-Ilan, R., Eldar, E., y Maeir, A. (2023).** Coping with

- emotional dysregulation among young adults with ADHD: A mixed-method study of self-awareness and strategies in daily life. *Neuropsychological Rehabilitation*, 34(8), 1161–1185. <https://doi.org/10.1080/09602011.2023.2279181>
- Bijlenga, D., Tjon-Ka-Jie, J. Y. M., Schuijers, F., y Kooij, J. J. S. (2017).** Atypical sensory profiles as core features of adult ADHD, irrespective of autistic symptoms. *European Psychiatry*, 43, 51–57. doi: 10.1016/j.eurpsy.2017.02.481
- Boot, N., Nevicka, B., y Baas, M. (2020).** Creativity in ADHD: Goal-Directed Motivation and Domain Specificity. *Journal of Attention Disorders*, 24(13), 1857–1866. <https://doi.org/10.1177/1087054717727352>
- Brikell, I., Burton, C., Mota, N. R., y Martin, J. (2021).** Insights into attention-deficit/hyperactivity disorder from recent genetic studies. *Psychol. Med.* 51, 2274–2286. doi: 10.1017/S0033291721000982
- Corbisiero, S., Mörstedt, B., Bitto, H., y Stieglitz, R. D. (2017).** Emotional dysregulation in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder—validity, predictability, severity, and comorbidity. *Journal of Clinical Psychology*, 73(1), 99–112.
- Chronis-Tuscano, A. (2022).** ADHD in girls and women: a call to action—reflections on Hinshaw et al. (2021). *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 63(4), 497–499.
- Dodson, W. (2016).** Emotional regulation and rejection sensitivity. *Attention*, 8–11.
- Dodson, W. (2022).** How ADHD Shapes Your Perceptions, Emotions and Motivation [Webinar]. ADDitude. <https://adhd.dk/wp-content/uploads/sites/2/2022/05/Dodson-How-ADHD-Shapes-Your-Perceptions-Emotions-.pdf>
- Durston, S., van Belle, J., y de Zeeuw, P. (2011).** Differentiating frontostriatal and frontocerebellar circuits in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biological psychiatry*, 69(12), 1178–1184.
- Edel, M. A., Edel, S., Krüger, M., Assion, H. J., Juckel, G., y Brüne, M. (2015).** Attachment, recalled parental rearing, and ADHD symptoms predict emotion processing and alexithymia in adults with ADHD. *Annals of general psychiatry*, 14, 1–9.
- Edel, M. A., Rudel, A., Hubert, C., Scheele, D., Brüne, M., Juckel, G., y Assion, H. J. (2010).** Alexithymia, emotion processing and social anxiety in adults with ADHD. *European journal of medical research*, 15(9), 403–409. <https://doi.org/10.1186/2047-783x-15-9-403>
- Fadeuilhe, C., Daigre, C., Richarte, V., Grau-López, L., Palma-Álvarez, R.F., Corrales, M. y Ramos-Quiroga, J.A. (2021).** Insomnia disorder in adult attention-deficit/hyperactivity disorder patients: Clinical, comorbidity, and treatment correlates. *Front. Psychiatry*, 12, 695. doi: 10.3389/fpsyt.2021.663889
- Faraone, S. V., y Larsson, H. (2019).** Genetics of attention deficit hyperactivity disorder. *Molec. Psychiatry*. 24, 562–75. doi: 10.1038/s41380-018-0070-0
- Faraone, S. V., Banaschewski, T., Coghill, D., Zheng, Y., Biederman, J., Bellgrove, M. A., ... & Wang, Y. (2021).** The world federation of ADHD international consensus statement: 208 evidence-based conclusions about the disorder. *Neuroscience & biobehavioral reviews*, 128, 789–818.
- Geffen, J., y Forster, K. (2018).** Treatment of adult ADHD: a clinical perspective. *Therapeutic advances in psychopharmacology*, 8(1), pp. 25–32. doi: 10.1177/2045125317734977
- Ginapp, C. M., Macdonald-Gagnon, G., Angarita, G. A., Bold, K. W., y Potenza, M. N. (2022).** The lived experiences of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: a rapid review of qualitative evidence. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 949321.
- Ginsberg, Y., Quintero, J., Anand, E., Casillas, M., y Upadhyaya, H. P. (2014).** Underdiagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder in adult patients: a review of the literature. *The primary care companion for CNS disorders*, 16(3), 23591.
- Hinshaw, S. P., Nguyen, P. T., O’Grady, S. M., y Rosenthal, E. A. (2022).** Annual Research Review: Attention-deficit/hyperactivity disorder

- in girls and women: underrepresentation, longitudinal processes, and key directions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 63(4), 484-496.
- Hoogman, M., Stolte, M., Baas, M., y Kroesbergen, E. (2020).** Creativity and ADHD: A review of behavioral studies, the effect of psychostimulants and neural underpinnings. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. doi: 10.1016/j.neubiorev.2020.09.029
- Jellinek, M. (2010).** Don't let ADHD crush children's self-esteem. *Clinical Psychiatry News*, 38(5), 12-12. DOI:10.1016/S0270-6644(10)70231-9
- Katzman, M., Bilkey, T., Chokka, P., Fallu, A. y Klassen, L. (2017).** Adult ADHD and comorbid disorders: clinical implications of a dimensional approach. *BMC psychiatry*, 17, pp. 1-15. doi: 10.1186/s12888-017-1463-3
- Kofler, M., Alderson, M., Raiker, J., Bolden, J., Sarver, D., y Rapport, M. (2014).** Working memory and intraindividual variability as neurocognitive indicators in ADHD: Examining competing model predictions. *Neuropsychology*, 28(3), 459-471. doi:10.1037/neu0000050
- Kooij, J. J. S., Bijlenga, D., Salerno, L., Jaeschke, R., Bitter, I., Balazs, J., ... y Asherson, P. (2019).** Updated European Consensus Statement on diagnosis and treatment of adult ADHD. *European psychiatry*, 56(1), 14-34.
- Kooij, J., Francken, M. & Bron, T. (2019).** *DIVA 5 - Entrevista Diagnóstica del TDAH en adultos (3ª edición; DIVA-5)*. DIVA Foundation.
- Lauder, K., McDowall, A. and Tenenbaum, H. (2022).** A systematic review of interventions to support adults with ADHD at work – implications from the paucity of context-specific research for theory and practice. *Frontiers in Psychology*, Vol. 13, doi: 10.3389/fpsyg.2022.893469.
- Marshall, P., Hoelzle, J., y Nikolas, M. (2019).** Diagnosing Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) in young adults: A qualitative review of the utility of assessment measures and recommendations for improving the diagnostic process. *The Clinical Neuropsychologist*, 35(1), 165-198.
- doi: 10.1080/13854046.2019.1696409
- Maskell, L. (2022).** *ADHD an AZ: Figuring it Out Step by Step*. Jessica Kingsley Publishers.
- Opazo, R. (2017).** Psicoterapia Integrativa EIS: profundizando la comprensión, potenciando el cambio. Editorial AutoEdición.
- Opazo, R. y Bagladi, V. (Eds.). (2022).** Manual de psicoterapia integrativa EIS: Potenciando el cambio en la clínica aplicada. Andros Ltda., Santiago, Chile.
- Pallanti, S., y Salerno, L. (2020).** The burden of adult ADHD in comorbid psychiatric and neurological disorders. *Springer Nature Switzerland AG*.
- Plowden, K., Legg, T., y Wiley, D. (2022).** Attention deficit/hyperactivity disorder in adults: A case study. *Archives of psychiatric nursing*, 38, pp. 29-35. doi: 10.1016/j.apnu.2021.12.003
- PJC, J., Ramos-Quiroga, J. A., Chalita, P. J., Vidal, R., Bosch, R., Palomar, G., & Prats, L. (2012).** Diagnóstico y tratamiento del trastorno por déficit de atención/hiperactividad en adultos. *Rev neurol*, 54(Supl 1), S105-15.
- Ramsay, J. R. (2017).** Assessment and monitoring of treatment response in adult ADHD patients: current perspectives. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 221-232.
- Ramsay, J. R. (2017).** The relevance of cognitive distortions in the psychosocial treatment of adult ADHD. *Professional Psychology: Research and Practice*, 48(1), 62-69. doi:10.1037/pro0000101
- Ramsay, J. R. (2021).** Adult attention-deficit/hyperactivity disorder. En A. Wenzel (Ed.), *Handbook of cognitive behavioral therapy: Applications* (pp. 389-421). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000219-012>
- Rainwater, J. B. (2007).** *A psychoanalytic contribution to the understanding and treatment of attention deficit hyperactivity disorder* (Doctoral dissertation, Union Institute

- and University). ProQuest Dissertations Publishing.
- Romero-Martínez, Á., Lila, M., y Moya-Albiol, L. (2020).** Alexithymia as a predictor of arousal and affect dysregulations when batterers with attention deficit hyperactivity disorder cope with acute stress. *Behavioral Sciences*, 10(4), 70.
- Safren, S., Sprich, S., Perlman, C. y Otto, M. (2017).** Mastering your adult ADHD: A cognitive-behavioral therapy approach. New York: *Oxford University Press*.
- Sepúlveda Bernales, V. J., y Espina Araneda, V. F. (2021).** Desempeño académico en estudiantes de educación superior con Trastorno por Déficit de Atención. *Estudios pedagógicos (Valdivia)*, 47(1), 91-108.
- Sibley, M. H. (2021).** Empirically informed guidelines for first-time adult ADHD diagnosis. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 3(4), 340-351. doi:10.1080/13803395.2021.1923665
- Song, P., Zha, M., Yang, Q., Zhang, Y., Li, X., y Rudan, I. (2021).** The prevalence of adult attention-deficit hyperactivity disorder: A global systematic review and meta-analysis. *Journal of global health*, 11. doi: 10.7189/jogh.11.04009
- Sonuga-Barke, E. (2005).** Causal models of attention-deficit/hyperactivity disorder: from common simple deficits to multiple developmental pathways. *Biological psychiatry*, 57(11), pp. 1231-1238. doi: 10.1016/j.biopsych.2004.09.008
- Speranza, L., Di Porzio, U., Viggiano, D., de Donato, A., & Volpicelli, F. (2021).** Dopamine: the neuromodulator of long-term synaptic plasticity, reward and movement control. *Cells*, 10(4), 735.
- Thomas, H. (2024, mayo 24).** Instrumentos de evaluación del TDAH. ¿Qué nos enseña la evidencia? [Conferencia en línea]. <https://adipa.cl/content/uploads/2024/05/webinar-instrumentos-de-evaluacion-del-tdah.pdf>
- Ticas, J. A. R. y Ochoa, E. R. (2010).** Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) en adultos. *Revista Médica Hondureña*, 78(4), pp. 169-224. Recuperado de <http://34.230.102.254/assets/Uploads/Vol78-4-2010.pdf#page=30>
- Tsai, F. J., Tseng, W. L., Yang, L. K., y Gau, S. S. F. (2019).** Psychiatric comorbid patterns in adults with attention-deficit hyperactivity disorder: Treatment effect and subtypes. *PLoS One*, 14(2), e0211873..
- Weibel, S., Menard, O., Ionita, A., Boumendjel, M., Cabelguen, C., Kraemer, C., Mlcoulaud-Franchi, J., Bioulac, S., Perroudj, N., Sauvaget, A., Carton, L., Gachet, M. & Lopez, R. (2020).** Practical considerations for the evaluation and management of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in adults. *L'encephale*, 46(1), 30-40.
- White, H. (2019).** The Creativity of ADHD. *Scientific American Mind*, 30(3), 5-7. <https://www.jstor.org/stable/27265661>
- Wu, J., Xiao, H., Sun, H., Zou, L., y Zhu, L.-Q. (2012).** Role of Dopamine Receptors in ADHD: A Systematic Meta-analysis. *Molecular Neurobiology*, 45(3), 605-620. doi:10.1007/s12035-012- 8278-5
- Yilmaz, Y., y Bahadır, E. (2024).** Cognitive disengagement syndrome and attention deficit hyperactivity disorder: An examination of relationships with alexithymia and emotion regulation difficulties. *Applied Neuropsychology: Adult*, 1-7. <https://doi.org/10.1080/23279095.2024.2385444>
- Young, J. L., y Goodman, D. W. (2016).** Adult attention-deficit/hyperactivity disorder diagnosis, management, and treatment in the DSM-5 era. *The primary care companion for CNS disorders*, 18(6), 26599.
- Yüce, M., Zoroglu, S. S., Ceylan, M. F., Kandemir, H., y Karabekiroglu, K. (2013).** Psychiatric comorbidity distribution and diversities in children and adolescents with attention deficit/hyperactivity disorder: a study from Turkey. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 1791-1799.



Trastorno del Espectro Autista Femenino en Adolescentes y Comorbilidad

Barbara Cabrera Rex *

Abstract

This study addresses autism spectrum disorder (ASD) with a specific focus on adolescent females and their comorbidities, highlighting a tendency for later diagnoses and associated complications. It explores variability in the expression of ASD, emphasizing the role of camouflage and adaptive strategies in females. Additionally, it underscores specific challenges in the Chilean context, where early detection and gender equity present persistent obstacles. The study examines the coexistence of ASD with mental disorders such as anxiety, depression, eating disorders, and ADHD in females, demonstrating the need for individualized diagnostic and treatment approaches. The research emphasizes the importance of early and personalized interventions, highlighting the effectiveness of family-centered therapy and other modalities to enhance mental health and inclusion for adolescent females with ASD.

Keywords: Autism Spectrum Disorder (ASD), adolescent women, mental health.

Resumen

Este estudio aborda el Trastorno del Espectro Autista (TEA) con un enfoque particular en las mujeres adolescentes y su comorbilidad, señalando la tendencia a diagnósticos más tardíos y las complicaciones asociadas. Explora la variabilidad en la expresión del TEA, subrayando el papel del camuflaje y estrategias adaptativas en las mujeres. Además, destaca desafíos específicos en el contexto chileno, donde la detección temprana y la equidad de género presentan obstáculos persistentes. Se examina la coexistencia del TEA con trastornos mentales, como ansiedad, depresión, trastornos de la alimentación y TDAH en mujeres, evidenciando la necesidad de enfoques de diagnóstico y tratamiento individualizados. El estudio enfatiza la importancia de intervenciones tempranas y personalizadas, resaltando la eficacia de la terapia centrada en la familia y otras modalidades para mejorar la salud mental y la inclusión de mujeres adolescentes con TEA.

Palabras clave: Trastorno del Espectro Autista (TEA), mujeres adolescentes salud mental.

Introducción

El presente trabajo abordará la temática “Trastornos del Espectro Autista Femenino en Adolescentes y Comorbilidad”. Se realiza una revisión bibliográfica con énfasis en las siguientes áreas: Sesgo masculino y expresión femenina del TEA, diagnóstico tardío y sus efectos, comorbilidad y tratamiento e intervención psicológica.

Durante ese trabajo me di cuenta de lo compleja que era esta problemática y de la falta de investigación histórica.

Poco tiempo después, dos amigas de mi infancia fueron diagnosticadas con TEA después de años de ir a terapia y tener problemas de salud mental constante. ¿Como es que ninguno de sus terapeutas anteriores, padres o profesores se habían dado cuenta? Esa pregunta se mantuvo constantemente en

* Ps. Pontificia Universidad Católica de Chile.

b.cabrera.rex@uc.cl

AcPI, vol. XVI, 26--43

mi mente y también se fue expandiendo a otros cuestionamientos, como la detección temprana de abuso y otros trastornos del neurodesarrollo.

Lo que finalmente me hizo decantarme por este tema, fue mi experiencia en el trabajo terapéutico con una de mis pacientes de la práctica. El trabajo con ella fue muy lindo e interesante, y me mostró en un caso real, el sufrimiento y las múltiples problemáticas que pueden experimentar adolescentes que presentan el diagnóstico y no han sido diagnosticadas. Fue impresionante ver cómo muchas cosas le hicieron sentido a ella, a sus familiares y amigos luego de mencionar la sospecha de este diagnóstico. Al mismo tiempo fue interesante constatar la gran cantidad de problemas psicológicos que ha tenido a lo largo de su vida y la posibilidad de que haya cumplido con los criterios de muchos diagnósticos distintos a lo largo de su vida, tales como ansiedad generalizada, trastorno por atracón, anorexia y episodios de depresión mayor.

Entre los objetivos de este trabajo están se destaca dar a conocer la situación de las mujeres adolescentes con TEA en Chile y el resto del mundo, identificar las principales dificultades y desafíos que enfrentan las mujeres con TEA en esta etapa de su ciclo vital, y revisar los principales tratamientos e intervenciones con evidencia científica para la intervención en mujeres con TEA en la adolescencia.

El Trastorno del Espectro Autista (TEA) es un trastorno del neurodesarrollo que se caracteriza por déficit en la comunicación e

interacción social y comportamientos restrictivos y repetitivos (Kirkovskiet al., 2013). Los síntomas suelen presentarse en las primeras etapas del desarrollo y afectan el funcionamiento diario (American Psychological Association, s.f.).

Se ha podido observar que a pesar de que el TEA es diagnosticado tanto en hombres como mujeres, ellas suelen tener un diagnóstico mucho más tardío, lo que puede evidenciar una dificultad en la detección temprana en el género femenino (Bargelia et al., 2016). Esto podría traer consecuencias al no poder generar una inclusión y acompañamiento temprano en las niñas con TEA (Bagladi, Cayazzo y Olivares, 2022).

Al mismo tiempo, se ha podido ver que la expresión del TEA varía mucho entre género y los profesionales están más familiarizados con la sintomatología masculina, esto puede provocar una falta de diagnóstico e intervención oportuna en mujeres y niñas (Kreiser y White, 2014). Debido a los altos niveles de comorbilidad en mujeres y el aumento de sintomatología y dificultades en su la adolescencia cuando no existe un diagnóstico, se hace aún más necesario una detección y apoyo temprano (Rødgaard et al., 2021).

Considerando lo anterior, esta investigación busca recopilar información sobre el Trastorno del Espectro Autista específicamente en mujeres, su diferencia con el TEA en niños, los avances en este ámbito en el contexto actual chileno, la importancia de un diagnóstico temprano, sobre distintas comorbilidades y posibles

tratamientos e intervenciones. El objetivo de este trabajo es comprender de manera más completa el trastorno, su diagnóstico y el trabajo con adolescentes que lo presentan.

Trastorno del Espectro Autista

De acuerdo con el DSM-V (2014), los Trastornos del Espectro Autista se caracterizan por déficits en la comunicación y la interacción social, y por patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento e intereses. Entre los ítems se destaca déficit en la reciprocidad socioemocional, déficit en comunicación no verbal, déficits en el desarrollo, mantenimiento y comprensión de relaciones, movimientos, uso de objetos o habla estereotipada o repetitiva, insistencia en la monotonía, excesiva inflexibilidad de rutinas o patrones ritualizados de comportamiento verbal o no verbal, intereses muy restringidos y fijos, e hipo o hiperreactividad a los estímulos sensoriales.

Es importante destacar que su presentación clínica es muy heterogénea (Kirkovski et al., 2013). Por ejemplo, algunas personas presentan discapacidad intelectual y habla restringida, mientras otros pueden presentar inteligencia promedio o destacada y no presentar dificultades en el desarrollo del lenguaje.

Al mismo tiempo, es necesario tener en cuenta que las mujeres y niñas con TEA frecuentemente desarrollan estrategias adaptativas para enfrentar ciertas situaciones y que esto puede llevar a que posteriormente "camuflen" sus síntomas (Kirkovskiet al.,

2013). Asimismo, se postula que las mujeres pueden presentar un fenotipo alterado que es más difícil de diagnosticar o que no es capturado adecuadamente por los instrumentos diagnósticos actuales. Por su parte Kreiser y White (2013) destacan que las niñas y mujeres presentan menos comportamiento repetitivo y estereotipado y sufren de mayor sintomatología internalizante.

Trastorno del Espectro Autista en Chile

Tal como afirman Yáñez et al., (2021), la prevalencia del Trastorno del Espectro Autista ha aumentado a nivel mundial donde se estima que un 0,5 a 1% de la población presenta el trastorno. Lamentablemente, la última estimación realizada por el Minsal respecto a la epidemiología del trastorno en nuestro país fue publicada el 2011 donde se afirma que un 0,8% de los niños nacidos vivos en 2009 presentaría un Trastorno del Espectro Autista (MINSAL, 2011). Es por esto que la investigación más reciente (Yáñez et al., 2021) ha intentado hacer una estimación de la prevalencia del trastorno en la población urbana chilena, encontrando (ellos encontraron) que la prevalencia del TEA en niños es de un 1,95% de la población con una distribución por sexo de 4:1 siendo los niños quienes más lo presentan.

A pesar de esta falta de publicación por parte del Minsal (Ministerio de Salud), es importante destacar que el TEA sí es una temática importante para la sociedad chilena. Esto se puede ver reflejado en la publicación de la ley 21.545 en el año 2023, la que tiene

por objetivo asegurar la igualdad de oportunidades y resguardar la educación de personas con trastorno del espectro autista sin diferenciar por edad o sexo. Busca promover el abordaje integral de personas con este diagnóstico en el ámbito social, de la salud y educación y concientizar a la población chilena respecto a esta problemática. La misma ley entiende el TEA como un trastorno del neurodesarrollo que se manifiesta en dificultades en la iniciación, reciprocidad y mantención de la interacción y comunicación social. También destaca las conductas o intereses restrictivos repetitivos. Al mismo tiempo, se hace énfasis en que existe una gran variabilidad en esta neurodivergencia, por lo que cada caso es diferente (Ley 21.545, 2023).

Al mismo tiempo, es importante señalar que muchas investigaciones más actuales hacen un énfasis especial en el TEA femenino. La página oficial de la División de Prevención y Control de Enfermedades (DIPRECE) (s.f) destaca que históricamente ha habido un predominio masculino en el diagnóstico de TEA de 4:1, pero que actualmente se cree que la relación es de 3:1 o 2:1, y afirma que esto se puede deber a que las mujeres tienden a recibir un diagnóstico más tardío y que necesitan presentar más gravedad, como discapacidad intelectual o problemas de conducta para ser diagnosticadas en su infancia. Se afirma que esta dificultad en el diagnóstico se puede deber a limitaciones en las herramientas de diagnóstico actuales.

Trastorno del Espectro Autista en Mujeres Adolescentes

La adolescencia es una etapa de dinámicas sociales cambiantes e interacciones sociales complejas, especialmente para las mujeres adolescentes (Masten et al., 2013). Durante este período, las amistades y las relaciones íntimas adquieren un papel particularmente importante, debido a la conexión entre la amistad y el bienestar, la adaptación y los factores protectores para las mujeres adolescentes. Sin embargo, para las mujeres con TEA, la adolescencia puede ser aún más desafiante, ya que se enfrentan a la tarea de navegar por las reglas sociales y las dinámicas más complejas que se desarrollan en las amistades (Vine Foggo y Webster, 2017).

Durante la adolescencia, las mujeres con TEA pueden encontrarse con que las expectativas de sus compañeros respecto a las interacciones sociales han cambiado y se han vuelto más complicadas que en su infancia (Sedgewick et al., 2016). Las relaciones ya no se basan en la proximidad o funcionalidad características de las amistades de la infancia, sino que se establecen a partir de decisiones conscientes, intereses compartidos, valores y actitudes (Vine Foggo y Webster, 2017). La reciprocidad se vuelve mucho más importante en las amistades adolescentes, ya que implican no sólo actividades compartidas, sino también el intercambio equitativo de recursos emocionales.

A pesar de estas dificultades en las amistades en esta etapa, las mujeres adolescentes con TEA presentan más interacciones sociales que los hombres (Kuo et al., 2013). Los adolescentes varones TEA suelen pasar tiempo con amigos participando en actividades pasivas, como videojuegos, que tienen menos probabilidad de involucrar interacciones sociales directas. Por su parte, las adolescentes con TEA pasan mayor parte de su tiempo en conversaciones con amigos.

En el estudio de Head et al. (2014), se descubrió que las adolescentes con TEA exhiben habilidades sociales superiores y mayor motivación social que los adolescentes con TEA. Así mismo, adolescentes hombres en el espectro son más propensos a ser excluidos activamente por sus pares, mientras que las adolescentes con TEA mostraban mayor conexión social y motivación (Sedgewick et al., 2016). Las mujeres adolescentes con TEA también tenían más relaciones de amistad con sus pares neurotípicas lo cual contribuye a evitar su exclusión activa de las redes sociales y les permitía mantener una mayor conexión y número de relaciones.

A pesar de esta “ventaja” que presentan las mujeres adolescentes con TEA en comparación con los hombres, las interacciones sociales si se les hacen difíciles (Vine Foggo y Webster, 2017). Las adolescentes con TEA presentan mayor calidad de amistad, comprensión y empatía que los varones en el espectro, pero significativamente más bajas que las adolescentes neurotípicas. Aunque las adolescentes en el espectro del autismo no difieren marcadamente de los varones en

medidas de lenguaje y habilidades sociales, presentan significativamente menos habilidad en estas medidas en comparación con otras adolescentes neurotípicas.

Respecto a los intereses, es importante destacar que las adolescentes con TEA tienden a presentar intereses similares a sus pares neurotípicas. Sus temas de interés son menos excéntricos en comparación con los de los hombres adolescentes en el espectro (Merino et al., 2018). Aun así, es importante tener en cuenta que, si bien sus intereses son similares a los de su grupo de pares, su intensidad y calidad se diferencian de forma marcada (Ruggieri y Arberas, 2016).

Por otro lado, mujeres con TEA que presentan las mejores habilidades cognitivas y comunicativas, pueden desarrollar nuevas problemáticas en la adolescencia (Hervás, 2022). Oswald et al., (2015) afirman que durante la adolescencia existe una mayor diferenciación en la expresión del TEA. Las adolescentes con TEA presentan una mayor tasa de ansiedad, depresión y otros trastornos internalizantes, lo que los autores llaman el fenómeno del “double hit” ya que presentan las dificultades características del TEA sumadas a otras problemáticas internalizantes.

Sesgo Masculino y Expresión Femenina

Como ya hemos visto, si bien los trastornos del espectro autista afectan tanto a mujeres como a hombres, este es mayormente diagnosticado en el sexo masculino, mientras que las mujeres son diagnosticadas

tardíamente en el ciclo vital (Bargiela et al., 2016). Como fue dicho anteriormente, el TEA es más diagnosticado en personas del sexo masculino 4:1 a pesar de que investigaciones más recientes postulan que la distribución es más cercana a 3:1 (Green et al., 2019). Esto es algo grave, ya que, sin un diagnóstico correcto, no se pueden identificar las dificultades que presenta cada individuo y tomar las medidas necesarias para apoyarlos e incluirlos.

La investigación de Eaton (2017) identifica distintos factores que pueden estar contribuyendo a este sesgo por sexo en el diagnóstico. Ella afirma que la muestra de los estudios originales del TEA fue formada casi completamente por personas del sexo masculino, y esto hizo que los síntomas y descriptores conductuales del trastorno fueran basados en la expresión del TEA en los hombres, omitiendo sintomatología más femenina. Asperger solo estudió a personas del sexo masculino y luego de estandarizarlo para la población, reconoció que había mujeres que presentaban el mismo patrón de comportamiento (Gould, 2018). También se afirma que la teoría del autismo está extremadamente basada en el cerebro masculino, lo que provoca que los clínicos que deberían detectar y diagnosticar este trastorno estén mucho más familiarizados con la expresión masculina de este (Eaton, 2017).

Al mismo tiempo se destaca que las mujeres con autismo tienden a expresar el trastorno de forma distinta (Eaton, 2017). Las mujeres tienden a tener mejores habilidades verbales y menos intereses restrictivos o comportamientos repetitivos. Las niñas son

socializadas en formas prosociales del comportamiento (Gould, 2018). Muchas imitan el comportamiento de otros de otras sin entender las relaciones interpersonales y “pretenden ser normales” lo que frecuentemente causa mucho malestar.

Eaton (2017) argumenta que, debido a las diferencias inherentes entre niños y niñas, se deberían incluir criterios separados para el diagnóstico de las niñas en las pautas. Se hace esencial desarrollar descriptores específicos por género para el diagnóstico del Trastorno del Espectro Autista (TEA). Las diferencias en fenotipos, comorbilidades psiquiátricas y el nivel de "camuflaje" en mujeres contribuyen a las disparidades en las tasas de prevalencia, así como a diagnósticos incorrectos o tardíos en este grupo (Tubío-Fungueiriño et al., 2020).

La creación de un diagnóstico diferencial es crucial, especialmente debido a las disparidades en el fenotipo del TEA en mujeres, que se caracteriza por comportamientos menos disruptivos en comparación con los hombres (Hull et al., 2020). Algunos de los síntomas y comportamientos descriptivos en mujeres con TEA incluyen una mayor motivación social y una notable habilidad para formar amistades tradicionales. Además, es menos probable que presenten conductas externalizantes como impulsividad, hiperactividad y problemas de conducta, según Bargiela et al. (2020). Al mismo tiempo, muestran una mayor prevalencia de problemas internalizantes, como ansiedad, depresión y trastornos alimenticios. También se observa que tienen menos

comportamientos repetitivos y estereotipados en comparación con los hombres (Hull et al., 2019).

Diagnóstico Tardío

Tal como fue dicho anteriormente, muchas mujeres son diagnosticadas de manera tardía con TEA debido a limitaciones en los criterios diagnósticos y en el conocimiento de los clínicos respecto al trastorno. Los niños/niñas con diagnóstico tardío pueden perder la oportunidad de recibir servicios de intervención temprana para mejorar los resultados del desarrollo y la calidad de vida (Daniels et al., 2014). Se afirma que la búsqueda de diagnóstico larga y/o infructuosa provoca angustia, estrés, incertidumbre y desorientación en los niños y sus familias (Hernández et al., 2005).

La identificación oportuna del Trastorno del Espectro Autista (TEA) puede mitigar riesgos y mejorar la calidad de vida, por ejemplo, al identificar necesidades e intervenciones apropiadas, aumentar el acceso a servicios, reducir el juicio de otras personas hacia la persona con TEA y sus padres, disminuir la autocrítica y contribuir a fomentar una identidad positiva (Bargiela et al., 2016). No solo eso, un diagnóstico oportuno puede mejorar la calidad de vida y reducir los costos sociales y económicos producto del TEA (Canal et al., 2010).

Mujeres con un diagnóstico tardío de TEA presentan experiencias de victimización y dificultades para encajar en roles sociales tradicionales (Green et al., 2019). La obtención de un diagnóstico mejora el

sentido de pertenencia y la autoimagen. Al mismo tiempo, los clínicos encuentran barreras prácticas al diagnosticar el TEA en adultos, especialmente mujeres, debido a la falta de informantes y la dificultad para obtener historias de desarrollo precisas. La tardía diagnosis en mujeres crea obstáculos adicionales para el tratamiento y los servicios.

Comorbilidad

Por otro lado, es importante tener en cuenta la alta tasa de comorbilidad que presenta el Trastorno del Espectro Autista, esto también puede causar dificultades en el diagnóstico por confusión de sintomatología (Hervás, 2022). Un 70% de las personas con TEA presentan otro diagnóstico de trastorno mental, mientras un 40% presentan dos o más trastornos mentales comórbidos (Montagut et al., 2018).

Respecto a las diferencias según género, se destaca que las alteraciones en la conducta, el trastorno de déficit atencional e hiperactividad (TDAH) y las dificultades en el lenguaje expresivo son más comunes en niños con diagnóstico TEA, mientras trastornos afectivos, ansiosos y trastornos de la conducta alimentaria son más frecuente en las niñas (Rødgaard et al., 2021). Se destaca que durante la adolescencia se produce un aumento en las comorbilidades de carácter afectivo debido al estrés constante de la necesidad de adaptación (Hervás, 2016). Los trastornos comórbidos más prevalentes en mujeres con TEA son el TDAH, Depresión, Trastornos Ansiosos y Trastornos de la Conducta Alimentaria. (Rynkiewicz et al., 2019; Rødgaard et al., 2021).

Al mismo tiempo, se destaca que las mujeres presentan mayor comorbilidad que los hombres y que un diagnóstico tardío también se asocia a mayor comorbilidad (Rødgaard et al., 2021). También se destaca que frecuentemente el Trastorno del Espectro Autista y la comorbilidad son diagnosticados de manera muy cercana en el tiempo. Esto sugiere que individuos con autismo, especialmente mujeres, no son diagnosticados hasta que desarrollan una condición comórbida.

Ansiedad

La evidencia sugiere que un 40% de las personas con TEA presentará niveles clínicamente significativos de ansiedad, se destaca que la experiencia clínica sugiere que este porcentaje es aún mayor. (Eaton, 2017). La comorbilidad con ansiedad se relaciona a una amplificación de comportamientos problemáticos como déficits en habilidades sociales, resistencia al cambio y conductas repetitivas. Además, la comorbilidad TEA/ansiedad puede tensar las relaciones familiares y aumentar el estrés parental (Zaboski y Storch, 2018).

Respecto a la intervención, existe numerosa evidencia a favor del uso de Terapia Cognitivo Conductual para tratar la ansiedad en jóvenes con trastornos del espectro autista (TEA); sin embargo, existen pruebas mixtas sobre su aplicación para tratar comportamientos repetitivos, así como el uso de inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina para la ansiedad en jóvenes con TEA (Nadeau et al., 2013). Así mismo, Zaboski y Storch (2018) afirman que las interacciones

neurobiológicas entre la ansiedad y los trastornos del espectro autista (TEA) requieren enfoques de evaluación integrales, terapia cognitivo-conductual modificada e intervenciones farmacológicas cuidadosamente gestionadas. Destacan que la terapia cognitivo-conductual con exposición es una opción de tratamiento efectiva cuando se tienen en cuenta adecuadamente las variables sociales, familiares y cognitivas.

Pese a esta evidencia que sugiere una intervención cognitivo conductual para pacientes con TEA y Ansiedad, hay que considerar que las causas de trastornos ansiosos como ansiedad social o agorafobia son distintas y que responden a distintos tratamientos (Eaton, 2017). Por ejemplo, adolescentes con TEA y ansiedad social se pueden ver beneficiadas por una intervención de entrenamiento de habilidades sociales y resolución de problemas, mientras que a otras que presentan comorbilidad con agorafobia, estas intervenciones no son adecuadas. Por último, se destaca la importancia de la psicoeducación a padres de adolescentes con TEA con altos niveles de ansiedad. Muchos padres se preocupan porque sus hijas llegan a la casa del colegio y juegan videojuegos o ven redes sociales por mucho tiempo, pero es importante entender que estas actividades repetitivas pueden reducir la ansiedad en sus hijas luego de actividades socialmente drenantes, como ir al colegio.

Depresión

La prevalencia de comorbilidad con depresión parece correlacionar con formas de

TEA de mayor funcionamiento y con el aumento de la edad (DeFilippis, 2018). La adolescencia es un período en el que los jóvenes luchan con la identidad y las relaciones interpersonales, y un diagnóstico de TEA complica aún más este proceso. Es posible que los adolescentes con TEA sean más conscientes de los déficits en la comunicación social asociados con el diagnóstico que los niños con TEA, y se teoriza que los adolescentes de mayor funcionamiento pueden experimentar esto de manera más aguda. Rynkiewicz, Janas-Kozik y Słopień (2019) plantean que un 50% de las adolescentes con TEA han sido diagnosticadas con trastorno depresivo recurrente.

Hedley y Uljarević (2018) observan que la prevalencia de pensamientos suicidas entre individuos con TEA varía del 11 al 66%, y los intentos de suicidio representan del 1% al 35%. Algunas muertes prematuras en la población con TEA son causadas por el suicidio de un paciente (0.31%), y este porcentaje es más alto que en la población general (0.04%) (Rynkiewicz et al., 2019).

Respecto a la diferencia por género (Eaton, 2017), se encontró que niños y niñas con autismo tienen riesgo similar de desarrollar un trastorno depresivo, pero que este riesgo aumenta de manera marcada para las mujeres en su adolescencia. Se postula que esto se puede deber a pensamiento irracional donde las adolescentes internalizan sus dificultades y presentan un pensamiento automático negativo que dificulta una cognición más positiva.

Relacionado a lo anterior, el principio fundamental de la terapia cognitivo-conductual (TCC) se centra en modificar o cuestionar estos pensamientos automáticos negativos (Eaton, 2017). Es importante tener en cuenta que este tipo de programa puede resultar difícil para individuos con autismo que pueden tener dificultades con la flexibilidad cognitiva. Lamentablemente, muchos de ellos, además de tener un grado de rigidez, han experimentado un alto nivel de rechazo social y dificultades en las relaciones, junto con problemas académicos y laborales; lo que refuerza sus creencias negativas. Además, dado que muchos individuos con autismo tienen una baja alfabetización emocional y una capacidad reducida para verbalizar pensamientos y sentimientos, los programas estándar de TCC pueden resultar problemáticos.

TCA

Ya en 1983 autores como Gilbert postularon una superposición entre los trastornos de conducta alimentaria y personas con trastorno del espectro autista, él postula que existe una predisposición genética en común y que pueden compartir rasgos hereditarios. (Barlattani et al., 2023). Westwood et al. (2016) especulan que las jóvenes, en particular aquellas en el espectro autista, pueden tener más probabilidades de desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria en la adolescencia debido a una combinación de sus rasgos autistas subyacentes y la presión social y cultural para conformarse a una forma corporal 'ideal' determinada por los medios de comunicación populares.

En comparación con otros grupos, los niños con autismo tienen cinco veces más probabilidades de desarrollar patrones selectivos de alimentación. Bicer y Alsaffer (2013), destacan que un alto porcentaje (más del 60%) de los niños que estudiaron y que estaban en el espectro del autismo mostraban patrones de alimentación selectiva. Entre el 46% y el 89% de todos los niños con autismo presentan patrones alimentarios atípicos (Eaton, 2017).

A lo largo de los años, ha habido mucha especulación sobre la conexión entre los trastornos alimentarios y el autismo. Se han encontrado vínculos tanto genéticos como conductuales (Eaton, 2017). La investigación se ha centrado en la presencia de estilos de procesamiento cognitivo similares observados en individuos con autismo y con diagnóstico de trastorno alimentario. Por ejemplo, varios estudios han destacado rasgos asociados con el autismo que también se observan en individuos con anorexia nerviosa (Eaton, 2017). Estos incluyen dificultades con el pensamiento flexible, dificultades para ver el panorama general y dificultades en la teoría de la mente, incluida la dificultad para apreciar el impacto de las propias acciones en otras personas. Importante es notar que Barlattani et al. (2023) afirman que aún queda por determinar si esta amplia gama de prevalencia se debe a condiciones comórbidas compartidas o a rasgos clínicos similares.

Respecto a la intervención en alimentación restrictiva en TEA que no califica como un trastorno comórbido, Eaton (2017) destaca que algunos jóvenes con dietas

restrictivas parecen estar bien y que son los padres quienes destacan impactos significativos en la vida familiar y ansiedad sobre la disponibilidad de ciertos alimentos. Plantea que es recomendable que los padres reduzcan su propia ansiedad sobre la comida y permitan que el joven elija sus alimentos preferidos antes de ampliar su variedad, asegurando al menos el mantenimiento del peso y crecimiento. Luego, se pueden introducir gradualmente nuevos alimentos.

Por otro lado, Li et al., (2021) destacan el “PEACE pathway” (Pathway for Eating disorders and Autism developed from Clinical Experience) como el tratamiento con mejor evidencia para la intervención en individuos con TEA y TCA comórbidos. La intervención implica ajustes en varias modalidades terapéuticas, como la terapia cognitivo-conductual (CBT) y el enfoque basado en la formulación, la introducción de talleres y materiales de psicoeducación sobre el bienestar sensorial y la comunicación, así como el refuerzo del apoyo a los cuidadores.

Por último, relacionado al tratamiento de TEA con comorbilidad de anorexia, Eaton (2017) destaca la Terapia de rehabilitación cognitiva (CRT) como una intervención con buena evidencia respecto al trabajo de jóvenes con TEA y anorexia. Se ha demostrado una mejora en el funcionamiento cognitivo de los jóvenes y mejora en su capacidad de cambio. También destaca las intervenciones familiares, terapias cognitivo-conductuales y terapia cognitivo-analítica para la intervención en la sintomatología de los trastornos de la conducta alimentaria en específico.

TDAH

El TEA y el TDAH (Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad) comparten heredabilidad genética y ambos están asociados con deficiencias compartidas en el funcionamiento social y ejecutivo. Sin embargo, existen diferencias cuantitativas y cualitativas en las presentaciones fenotípicas de las deficiencias que caracterizan al TEA y al TDAH (Antshel y Russo, 2019). El TDAH es la comorbilidad más común en niños con TEA, con tasas de comorbilidad en el rango del 40 al 70%. Por su parte, Rødgaard et al. (2021) plantean que un 35% de los hombres adolescentes con TEA y un 26% de las mujeres, presentan TDAH.

Importante es destacar que se ha visto que la sintomatología de ambos trastornos se presenta de forma más grave cuando existe comorbilidad entre ambos (Hervás, 2016). La comorbilidad con TDAH también está asociada con un riesgo significativamente mayor de una tercera condición, especialmente trastornos de ansiedad y del estado de ánimo (Gordon-Lipkin et al., 2018).

La comorbilidad con TDAH hace que el diagnóstico de TEA se haga aún más difícil, los jóvenes con TDAH se les diagnostica TEA aproximadamente 2 años más tarde que a los niños con TEA sin un diagnóstico previo de TDAH (Stevens, et al., 2016). Entonces mujeres con diagnóstico TEA que ya están en riesgo de un diagnóstico tardío por su género, están en aún más riesgo de una demora en un diagnóstico oportuno cuando presentan comorbilidad con TDAH.

Respecto a la intervención y tratamiento, es importante tener en cuenta que un 30% de las personas con TEA responden de manera negativa a los tratamientos farmacológicos para el TDAH (Hervás, 2016). Antshel y Russo (2019) afirman que, a pesar de la gran comorbilidad entre TDAH y TEA, la mayoría de la investigación respecto a los tratamientos se centra en uno u otro de los trastornos, pero no en la combinación de ambos en un mismo individuo.

Tratamiento e Intervención Psicológica en Adolescentes

Roth, Gillis y DiGennaro (2013) afirman que existen muchas terapias para las personas con TEA pero que no todas cuentan con evidencia fuerte, es por eso que hacen una revisión sistemática para determinar cuáles son más adecuadas. También destacan que no existe una terapia que aborde el TEA de manera completa, sino que existen distintos tratamientos e intervenciones para dificultades específicas y/o comorbilidades. Los resultados sugirieron que las intervenciones conductuales en áreas de habilidades académicas, habilidades adaptativas, comportamiento problemático, evitación fóbica, habilidades sociales y habilidades vocacionales tienen tamaños de efecto de moderados a fuertes. Afirman que en general, la evidencia es buena para el uso de intervenciones conductuales en esta población, pero que se necesitan investigaciones adicionales para cerrar la brecha entre la investigación y la práctica.

Respecto a intervenciones específicas en adolescencia, se destaca la utilidad de intervenciones cognitivo-conductuales y de Mindfulness para mejorar la salud mental y bienestar de los jóvenes en esta etapa (Fuentes, Hervás y Howlin, 2021). También se sugieren intervenciones centradas en la mejora de integración social de los adolescentes con TEA.

Según Bonilla y Chaskel (2016), la Academia Americana de Psiquiatría Infantil y del Adolescente ha establecido recomendaciones terapéuticas específicas para el trabajo con adolescentes que presentan TEA. Enfatizan en la necesidad de que siempre se tenga un enfoque psicoeducativo, individualizado, interdisciplinario, estructurado y predecible donde haya un análisis continuo de las conductas y contexto de los adolescentes. Respecto a la farmacoterapia destacan que algunos medicamentos como risperidona y aripiprazol pueden ser utilizados para intervenir en síntomas específicos o condiciones comórbidas. Se destaca la importancia de un apoyo constante a la familia en esta etapa del desarrollo, se recomienda psicoeducar sobre el trastorno, la etapa del ciclo vital y explicar los beneficios y riesgos de los tratamientos e intervenciones,

Hoagwood et al. 2001 sugieren que los tratamientos centrados en la familia han mostrado efectividad general. Estas intervenciones suelen ser a corto plazo y ambulatorios y suelen presentar bases cognitivos-conductuales, y sus resultados mejoran cuando son acompañados de otras terapias individuales y tratamiento farmacológico cuando es necesario.

Análisis y discusión

En el presente informe se busca abordar de manera exhaustiva el Trastorno del Espectro Autista (TEA) femenino. Centrarse en el grupo femenino es relevante debido a que tradicionalmente ha existido más diagnóstico e información en torno al trastorno en hombres. A continuación, se realizará un análisis crítico y reflexivo de los elementos tratados en el punto de desarrollo.

Es posible afirmar que existe un sesgo masculino en el diagnóstico y que la expresión femenina del TEA se diferencia del diagnóstico tradicional. El TEA es más diagnosticado en hombres que en mujeres, esto se puede deber a muchos factores, entre ellos, la expresión más camuflada y “sutil” del trastorno en mujeres, sesgos de los profesionales en la evaluación y diagnóstico, falta de herramientas de diagnóstico adaptadas a las expresiones femeninas del TEA y falta de información, investigación y concientización sobre el TEA en mujeres. Incluir criterios específicos por género para el diagnóstico es un aporte valioso que podría mejorar la identificación temprana y, por ende, la calidad de vida de las mujeres con TEA. La discusión sobre las consecuencias del diagnóstico tardío, como experiencias de victimización y dificultades sociales, resalta la urgente necesidad de mejorar los procesos de diagnóstico en el grupo femenino. La identificación temprana no sólo beneficia a las mujeres y niñas con TEA, sino que también puede tener un impacto positivo en sus familias y en la sociedad en general.

Tal como fue dicho anteriormente, las mujeres con TEA tienen más probabilidades de presentar comorbilidad de otros diagnósticos psiquiátricos como ansiedad, depresión o trastornos de la conducta alimentaria entre otros. Esta comorbilidad hace que los casos de TEA femenino presenten una gran complejidad clínica. Muchos factores pueden estar afectando esta alta tasa de comorbilidad, como una vulnerabilidad genética compartida entre diagnósticos, dificultades en la regulación emocional características del TEA y una mayor vivencia de experiencias de discriminación y abuso en esta población. Esta alta comorbilidad puede contribuir al diagnóstico tardío y nos muestra la necesidad de una evaluación que no solamente considere los síntomas característicos del TEA, sino también otras condiciones psiquiátricas.

Existen intervenciones psicológicas que pueden ser efectivas para mejorar el funcionamiento de adolescentes con TEA. Estas intervenciones suelen ser individualizadas e interdisciplinarias, y se centran en áreas específicas de dificultad, como las habilidades sociales, las habilidades académicas y la salud mental. La investigación nos muestra la importancia de diseñar intervenciones teniendo en cuenta la complejidad de cada individuo, su condición y contexto. El enfoque familiar se evidencia esencial en la intervención con niñas y adolescentes con TEA, la investigación resalta la relevancia de un apoyo constante a las familias. La combinación de terapias centradas en la familia, terapias individuales y, cuando es necesario, tratamiento farmacológico que se menciona en diversas

investigaciones, demuestran la importancia de una comprensión integral de las necesidades de las personas con TEA y sus familias.

Como aporte personal, sería interesante explorar aún más la influencia de los estereotipos de género en la percepción y detección del TEA. ¿Es posible que las expectativas que se tienen de las niñas vs niños estén afectando el funcionamiento de estos? Creo que es importante hacer un análisis de las experiencias de las mujeres con TEA en distintos contextos y culturas para enriquecer la comprensión del trastorno.

Creo que es importante que se mantenga y aumente la investigación respecto a las diferencias en la expresión del TEA entre mujeres y hombres para tener un diagnóstico más temprano y mejor intervención. Así mismo es importante educar y actualizar el conocimiento de los profesionales de la salud y educación que interactúan con niños y adolescentes respecto al TEA femenino, de esta forma se hace más posible un diagnóstico e intervención oportuno.

Por último, quiero destacar lo esencial que encuentro diseñar intervenciones que aborden las necesidades específicas de las mujeres, adolescentes y niñas con TEA, como la mejora de la autoestima, la gestión de la ansiedad y la depresión, y la prevención de los trastornos de la conducta alimentaria. Sobre todo, en países como Chile, donde el sistema de salud no es igualitario, creo que es importante diseñar estas intervenciones teniendo en cuenta la accesibilidad. Es necesario que las mujeres, adolescentes y

niñas con TEA puedan beneficiarse de un buen tratamiento sin importar su contexto socioeconómico.

Como preguntas para una investigación posterior, me queda el cuestionamiento de trastorno vs norma. Tanto el TEA como el TDAH han ido aumentando en su diagnóstico y una gran parte de la población presenta algún trastorno del neurodesarrollo. Esto me lleva a cuestionar si estamos pasando por un período de sobrediagnóstico o si estamos patologizando funcionamientos que no salen tanto de la norma. Es una pregunta que no tengo resuelta y que puede ser explorada en el futuro. Será interesante ver que dice nuestra sociedad y la investigación respecto a esta temática en 30 años. ¿Cuánto habrán cambiado los diagnósticos en el DSM?

Conclusiones

Este análisis integral del TEA femenino buscó destacar la complejidad y la necesidad de una comprensión más profunda de este trastorno, particularmente en contextos clínicos y de diagnóstico. Las investigaciones muestran que las mujeres con TEA enfrentan desafíos únicos, desde la detección tardía hasta síntomas atípicos, lo que resalta la importancia de abordar estas diferencias de género.

La discrepancia en la prevalencia entre géneros y el diagnóstico tardío en las mujeres plantea importantes preocupaciones sobre la inclusión y el apoyo temprano, lo que puede tener efectos negativos para el desarrollo y la calidad de vida. La falta de herramientas de

diagnóstico que respondan a las manifestaciones femeninas del TEA contribuye a este problema y resalta la necesidad de criterios de evaluación específicos de género.

El sesgo masculino en la investigación original sobre el TEA y la presentación predominantemente masculina del trastorno han influido en la dificultad de identificar y diagnosticar correctamente a las mujeres. Se destaca la importancia de revisar y modificar los criterios de diagnóstico para tener en cuenta las diferencias de género y garantizar una detección temprana más efectiva.

Se resalta que ha existido un gran avance en la investigación y en la legislación nacional. La Ley 21.545 en Chile, que busca garantizar la igualdad de oportunidades y la protección educativa para las personas con TEA sin distinción de edad o género es un buen avance en la dirección correcta, pero aún queda mucho por hacer. Esta ley nos muestra una mejora en la conciencia social sobre el TEA y sus consecuencias, pero también destaca la gran necesidad de implementar prácticas inclusivas y sensibles al género en la atención en psicología, salud primaria y en el sector educativo.

Se dispone de diversas terapias y tratamientos destinados a las personas con Trastorno del Espectro Autista (TEA), aunque no todas tienen evidencia fuerte. En términos generales, son las intervenciones conductuales las que cuentan con un mayor respaldo empírico de eficacia. En la etapa de la adolescencia, se resalta la utilidad de las intervenciones cognitivo-conductuales y las prácticas de Mindfulness para potenciar la

salud mental y el bienestar de los jóvenes. Además, se enfatiza la eficacia de intervenciones centradas en mejorar la integración social como parte fundamental del abordaje terapéutico.

Como ya se mencionó, destaca la alta comorbilidad de mujeres con TEA y otros trastornos como ansiedad, depresión, trastornos de la conducta alimentaria y TDAH. Una intervención temprana y enfocada en el individuo, que tenga en cuenta las diferentes necesidades y sintomatología de cada caso resulta esencial para abordar el TEA femenino y sus posibles comorbilidades. La sugerencia de terapias cognitivo-conductuales y de Mindfulness, así como intervenciones centradas en la mejora de la integración social, refleja una perspectiva holística y centrada en el individuo que es esencial para el trabajo con mujeres, adolescentes y niñas con TEA. Se evidencia a la necesidad de más investigación que permita cerrar la brecha entre la teoría y la práctica clínica y abordar las especificidades de la población femenina con TEA.

Por último, este análisis nos resalta la necesidad de un enfoque holístico y personalizado para abordar el TEA femenino. Hay que reconocer la diversidad en la presentación de los síntomas y lo esencial de una detección e intervención temprana y continua. La comprensión y conciencia de las diferencias de género en el diagnóstico y tratamiento son fundamentales para garantizar una atención efectiva y apoyo adecuado a las mujeres con TEA.

Personalmente, creo que las intervenciones cognitivo-conductuales pueden ser una herramienta útil para enfrentar desafíos específicos que experimentan las mujeres con Trastorno del Espectro Autista (TEA) durante la adolescencia, tales como la ansiedad, la depresión y los trastornos de la conducta alimentaria. Sin embargo, es importante adaptar estas intervenciones a las necesidades y características propias de este grupo poblacional. Por ejemplo, se puede emplear la psicoeducación para que las mujeres con TEA comprendan sus dificultades y desarrollen estrategias de afrontamiento. Asimismo, las técnicas de mindfulness pueden ser útiles para que regulen sus emociones y mejoren su bienestar general.

Además, creo fundamental que las intervenciones dirigidas a mujeres con TEA adopten un enfoque interdisciplinario, involucrando a profesionales de diversas disciplinas como psicólogos, psiquiatras, educadores y terapeutas ocupacionales. Este enfoque permitirá abordar de manera integral las necesidades de las mujeres, proporcionándoles el respaldo necesario para alcanzar su máximo potencial.

Referencias:

- American Psychological Association. (s.f.).** Autism and Autism Spectrum Disorders. <https://www.apa.org>.
<https://www.apa.org/topics/autism-spectrum-disorder>
- Antshel, K. M., & Russo, N. (2019).** Autism spectrum disorders and ADHD: Overlapping phenomenology, diagnostic issues, and

treatment considerations. *Current psychiatry reports*, 21(34), 1-11.

Bagladi, V., Cayazzo, C., & Olivares, A. (2022).

Psicoterapia Integrativa EIS en Espectro Autista. En R. Opazo (Eds.), *Manual de psicoterapia integrativa EIS: Potenciando el cambio en la clínica aplicada* (pp. 1215-1336).

Bargiela, S., Steward, R., & Mandy, W. (2016). The

experiences of late-diagnosed women with autism spectrum conditions: An investigation of the female autism phenotype. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 46(10), 3281-3294.

<http://dx.doi.org.pucdechile.idm.oclc.org/10.1007/s10803-016-2872-8>

Barlattani, T., D'Amelio, C., Cavatassi, A., De Luca, D., Di Stefano, R., Di Berardo, A., Simonetta, M., Minutillo, F., Leonardi, V., Renzi, G., Russo, A., Rossi, A., & Pacitti, F. (2023).

Autism spectrum disorders and psychiatric comorbidities: a narrative review. *Journal of Psychopathology*. DOI: 10.36148/2284-0249-N281

Bicer, A.H., & Alsaffar, A.A. (2013) Body mass

index, dietary intake and feeding problems of Turkish children with autism spectrum disorder (ASD). *Research in Developmental Disabilities* 34(11), 3978-3987.

Canal, R., Martín, MV., Bohórquez, D., Guisuraga, Z., Herráez, L., Herráez, M., & Posada, M. (2010).

La detección precoz del autismo y el impacto en la calidad de vida de las familias. *Aplicación del paradigma de calidad de vida. VII Seminario de actualización metodológica en investigación sobre discapacidad. Salamanca: INICO*, 91-98.

Daniels, A. M., Halladay, A. K., Shih, A., Elder, L. M., & Dawson, G. (2014).

Approaches to enhancing the early detection of autism spectrum disorders: a systematic review of the literature. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 53(2), 141-152.

DeFilippis, M. (2018). Depression in children and adolescents with autism spectrum disorder. *Children*, 5(9), 112.

Diprece (s.f): Trastorno del Espectro Autista (TEA).

<https://diprece.minsal.cl/informacion-para-la-comunidad-trastorno-del-espectro-autista-tea/>

Eaton, J. (2017). *A guide to mental health issues in*

girls and young women on the autism spectrum: Diagnosis, intervention and family support. Jessica Kingsley Publishers.

Fuentes, J., Hervás, A., & Howlin, P. (2021). Guía

práctica para el autismo de ESCAP: resumen de las recomendaciones basadas en la evidencia para su diagnóstico y tratamiento. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 30(6), 961-984.

González, M. C., Vasquez, M., & Hernandez-Chavez, M. (2019).

Trastorno del espectro autista: Diagnóstico clínico y test ADOS. *Revista chilena de pediatría*, 90(5), 485-491.

Gordon-Lipkin, E., Marvin, A. R., Law, J. K., & Lipkin, P. H. (2018).

Anxiety and mood disorder in children with autism spectrum disorder and ADHD. *Pediatrics*, 141(4).

Gould, R. (2018). 'Making Room for the Other (s)':

A consideration of psychodynamic counselling with women with Asperger's Syndrome. *Psychodynamic Practice*, 24(2), 145-159.

Green, R. M., Travers, A. M., Howe, Y., & McDougale, C. J. (2019).

Women and autism spectrum disorder: Diagnosis and implications for treatment of adolescents and adults. *Current psychiatry reports*, 21(4), 1-8.

Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. (2014). American Psychiatric Pub.

Head, A. M., McGillivray, J. A., & Stokes, M. A. (2014).

Gender differences in emotionality and sociability in children with autism

- spectrum disorders. *Molecular autism*, 5(1), 1-9.
- Hedley, D., & Uljarević, M. (2018).** Systematic review of suicide in autism spectrum disorder: current trends and implications. *Current Developmental Disorders Reports*, 5, 65-76.
- Hernández, J. M., Artigas, J., Martos, J., Palacios, S., Fuentes, J., Belinchón, M., & Posada, M. (2005).** Guía de buena práctica para la detección temprana de los trastornos del espectro autista. *Rev Neurol*, 41(4), 237-245.
- Hervás, A. (2016).** Un autismo, varios autismos. Variabilidad fenotípica en los trastornos del espectro autista. *Rev Neurol*, 62(Supl 1), S9-14.
- Hervás, A. (2022).** Género femenino y autismo: infra detección y mis diagnósticos. *Medicina (Buenos Aires)*, 82, 37-42.
- Hoagwood, K., Burns, B. J., Kiser, L., Ringeisen, H., & Schoenwald, S. K. (2001).** Evidence-based practice in child and adolescent mental health services. *Psychiatric services*, 52(9), 1179-1189.
- Hull, L., Petrides, K. V., & Mandy, W. (2020). The female autism phenotype and camouflaging: A narrative review. *Review Journal of Autism and Developmental Disorders*, 7, 306-317.
- Kirkovski, M., Enticott, P. G., & Fitzgerald, P. B. (2013).** A review of the role of female gender in autism spectrum disorders. *Journal of autism and developmental disorders*, 43, 2584-2603.
- Kreiser, N. L., & White, S. W. (2014).** ASD in females: are we overstating the gender difference in diagnosis?. *Clinical child and family psychology review*, 17, 67-84.
- Kuo, M. H., Orsmond, G. I., Cohn, E. S., & Coster, W. J. (2013).** Friendship characteristics and activity patterns of adolescents with an autism spectrum disorder. *Autism*, 17(4), 481-500.
- Li, Z., Halls, D., Byford, S., & Tchanturia, K. (2022).** Autistic characteristics in eating disorders: Treatment adaptations and impact on clinical outcomes. *European Eating Disorders Review*, 30(5), 671-690.
- Masten, C. L., Telzer, E. H., Fuligni, A. J., Lieberman, M. D., & Eisenberger, N. I. (2012).** Time spent with friends in adolescence relates to less neural sensitivity to later peer rejection. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 7(1), 106-114. <https://doi.org/10.1093/scan/nsq098>
- Merino, M., D'Agostino, C., de Sousa, V., Gutiérrez, A., Morales, P., Pérez, L., Camba, O., Garrote, L., & Amat, C. (2018).** Guía de buenas prácticas en niñas, adolescentes y mujeres con Trastorno del Espectro del Autismo. *Asociación Española de Profesionales del Autismo*.
- Ministerio de Salud de Chile (2011):** Guía Práctica Clínica de Detección y Diagnóstico Oportuno de los Trastornos del Espectro Autista (TEA). Santiago, 2011. <http://www.minsal.cl/portal/url/item/bd81e3a09ab6c3cee040010164012ac2.pdf>
- Montagut, M., Mas Romero, R. M., Fernández, M. I., & Pastor Cerezuela, G. (2018).** Influencia del sesgo de género en el diagnóstico de trastorno de espectro autista: una revisión. *Escritos de Psicología (Internet)*, 11(1), 42-54.
- Nadeau, J., Sulkowski, M. L., Ung, D., Wood, J. J., Lewin, A. B., Murphy, T. K., Ehrenreich, M., & Storch, E. A. (2011).** Treatment of comorbid anxiety and autism spectrum disorders. *Neuropsychiatry*, 1(6), 567.
- Oswald, T. M., Winter-Messiers, M. A., Gibson, B., Schmidt, A. M., Herr, C. M., & Solomon, M. (2016).** Sex differences in internalizing problems during adolescence in autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 46, 624-636.
- Ruggieri, V. L., & Arberas, C. L. (2016).** Autismo en las mujeres: aspectos clínicos,

neurobiológicos y genéticos. *Rev Neurol*, 62(supl 1), S21-26.

Rødgaard, E. M., Jensen, K., Miskowiak, K. W., & Mottron, L. (2021). Autism comorbidities show elevated female-to-male odds ratios and are associated with the age of first autism diagnosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 144(5), 475-486.

Roth, M. E., Gillis, J. M., & DiGennaro Reed, F. D. (2014). A meta-analysis of behavioral interventions for adolescents and adults with autism spectrum disorders. *Journal of Behavioral Education*, 23, 258-286.

Rynkiewicz, A., Janas-Kozik, M., & Słopień, A. (2019). Girls and women with autism. *Psychiatr Pol*, 53(4), 737-752.

Sedgewick, F., Hill, V., Yates, R., Pickering, L., & Pellicano, E. (2016). Gender differences in the social motivation and friendship experiences of autistic and non-autistic adolescents. *Journal of autism and developmental disorders*, 46, 1297-1306.

SENADIS (2023): En agosto Curso Taller ADOS G Autism Diagnostic Observational Schedule. https://www.senadis.gob.cl/sala_prensa/agenda/25/en-agosto-curso-taller-ados-g-autism-diagnostic-observational-schedule

Stevens, T., Peng, L., & Barnard-Brak, L. (2016). The comorbidity of ADHD in children diagnosed with autism spectrum disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 31, 11-18.

Tubío-Fungueiriño, M., Cruz, S., Sampaio, A., Carracedo, A., & Fernández-Prieto, M. (2021). Social camouflaging in females with autism spectrum disorder: A systematic review. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 51, 2190-2199.

Vine Foggo, R. S., & Webster, A. A. (2017). Understanding the social experiences of adolescent females on the autism spectrum. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 35, 74-85.
<https://doi.org/10.1016/j.rasd.2016.11.006>

Westwood, H., Eisler, I., Mandy, W., Leppanen, J., Treasure, J., & Tchanturia, K. (2016) Using the Autism Spectrum Quotient to measure autistic traits in anorexia nervosa: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 46(3), 964-977.

Yáñez, C., Maira, P., Elgueta, C., Brito, M., Crockett, M. A., Troncoso, L., ... & Troncoso, M. (2021). Estimación de la prevalencia de trastorno del Espectro Autista en población urbana chilena. *Andes pediátrica*, 92(4), 519-525.

Diagnóstico, presentación clínica y tratamiento del trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en adultos

*Camila Muñoz Espinoza **

Abstract

Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) is a condition characterized by symptoms related to inattention and hyperactivity or impulsivity. It is the most prevalent disorder in childhood and adolescence, and research has primarily focused on these life stages since its inception. However, in more than half of the cases, symptoms persist beyond adolescence and significantly impact the daily lives of those affected. Thus, there is a need for a greater focus on identification in adulthood, as the affected life domains change from childhood, including areas such as the workplace, romantic relationships, and parenting. This research involved a literature review of updated studies on ADHD in adulthood, focusing on the main characteristics of its diagnosis, symptomatic manifestation, comorbidities, and treatment. The conclusion emphasizes the necessity of expanding knowledge among both clinical professionals and patients and their families regarding the disorder and its manifestations. Often, the diagnosis remains hidden and obscured by significant disruptions in the adult's daily functioning, hindering optimal quality of life.

Keywords: Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD), adulthood, treatment.

Resumen

El trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH) es un trastorno caracterizado por la presencia de sintomatología vinculada a la inatención e hiperactividad o impulsividad. Corresponde al trastorno con mayor prevalencia en la infancia y la adolescencia, por lo que desde sus inicios la investigación se ha enfocado principalmente en estas etapas vitales. Sin embargo, en más de la mitad de los casos los síntomas persisten tras la adolescencia e impactan significativamente en la vida diaria de las personas que lo padecen. De esta manera, se hace necesario un mayor enfoque en su identificación en la adultez, ya que las esferas vitales que se ven afectadas también cambian con respecto a la infancia, eliminándose el ámbito escolar e incluyéndose otros como el ámbito laboral, las relaciones de pareja y la crianza de los hijos. En la presente investigación se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica de estudios actualizados sobre este trastorno en la edad adulta, enfocándose en las características principales de su diagnóstico, manifestación sintomática, comorbilidades y tratamiento. Se llega a la conclusión sobre la necesidad de ampliar el conocimiento tanto de los profesionales clínicos como de los pacientes y familiares en cuanto al trastorno y sus manifestaciones, ya que muchas veces el diagnóstico permanece invisibilizado y se esconde tras alteraciones importantes en el funcionamiento diario del adulto, dificultando una óptima calidad de vida.

Palabras clave: trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH), edad adulta, tratamiento.

Introducción

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad corresponde a una de las alteraciones del neurodesarrollo más comunes en la infancia y la adolescencia, la que se manifiesta en las esferas cognoscitivas y

conductuales de la persona e implica repercusiones funcionales importantes (Barceló, León, Cortes, Valle y Flórez, 2016). Si bien se observa un mayor interés a partir de su impacto en la población infanto-juvenil, a lo largo de las últimas décadas se ha ido reconociendo en mayor medida la persistencia del TDAH en etapas siguientes del desarrollo, identificándose que, de los niños y niñas diagnosticados, más de

* Ps. Pontificia Universidad Católica de Chile.

camila.munoz@uc.cl

AcPI, vol. XVI, 44-58

la mitad continúan con la sintomatología en la edad adulta (Arroyo, 2020). Adicionalmente, mientras que las manifestaciones clínicas del TDAH en la infancia son más conocidas e incluyen problemas de aprendizaje, de conducta y otros problemas neuropsicológicos a partir de la inatención, la hiperactividad y la impulsividad como ejes sintomáticos, en la adultez en cambio, se observan manifestaciones relacionadas principalmente a sintomatología de inatención e impulsividad, disminuyendo la presentación de hiperactividad con la edad. (Barceló et al., 2016). De esta forma, resulta interesante explorar las características específicas de este diagnóstico en la adultez, en tanto existirían cambios a nivel de presentación sintomatológica que pueden implicar un malestar diferente al vivido durante la niñez o adolescencia, como problemáticas a nivel laboral, dificultades para gestionar el manejo del hogar, complicaciones para cumplir con responsabilidades financieras o para mantener relaciones interpersonales estables.

Por otro lado, a pesar de su alta prevalencia, existirían opiniones a favor de que el TDAH en adultos se encuentra en gran medida infradiagnosticado, y que por ende, sería incorrectamente tratado en la terapia, a pesar de que se ha demostrado que la presencia de este trastorno genera un alto coste tanto a nivel personal como social y que las terapias farmacológicas o cognitivo-conductuales podrían tener un gran efecto en la disminución de los principales síntomas (Moreno, Rodríguez, Martínez y Vásquez, 2014). Así, el tratamiento adecuado del TDAH en adultos también implicaría un desafío para la práctica clínica habitual, en donde se involucra en gran parte el desconocimiento tanto de los pacientes como del clínico.

A partir de lo anterior, y considerando lo positivo que puede ser el conocer sobre este diagnóstico para comprender las alteraciones a nivel de funcionamiento de quienes lo padecen, se realizará una revisión de las principales consideraciones diagnósticas del TDAH en la edad adulta, explicitando el curso y prevalencia actual del diagnóstico, su manifestación sintomática en la adultez y su diferenciación con etapas previas del desarrollo. También, se abordará su comorbilidad con otros trastornos y los distintos tipos de tratamientos existentes.

Consideraciones diagnósticas del TDAH en la adultez

El TDAH como diagnóstico se encuentra incluido tanto en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) como en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) de la Organización Mundial de la Salud (OMS), dos de los sistemas clasificatorios con mayor relevancia en el área clínica, siendo el primero el más utilizado (Arroyo, 2021).

En la quinta y actual versión del DSM (American Psychiatric Association (APA), 2014), el TDAH se sitúa como un trastorno del neurodesarrollo que comprende un patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad presente durante al menos seis meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo de la persona y que afecta directamente las actividades sociales y académicas/laborales. Adicionalmente, algunos síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos deben estar presentes desde antes de los 12

años en dos o más contextos, además de causar un deterioro clínicamente significativo en diferentes áreas de la vida (académica, familiar, social y en el caso de los adultos en la laboral) e impactar el funcionamiento psicosocial del sujeto (APA, 2014). Es relevante especificar si el TDAH se encuentra en una presentación predominante con falta de atención, en una presentación predominante hiperactiva/impulsiva o en una presentación combinada de ambos. En el caso de los adultos, la presentación más común del TDAH es con falta de atención (González, Rodríguez-Sacristán y Sánchez, 2015).

En el DSM-5 en particular, se incluyen especificaciones de los criterios para TDAH según la etapa evolutiva en la cual se presentan, incluyendo la adultez (Arroyo, 2021). Destaca cómo se ha retrasado el inicio de la sintomatología de los siete a los doce años y se han reducido el número de síntomas que los adolescentes mayores y adultos (a partir de los diecisiete años de edad) deben presentar para ser diagnosticados con TDAH en comparación al DSM-IV, requiriéndose actualmente la presencia de cinco de los nueve síntomas (Anbarasan, Kitchin y Adler, 2020; APA, 2014). En retrospectiva, uno de los principales problemas con los que se enfrentó el diagnóstico del TDAH en la edad adulta se relaciona con que los criterios de versiones previas del DSM (en particular el DSM-IV), fueron redactados por distintos grupos de especialistas en psiquiatría infantil, que consideraron su validación a partir de estudios empíricos de niños y no dieron paso a definir el núcleo conceptual claro en adultos (Quintero, Balanzá-Martínez, Correas, Soler y GEDA-A, 2013). Así, el DSM-5 habría implicado un importante avance al ampliar las

consideraciones diagnósticas para una etapa posterior del desarrollo.

En cuanto a la prevalencia y curso actual de este diagnóstico, existiría un aumento en las tasas de TDAH en el adulto en las últimas décadas, lo que probablemente se encuentra relacionado a la mayor evidencia sobre la persistencia de los síntomas en la edad adulta (Ortiz y Jaimes, 2016). De los niños que son diagnosticados en la infancia, cerca de un 70% mantiene el trastorno en la edad adulta, lo que ha incrementado el interés por parte de los clínicos e investigadores por conocer sobre el trastorno en esta etapa (Ortiz y Jaimes, 2016). En tanto, la prevalencia del TDAH en la población general oscila entre 2 y 4% en adultos, por lo que ésta debe considerarse como un signo de alerta para el diagnóstico y el tratamiento en esta población (Díaz-Valdés, 2018). De esta manera, es posible pensar al TDAH como un trastorno que lejos de desaparecer al finalizar la infancia o adolescencia como se pensaba anteriormente, se asocia a una serie de dificultades que pueden continuar siendo una fuente de malestar para los sujetos (Díaz-Valdés, 2018).

Manifestación sintomática en etapas tempranas del desarrollo

La manifestación de los síntomas del TDAH en la edad adulta es distinta a la presentada en etapas anteriores (Arroyo, 2021). En etapas tempranas del desarrollo, la presentación del TDAH se vincula con un impacto significativo en el funcionamiento y desarrollo del niño en dominios importantes de su vida, como la escuela, la familia y la relación con compañeros (Rusca y Cortez, 2020). En la edad preescolar,

destacan la hiperreactividad, el oposicionismo y una tendencia a “berrinches” ligados a la desregulación emocional (Rusca y Cortez, 2020). Así mismo, a esta edad la presentación impulsiva/hiperactiva es más prevalente que la presentación inatenta, en tanto es una etapa en donde resulta difícil evidenciar problemas atencionales con claridad (Thapar, Pine, Leckman, Scott, Snowling y Taylor, 2015).

Más adelante, en la edad escolar, los síntomas subclínicos que hasta el momento no se habían detectado en una etapa preescolar, podrían verse exacerbados por exigencias del entorno (Rusca y Cortez, 2020). Generalmente empiezan los problemas académicos, sociales y dentro del entorno familiar, viéndose mayor comorbilidad con síntomas de agresividad y oposicionismo. (Thapar et al., 2015).

En la adolescencia, si bien los síntomas asociados a la hiperactividad empiezan a disminuir, la impulsividad e inatención continúan dificultando una adaptación óptima (Rusca y Cortez, 2020). También se observa un mayor riesgo de baja autoestima y una mayor distorsión del autoconcepto, probablemente como consecuencia de relaciones sociales disfuncionales o disfunción familiar, lo que puede conducir a sentimientos de infravaloración (Thapar et al., 2015). Por otro lado, también resulta común un menor rendimiento académico y una mayor tendencia a presentar conductas de riesgo, como el consumo de sustancias (Thapar et al., 2015).

De esta manera, se puede observar cómo a medida que los niños van creciendo los síntomas de hiperactividad suelen ir disminuyendo, lo que podría explicarse al considerar que la intensidad

de la sintomatología sería contexto-dependiente, lo que quiere decir que tiende a disminuir en situaciones muy estructuradas y organizadas o novedosas e interesantes (Rusca y Cortez, 2020).

Presentación sintomática en la adultez y consecuencias del trastorno

Aun cuando la triada sintomática de inatención, hiperactividad e impulsividad continúa siendo el eje característico de este trastorno a lo largo de las distintas etapas vitales, pareciera que en la adultez aquellos dominios se manifiestan de forma más sutil (Zalsman y Shilton, 2016). A su vez, a menudo el TDAH en población adulta tiene una presentación clínica más heterogénea, en donde se trasciende de los “síntomas motores típicos” descritos en poblaciones infantiles y se incluye un espectro más amplio de desregulación emocional y deterioro funcional (Katzman, Bilkey, Chokka, Fallu y Klassen, 2017). Es por lo anterior, y considerando la dimensionalidad del trastorno, que desde algunas visiones se considera que es necesario abordar el diagnóstico y la presentación del TDAH en el adulto no solo desde los criterios del DSM, sino a partir también de otras manifestaciones clínicas (Ortiz y Jaimes, 2016). Esto resulta particularmente relevante, en tanto el TDAH en adultos ha tendido a pasar desapercibido o ser malinterpretado, diagnosticándose más tarde en la vida, principalmente cuando se observan dificultades más evidentes en contextos personales o sociales (Zalsman y Shilton, 2016).

Considerando lo anterior, el TDAH en adultos se caracteriza por síntomas como la falta de

atención, impulsividad, inquietud, disfunción ejecutiva y desregulación emocional, los que en conjunto provocan déficits marcados en el funcionamiento (Silva, Vieira, Barcellos, Rocha, Assunção, Soares, Tonin y Rezende, 2022). Esta alteración en el funcionamiento se suma a que entre las etapas más complicadas para las personas con este trastorno se encuentra la transición a la vida adulta, englobada entre los 18 y los 27 años (Abecassis, Isquith y Roth, 2017). Lo anterior, ya que en este periodo de adultez emergente las personas se enfrentan a nuevas responsabilidades que no estaban presentes en su infancia-adolescencia, como puede ser el ingreso a la universidad o la entrada al mercado laboral, donde se requiere un nivel de organización y planificación elevado (Abecassis, Isquith y Roth, 2017).

En cuanto a la inatención, muchos de los síntomas en adultos también se clasifican como déficits en funciones ejecutivas (Ortiz y Jaimes, 2016), por lo que funciones como la memoria de trabajo, la planificación, organización, el cambio de tareas y el control de impulsos, son algunos de los déficits ejecutivos que pueden aparecer y contribuir a los problemas de falta de atención (Roselló, Berenguer y Baixauli, 2019). También, de forma frecuente, los síntomas de falta de atención pueden verse enmascarados por síntomas de ansiedad o estrategias de compensación de tipo obsesivo (Weibel, Menard, Ionita, Boumendjel, Cabelguen, Kraemer, Micoulaud-Franchi, Bioulac, Perroud...Lopez, 2020).

Los síntomas predominantes de inatención se manifiestan principalmente en problemas para mantener la concentración en una tarea, especialmente durante periodos prolongados

(Silva et al., 2022). Así, podría ser común para adultos con TDAH tener dificultades para comenzar y finalizar tareas, presentar olvidos o tener problemas de gestión de tiempo lo que se manifiesta, por ejemplo, en impuntualidad, en una necesidad de tiempo extra para completar actividades o en una mayor facilidad para distraerse con detalles irrelevantes (APA, 2014; Kooij, Bijlenga, Salerno, Jaeschke, Bitter, Balázs, Thome, Dom, Kasper, Nunes, . . . Asherson, 2019). De esta manera, adultos con TDAH reportan que las tareas las completan justo en el plazo, a menudo con retraso o en ocasiones no las completan en absoluto, lo que muchas veces les genera frustración (Silva et al., 2022).

En el ámbito laboral, por ejemplo, muchas veces las manifestaciones del TDAH se presentan en el desempeño de las tareas, evidenciándose deficiencias en las funciones ejecutivas como la planificación y organización, que pueden conllevar al despido (Fredriksen, Dahl, Martinsen, Klungsoyr, Faraone y Peleikis, 2014). Este es uno de los motivos por los que se considera que entre los adultos con TDAH existe un mayor índice de inestabilidad laboral y económica (Fredriksen et al., 2014).

En el contexto universitario, en tanto, los estudiantes con TDAH muchas veces presentan dificultades en la organización y planificación de tareas y horario de estudio, así como problemas con la gestión del tiempo en los exámenes (Dvorsky y Langberg, 2019). En algunas ocasiones, el resultado del deterioro en la organización y planificación de las personas con TDAH implica un rendimiento académico inferior a aquellos estudiantes que no cuentan con este diagnóstico (Dvorsky y Langberg, 2019).

También, incluso problemas relacionados con conducir, como el aumento de errores al volante y el exceso de velocidad, pueden estar relacionados con estas alteraciones a nivel de la atención (Bukstein, 2021).

Por otro lado, en lugar de ser excesivamente hiperactivos, los adultos con TDAH parecerán o dirán sentirse intranquilos. Las personas pueden pasar a experimentar la hiperactividad como una inquietud interna (muchas veces menos evidente que en la niñez) que no les permite quedarse quietas en situaciones que sí lo requieren o que les dificulta el poder relajarse o mantener la calma (Arroyo, 2021). Esta inquietud puede también manifestarse en la forma en cómo estos adultos se expresan, hablando más rápido y con un volumen de voz alto (Kooij et al., 2019). Además, muchas veces al igual que los niños con TDAH, los adultos y sus informantes pueden reportar que hablan demasiado y/o tienden a interrumpir a los demás (Silva et al., 2022).

Por su parte, la impulsividad en el adulto se caracteriza por una implicación excesiva en actividades o situaciones que tienen un alto potencial de consecuencias (Silva et al., 2022). La impulsividad en esta población puede incluso tener consecuencias más graves que durante la infancia y la adolescencia, incluyendo la finalización abrupta de relaciones, la involucración en actividades riesgosas o el abandono repentino de trabajos sin considerar otras alternativas. (Silva et al., 2022). En esa línea, también existe una mayor probabilidad en los adultos con TDAH de llevar a cabo comportamientos considerados arriesgados en la conducción de vehículos, relaciones sexuales o

consumo de sustancias tóxicas (Pollak, Dekkers, Shoham y Huizenga, 2019).

En suma a lo anteriormente expuesto, alteraciones en algunas funciones ejecutivas como el control emocional o la inhibición de impulsos se han relacionado directamente con la hiperactividad e impulsividad, presentándose que “a mayor deterioro en la inhibición de ciertas respuestas y en el control emocional, más pronunciados serán los síntomas de hiperactividad e impulsividad” (Arroyo, 2021, p.8).

Adicionalmente, la desregulación emocional se contempla en el DSM-5 como una característica clave que apoya el diagnóstico en la adultez (APA, 2014). La labilidad del estado de ánimo, la baja tolerancia a la frustración, la irritabilidad, los arrebatos de ira y los déficits motivacionales se observan con frecuencia en adultos con TDAH, aunque no sean específicos ni exclusivos del trastorno (Silva et al., 2022). Estos síntomas vinculados al estado de ánimo suelen contemplarse como desregulación emocional, la que comprende la incapacidad de afrontar emociones incómodas cuando es necesario y de adoptar comportamientos adecuados (por ejemplo, entablar relaciones sociales o ir a trabajar) cuando se está angustiado (Silva et al., 2022). Su contraparte, la regulación emocional, se definiría como la habilidad de la persona para modificar una emoción y lograr un comportamiento más adaptativo que se oriente a objetivos, lo que requiere que el individuo seleccione, atienda, evalúe y sea flexible ante estímulos que le generan una reacción emocional, por lo tanto, la desregulación se daría cuando estos procesos adaptativos sufren un deterioro, como lo sería en el caso del TDAH en

la etapa adulta (Shaw, Stringaris, Nigg y Leibenluft, 2014).

En muchas ocasiones la desregulación emocional también representa un impacto en las relaciones de pareja. En algunas ocasiones, las parejas de las personas con TDAH suelen reconocer una insatisfacción en sus relaciones debido a ciertas actitudes del otro, por ejemplo, la baja tolerancia a la frustración o la inestabilidad emocional (Knies, Bodalski y Flory, 2021). A lo anterior también se puede sumar comportamientos como la falta de comunicación, el olvido de citas, muestras de desinterés durante conversaciones o la ausencia de consenso en la pareja (Knies, Bodalski y Flory, 2021). La crianza de hijos también podría suponer un desafío para personas con TDAH, ya que se hace necesaria una organización y planificación del tiempo y tareas (Knies, Bodalski y Flory, 2021).

Por último, aun cuando las características previamente mencionadas abarcan a la población adulta en general, también existirían diferencias en la presentación de los síntomas según el género, ya que mientras los hombres manifiestan más conductas hiperactivas e impulsivas, las mujeres tienden a internalizar los comportamientos y a experimentar más síntomas inatentos (Katzman et al., 2017).

Comorbilidad del TDAH con otros trastornos

En adultos, el TDAH suele asociarse al menos a un trastorno comórbido en aproximadamente el 80% de los casos (Weibel et al., 2020). Los adultos con este trastorno presentan un mayor riesgo de presentar labilidad emocional, depresión, ansiedad generalizada, trastorno de

estrés postraumático, fobias específicas, trastornos de personalidad, trastorno bipolar y trastornos de conducta (Ortiz y Jaimes, 2016). Los trastornos por consumo de sustancias también son muy comunes, ya sea como consecuencia de la impulsividad y la desregulación emocional o como un intento de autotratamiento por parte del individuo (Weibel et al., 2020). A su vez los trastornos del sueño, especialmente el trastorno de hipersomnia podría compartir mecanismos fisiopatológicos comunes con el TDAH (Ortiz y Jaimes, 2016). Incluso, se ha descrito la asociación entre el TDAH y el sobrepeso u obesidad en población adulta, refiriendo que la desinhibición conductual que caracteriza al trastorno puede tener implicancias en términos de regulación del peso, en tanto se requiere de la inhibición conductual para evitar respuestas reactivas como los atracones (Cortese y Tessari, 2017).

De este modo, resulta evidente que el TDAH otorga a la persona que lo padece un riesgo de comorbilidad elevada, que va desde trastornos de conducta y problemas de aprendizaje en la niñez, hasta cuadros depresivos, ansiosos, de abuso o dependencia de sustancias e incluso trastornos de personalidad en la edad adulta. Así, el diagnóstico y el tratamiento temprano del TDAH serían claves para asegurar un mejor pronóstico y evitar un mayor deterioro funcional en la adultez en diversos ámbitos, ya sean académicos, sociales, laborales o familiares.

Tratamiento del TDAH en la edad adulta

En principio, para poder referir a un tratamiento hay que tener en consideración que el TDAH es un trastorno de etiología compleja y

multifactorial (Martínez, Albaladejo, Espín, Güerre, Sánchez y Jiménez, 2015). Se apunta a que el desarrollo de este trastorno puede ser el resultado de la interacción de factores como la genética, factores ambientales, factores neurobiológicos y neurotransmisores, a diferentes niveles (Martínez et al., 2015). El TDAH comprende un alto componente genético, en el que influyen diversos factores ambientales (Pelaz y Autet, 2015). Además, presenta un sustrato neurobiológico y funcional en donde se implica el cortex prefrontal, cuerpo caloso, ganglios basales y vermix cerebeloso, así como neurotransmisores como la noradrenalina y dopamina (Pelaz y Autet, 2015). Factores psicosociales también podrían estar implicados en el desarrollo del TDAH, como el estrés en el embarazo, la institucionalización, un bajo estatus económico, acontecimientos traumáticos tempranos, antecedentes de depresión en la madre, entre otros (Martínez et al., 2015). Por lo tanto, existirían alteraciones a diferentes niveles de funcionamiento de la persona.

Considerando lo anterior, el tratamiento indicado para el TDAH en adultos no se debe centrar únicamente en la reducción de los síntomas centrales, sino que también debe pretender mejorar la calidad de vida y reducir la deficiencias funcionales y relacionales (Katzman et al., 2017). Así, se considera la necesidad de realizar un tratamiento multimodal que incluya farmacoterapia (con la utilización de estimulantes y no estimulantes), tratamientos psicológicos, psicoeducación e intervenciones psicosociales (Ortiz y Jaimes, 2016; Kooij et al., 2019). Además, el tratamiento debe ser elegido en función de la gravedad de los síntomas, la presencia de comorbilidades y las necesidades

específicas de la persona (Faraone, Asherson, Banaschewski, Biederman, Buitelaar, Ramos-Quiroga, Rohde, Sonuga-Barke, Tannock y Franke, 2015).

Se considera la psicoeducación como uno de los primeros pasos a darse al iniciar un tratamiento, tanto para personas ya diagnosticadas en su infancia-adolescencia como para las que son diagnosticadas en la edad adulta (Kooij et al., 2019). Al realizar psicoeducación se puede facilitar la aceptación del trastorno, que es un factor importante a tener en cuenta para la obtención de mejores resultados (Barkley, 2014). Además, se ha observado un mayor bienestar psicológico y una mejora en la calidad de las relaciones en aquellos pacientes que acuden a instancias de psicoeducación donde reciben información acerca del TDAH, las repercusiones que este puede tener y las distintas opciones de tratamiento (Cortese, Adamo, del Giovane, Mohr-Jensen, Hayes, Carucci, Atkinson, Tessari, Banaschewski y Cipriani, 2018).

Por otro lado, a pesar de recomendarse el tratamiento multimodal, el abordaje farmacológico es considerado en la mayoría de los casos el tratamiento de primera línea para el TDAH en adultos y como segunda opción se recurre a terapias psicológicas (Cortese et al., 2018).

El tratamiento farmacológico ha demostrado ser eficaz en la reducción de síntomas centrales del trastorno, al menos en el corto plazo (Magnin y Maurs, 2017), mientras que los estudios que se han centrado en los efectos farmacológicos a largo plazo son muy limitados y no se han obtenidos resultados de forma concluyente

(Nuñez, Herrera y Herrera, 2021). Además, para que la eficacia de la farmacoterapia sea mayor, es relevante que se realice un seguimiento y promoción de la adherencia, en tanto representa una dificultad adicional en personas con TDAH, por lo que la psicoeducación tanto al paciente como a su familia resulta fundamental (Nuñez, Herrera y Herrera, 2021).

En pacientes adultos, el tratamiento indicado son los estimulantes que inhiben la recaptura de dopamina y norepinefrina (de acción corta, mediana y larga), lo cual produce un aumento de la neurotransmisión en el cuerpo estriado y la corteza prefrontal (Caye, Swanson, Coghil y Rohde, 2019). También son indicados los no estimulantes, que inhiben la recaptura selectiva de noradrenalina (atomoxetina) (Ortiz y Jaimes, 2016). En relación a los fármacos psicoestimulantes, estos han sido los más estudiados y han mostrado una mayor eficacia para reducir síntomas centrales (Kooij et al., 2019).

Pese a lo anterior, el uso de fármacos no siempre es suficiente para la reducción de la mayoría de los síntomas del TDAH (Vidal, 2015) y aproximadamente un 20-30% de los pacientes presentarían una baja respuesta al tratamiento o dificultades para tolerar la medicación (Childress y Sallee, 2014). De esta forma, para elegir el tratamiento farmacológico más adecuado es necesario considerar distintos factores, como la efectividad del propio fármaco, los efectos adversos que pueda causar, la duración de la acción, el potencial de abuso, el tiempo en que tarda el fármaco en hacer efecto y las preferencias del propio paciente (Caye et al., 2019). Además, tanto los fármacos estimulantes como los no estimulantes tienen efectos

secundarios, que claramente deben ser considerados a la hora de establecer el tratamiento. Dentro de aquellos efectos, se incluyen las náuseas y vómitos, la pérdida de apetito, la sequedad de boca, el insomnio y cambios de humor, y en el caso específico de los estimulantes se añade un aumento de frecuencia cardíaca y presión arterial (Faraone et al., 2015; Katzman et al., 2017).

También, tal como se ha explicado anteriormente, la existencia de comorbilidades es frecuente en personas con TDAH. En estos casos, es posible que algunos pacientes requieran un tratamiento psicofarmacológico combinado, lo cual requiere conocer las posibles interacciones que derivan de la combinación que supongan un riesgo, así como considerar permanentemente un ajuste de medicamentos (Kooij et al., 2019).

Por otro lado, las intervenciones psicológicas siguen siendo recomendadas por las guías de práctica clínica, a pesar de que los estudios sobre la eficacia de estas intervenciones como tratamiento del TDAH son limitados y muchas veces no concluyentes (Fullen, Jones, Emerson y Adamou, 2020). De igual forma, existirían desacuerdos respecto al foco de mejora, ya que mientras algunos aseguran la eficacia de estos para reducir sintomatología central del TDAH, otros no tienen claro que los beneficios sean a partir de estas terapias y defienden su efectividad mayormente para los síntomas secundarios como las deficiencias psicosociales y funcionales (Asherson, Buitelaar, Faraone y Rohde, 2016). Lo que sí resulta evidente, es que el tratamiento psicológico suele aplicarse cuando los pacientes se resisten a tomar fármacos, cuando existen dificultades de

adherencia a los medicamentos o cuando no hay una respuesta realmente eficaz a dichos tratamientos (De Crescenzo, Cortese, Adamo y Janiri, 2017; Fullen et al., 2020).

En la actualidad, las terapias que se han establecido como mayormente eficaces para la reducción de sintomatología en pacientes con TDAH son la terapia cognitivo-conductual (TCC), la terapia dialéctica-conductual (TDC) y el mindfulness (De Crescenzo et al., 2017).

Respecto a la terapia cognitiva-conductual, aquella corresponde a un tratamiento psicosocial que ha demostrado ser eficaz tanto en formato individual como grupal para la reducción de los síntomas y la gestión de estos en el TDAH (Gil, 2019). Se ha hipotetizado que la eficacia de esta terapia se debe a su formato práctico y de entrenamiento en habilidades, sin embargo, no se dispone de evidencia previa sobre si una instancia psicoeducativa que no incluya práctica de habilidades ni intervenciones cognitivo-conductuales podría ser igualmente eficaz en pacientes con TDAH (Vidal, 2015).

La TCC incluye gran variedad de técnicas con distintas finalidades, como la mejora de ciertas funciones ejecutivas como la organización y planificación, de desarrollo de las habilidades sociales y técnicas de resolución de problemas o la reestructuración cognitiva (Barkley, 2014; Faraone et al., 2015). Dependiendo del tipo de características que tenga el paciente y la gravedad de sus síntomas, se enfocará dicha terapia en una dirección u otra, para lograr una mejoría según su problemática o necesidades concretas (Gil, 2019). En esa línea, el objetivo principal de esta terapia implica conseguir un beneficio para la persona con TDAH sobre todo a

largo plazo, utilizando herramientas cognitivas y conductuales impartidas por un profesional clínico mediante las cuales se enseñe a relativizar sobre los síntomas comunes que dificultan la vida diaria del paciente y cómo enfrentarse a éstos, con el fin de mejorar su calidad de vida (Gil, 2019).

En relación a la terapia dialéctica-conductual, esta consta de una terapia que integra parte de la TCC al fomentar el cambio en el pensamiento y comportamientos de carácter desadaptativos, pero basándose en los principios de atención y aceptación como medio para llevar a cabo tales cambios (Fullen et al, 2020). Se ha demostrado que esta terapia resulta de utilidad para tratar a personas con desregulación emocional, problemas en las relaciones y con ideación suicida, características que pueden estar presentes en trastornos como el trastorno límite de la personalidad (Fleming, McMahon, Moran, Peterson y Dreessen, 2015). Al compartir el TDAH algunas manifestaciones clínicas con trastornos de personalidad, se ha llevado a cabo estudios para conocer la eficacia en estos pacientes (Arroyo, 2021). Las intervenciones de TDC tienden a ser grupales y se han observado resultados positivos en grupos al observar mejoras en el reporte de la calidad de vida de personas con TDAH, así como una reducción de la triada sintomática dominante del trastorno (Fleming et al., 2015). De esta manera, la TDC resulta una interesante alternativa de tratamiento ante el diagnóstico, que favorece tanto al paciente como a su entorno, especialmente si el enfoque de afectación se encuentra en alteraciones de la reactividad emocional, la regulación emocional y efectividad interpersonal (Alcívar, 2019).

El mindfulness, por su parte es una técnica que implica redirigir la atención al momento presente para poder alcanzar la atención plena, y se ha asociado con una disminución de los síntomas primarios del TDAH (Nimmo, Merwood, Hank, Brandling, Greenwood, Skinner, Law, Patel y Rai, 2020). Pese a ello, pareciera que con estas terapias las presentaciones sintomáticas de inatención se ven reducidas en mayor medida que las de hiperactividad o impulsividad (Xue, Zhang y Huang, 2019). También, el uso del mindfulness como terapia recientemente ha sido objeto de gran investigación al haber demostrado eficacia al tratar otros trastornos, como la ansiedad, la depresión o los trastornos adaptativos (Serra, Pozuelo, Richarte, Corrales, Ibáñez, Bellina, Vidal, Calvo, Brugué y Ramos-Quiroga, 2017), trastornos que implican una alta comorbilidad con el TDAH y presentan síntomas superpuestos.

Así, el tratamiento del TDAH en la edad adulta amplía su efectividad al ser considerado multimodal, siendo importante contemplar tanto la intervención psicofarmacológica como las intervenciones psicológicas y psicosociales, para favorecer una mejora sintomática, funcional y finalmente de calidad de vida.

Discusión

Tal como se pudo analizar previamente, se ha evidenciado una prevalencia considerable en la población general del TDAH en la adultez, sin embargo, una gran mayoría de personas permanecería sin un adecuado diagnóstico y tratamiento (López, 2016). La falta del reconocimiento de los síntomas que dan como resultado un diagnóstico erróneo y/o factores de compensación bien desarrollados en los adultos que padecen TDAH, podrían ser dos de las

razones principales del largo retraso que se genera hasta tener un diagnóstico en esta etapa de la vida (Weibel et al., 2020). Así mismo, la disminución de sintomatología visible relacionada con la hiperactividad y la falta de conocimiento respecto a la variación de la presentación sintomática al atravesar desde la infancia-adolescencia hacia la adultez, podrían dificultar el establecer este diagnóstico.

La internalización de la hiperactividad, la mantención de la inatención, la desregulación emocional o los síntomas relacionados con alteraciones en funciones ejecutivas, al no tratarse adecuadamente, podrían implicar dificultades significativas para los adultos, quienes muchas veces sin conocer este diagnóstico o al pensar que “desapareció” luego de su niñez, podrían presentar mayores dificultades en su funcionamiento diario.

Si bien se considera que el conocer el diagnóstico en la adultez permitiría una mayor oportunidad para acceder a un adecuado tratamiento y mejorar las condiciones de vida, desde otras miradas, existiría una preocupación latente o una señal de alerta en los profesionales acerca de la importancia de no etiquetar a una persona con un trastorno de forma “apresurada”, a propósito del sobrediagnóstico de TDAH que existiría en la niñez.

A partir de esto, aun cuando considero la importancia de no enmarcar a la persona bajo cualquier tipo de diagnóstico “lapidario” que genere la creencia de que presenta un problema que solamente es abarcable con tratamiento farmacológico como única alternativa, en el caso del TDAH en la adultez, a mí parecer resulta clave el diagnóstico en esta etapa como forma de

derribar mitos respecto a su presentación únicamente en la infancia y principalmente como manera de generar una ayuda a adultos que podrían estar sobrecompensando sus síntomas, invisibilizándolos y viendo su calidad de vida directamente afectada “sin motivaciones aparentes”.

Conclusiones

En síntesis, el TDAH corresponde a un trastorno que se encuentra presente desde la infancia hasta la vida adulta, sin embargo, la sintomatología del TDAH en la adultez es diferente a la que se observa en etapas previas del desarrollo. La hiperactividad suele disminuir en la mayoría de los casos, pero persisten los problemas de atención e impulsividad. La manifestación de estos síntomas puede implicar dificultades en distintas áreas, como en el ámbito laboral, existiendo problemas en la capacidad para mantener empleos o para gestionar el tiempo y priorizar tareas. También pueden presentarse dificultades para manejar el hogar, cumplir con responsabilidades financieras o mantener relaciones interpersonales estables.

De esta manera, es relevante considerar un apropiado tratamiento para este trastorno en adultos que permita disminuir la sintomatología y por ende, que permita regular las diferentes alteraciones en el funcionamiento que estos pacientes viven en su día a día. El tratamiento del TDAH requiere ser multimodal, al evidenciarse que una mayor efectividad se obtendría al considerar tanto intervenciones con fármacos, tratamientos psicológicos (como la TCC, TDC y mindfulness), psicoeducación e intervenciones psicosociales. El carácter multimodal del tratamiento también tendría relación con la alta

comorbilidad que posee el TDAH con otros trastornos, como los trastornos de ansiedad, problemas de comportamiento, trastornos del estado de ánimo y trastornos por abuso de sustancias.

Es importante destacar que las experiencias en TDAH pueden variar ampliamente entre las distintas personas, independientemente de la edad, por lo que el diagnóstico y el tratamiento deben ser personalizados según las necesidades y problemáticas específicas de cada paciente. Por último, también debemos tener en cuenta que el TDAH en adultos tiende a pasar desapercibido o ser malinterpretado o compensado, por lo que el diagnóstico implica un desafío en la actualidad. Ante esto es importante considerar en adultos la posibilidad de establecer un diagnóstico tardío en la vida cuando los desafíos diarios se vuelven más evidentes en contextos laborales o personales y ha existido un historial clínico de sintomatología previa.

En cuanto a futuras investigaciones respecto a la temática, sería interesante explorar a mayor profundidad las diferencias en la manifestación sintomática entre mujeres y hombres en edad adulta, ya que si bien tal como se explicó se observa que mientras los hombres manifiestan más conductas hiperactivas e impulsivas y las mujeres tienden a internalizar los comportamientos y a experimentar más síntomas inatentos, estas diferencias han sido estudiadas principalmente en población infantil y adolescente, por lo que sería llamativo ver cómo los roles de género más adelante en la vida influyen en la presentación del TDAH, al ser la intensidad de la sintomatología contexto-dependiente.

Referencias

- Abecassis, M., Isquith, P. y Roth, R. (2017).** Characteristics of ADHD in the Emerging Adult: an Overview. *Psychological Injury and Law*, 10(3), 197-208. <https://doi.org/10.1007/s12207-017-9293-7>
- Alcívar, C. (2019).** *Aplicación de Terapia Dialéctica Conductual para tratar alteraciones emocionales en adolescentes con Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad* [tesis de Fin de Grado, Universidad San Francisco de Quito]. Repositorio USFQ. <http://repositorio.usfq.edu.ec/handle/23000/8632>
- American Psychiatric Association. (2014).** Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM-5 (5ª ed.) Editorial Médica Panamericana.
- Anbarasan, D., Kitchin, M. y Adler, A. (2020).** Screening for Adult ADHD. *Current psychiatry reports*, 22(12), 72. <https://doi.org/10.1007/s11920-020-01194-9>
- Arroyo, M. (2021).** *El TDAH en adultos: sintomatología, evaluación y tratamientos* [tesis de Fin de Grado, Universidad Pontificia Comillas]. Repositorio de la Universidad Pontificia Comillas. <http://hdl.handle.net/11531/50808>
- Asherson, P., Buitelaar, J., Faraone, S. y Rohde, L. (2016).** Adult attention-deficit hyperactivity disorder: key conceptual issues. *The lancet. Psychiatry*, 3(6), 568-578. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30032-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30032-3)
- Barceló, E., León, A., Cortes, O., Valle, S. y Flórez, Y. (2016).** Validación del inventario exploratorio de síntomas de TDAH (IES-TDAH) ajustado al DSM-V. *Revista Mexicana de Neurociencia*, 17(1), 12-22.
- Barkley, R. (2014).** *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (4ª ed.). Guilford Publications.
- Bukstein, O. (2021).** Attention deficit hyperactivity disorder in adults: epidemiology, pathogenesis, clinical features, course, assessment, and diagnosis. *Wolters Kluwer*. www.uptodate.com/contents/attention-deficit-hyperactivity-disorder-in-adults-epidemiology-pathogenesis-clinical-features-course-assessment-and-diagnosis
- Caye, A., Swanson, J., Coghill, D. y Rohde, L. (2019).** Treatment strategies for ADHD: an evidence-based guide to select optimal treatment. *Molecular psychiatry*, 24(3), 390-408. <https://doi.org/10.1038/s41380-018-0116-3>
- Childress, A y Sallee, F. (2014).** Attention-deficit/hyperactivity disorder with inadequate response to stimulants: approaches to management. *CNS Drugs*, 28(2), 121-129.
- Cortese, S. y Tessari, L. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) and Obesity: Update 2016. (2017).** *Current psychiatry reports*, 19, 1-15. <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0754-1>
- Cortese, S., Adamo, N., Del Giovane, C., Mohr-Jensen, C., Hayes, A., Carucci, S., Atkinson, L. Z., Tessari, L., Banaschewski, T., Coghill, D., Hollis, C., Simonoff, E., Zuddas, A., Barbui, C., Purgato, M., Steinhausen, H., Shokraneh, F., Xia, J., y Cipriani, A. (2018).** Comparative efficacy and tolerability of medications for attention-deficit hyperactivity disorder in children, adolescents, and adults: a systematic review and network meta-analysis. *The lancet. Psychiatry*, 5(9), 727-738. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30269-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30269-4)
- De Crescenzo, F., Cortese, S., Adamo, N., y Janiri, L. (2017).** Pharmacological and non-pharmacological treatment of adults with ADHD: a meta-review. *Evidence-based mental health*, 20(1), 4-11. <https://doi.org/10.1136/eb-2016-102415>
- Díaz-Valdés, J. (2018).** *El TDAH en retrospectiva: una trayectoria en enfermedad de la infancia a la adultez* [tesis de Magister, Universidad de Chile]. Repositorio de la Universidad de Chile.

- <https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/188952>
- Dvorsky, M. y Langberg, J. (2019).** Predicting impairment in college students with ADHD: The role of executive functions. *Journal of Attention Disorders*, 23(13), 1624-1636. <https://doi.org/10.1177/1087054714548037>
- Faraone, S., Asherson, P., Banaschewski, T., Biederman, J., Buitelaar, J., Ramos-Quiroga, J., Rohde, L., Sonuga-Barke, E., Tannock, R. y Franke, B. (2015).** Attention deficit/hyperactivity disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, 1(15020). <https://doi.org/10.1038/nrdp.2015.20>
- Fleming, A., McMahon, R., Moran, L., Peterson, A. y Dreessen, A. (2015).** Pilot randomized controlled trial of dialectical behavior therapy group skills training for ADHD among college students. *Journal of attention disorders*, 19(3), 260-271. <https://doi.org/10.1177/1087054714535951>
- Fredriksen, M., Dahl, A., Martinsen, E., Klungsoyr, O., Faraone, S. y Peleikis, D. (2014).** Childhood and persistent ADHD symptoms associated with educational failure and long-term occupational disability in adult ADHD. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 6(2), 87-99. <https://doi.org/10.1007/s12402-014-0126-1>
- Fullen, T., Jones, S. L., Emerson, L. M., y Adamou, M. (2020).** Psychological Treatments in Adult ADHD: A Systematic Review. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 1-19.
- Gil, C. (2019).** Terapia cognitivo-conductual en adultos con TDAH: Una revisión sistemática [tesis de Fin de Grado]. Repositorio UCV. <http://hdl.handle.net/20.500.12466/1375>
- González, R., Rodríguez-Sacristán, A. y Sánchez, J. (2015).** Epidemiología del TDAH. *Revista española de pediatría: clínica e investigación*, 71(2), 58-61.
- Katzman, M., Bilkey, T., Chokka, P., Fallu, A. y Klassen, L. (2017).** Adult ADHD and comorbid disorders: Clinical implications of a dimensional approach. *BMC Psychiatry*, 17(302). <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1463-3>
- Knies, K., Bodalski, E. y Flory, K. (2021).** Romantic relationships in adults with ADHD: The effect of partner attachment style on relationship quality. *Journal of Social and Personal Relationships*, 38(1), 42-64. <https://doi.org/10.1177/0265407520953898>
- Kooij, J., Bijlenga, D., Salerno, L., Jaeschke, R., Bitter, I., Balázs, J., Thome, J., Dom, G., Kasper, S., Nunes, C., . . . Asherson, P. (2019).** Updated European Consensus Statement on diagnosis and treatment of adult ADHD. *European Psychiatry*, 56, 14-34. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2018.11.001>
- López, C. (2016).** TDAH en adultos y delincuencia: Una revisión de la literatura científica. *Asociación Preven3*.
- Magnin, E., y Maurs, C. (2017).** Attention-deficit/hyperactivity disorder during adulthood. *Revue neurologique*, 173(7-8), 506-515. <https://doi.org/10.1016/j.neurol.2017.07.008>
- Martínez, N., Albaladejo, E., Espín, J., Güerre, M., Sánchez, L. y Jiménez, J. (2015).** Etiología y patogenia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). *Revista española de pediatría: clínica e investigación*, 71(2), 62-68.
- Moreno, M., Rodríguez, Martínez, M. y Vásquez, I. (2014).** Trastornos de Déficit de Atención e Hiperactividad en adultos, un gran desconocido. *Actual. Med*, 99(792), DOI: [10.15568/am.2014.792.cd02](https://doi.org/10.15568/am.2014.792.cd02)
- Nimmo, V., Merwood, A., Hank, D., Brandling, J., Greenwood, R., Skinner, L., Law, S., Patel, V. y Rai, D. (2020).** Non-pharmacological interventions for adult ADHD: a systematic review. *Psychological medicine*, 50(4), 529-541. <https://doi.org/10.1017/S0033291720000069>
- Núñez-Jaramillo, L., Herrera-Solís, A., y Herrera-Morales, W. V. (2021).** ADHD: Reviewing the Causes and Evaluating Solutions. *Journal of personalized medicine*, 11(3), 166. <https://doi.org/10.3390/jpm11030166>

- Ortiz, S. y Jaimes, A. (2016).** Trastorno por déficit de atención en la edad adulta y en universitarios. *Revista de la Facultad de Medicina UNAM*, 59(5), 6-14.
- Pelaz, A. y Autet, A. (2015).** Epidemiología, diagnóstico, tratamiento e impacto del trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Revista española de pediatría: clínica e investigación*, 71(2), 57.
- Pollak, Y., Dekkers, T., Shoham, R. y Huizenga, H. (2019).** Risk-Taking Behavior in Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD): a Review of Potential Underlying Mechanisms and of Interventions. *Current Psychiatry Reports* 21(33), 1-11. <https://doi.org/10.1007/s11920-019-1019-y>
- Quintero, J., Balanzá-Martínez, V., Correas, J., Soler, B. y GEDA-A. (2013).** Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en el paciente adulto: visión del clínico. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 41(3), 185-195.
- Roselló, B., Berenguer, C. y Baixauli, I. (2019).** La inhibición, el autocontrol emocional, la memoria de trabajo y la supervisión ¿predicen las manifestaciones típicas de adultos con TDAH?. *Revista INFAD de Psicología. International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1), 181-192.
- Rusca, F. y Cortez, C. (2020).** Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes. Una revisión clínica. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 83(3), 148-156. <https://dx.doi.org/10.20453/rnp.v83i3.3794>
- Serra, J., Pozuelo, M., Richarte, V., Corrales, M., Ibáñez, P., Bellina, M., Vidal, R., Calvo, E., Brugué, M. y Ramos-Quiroga, A. (2017).** Tratamiento del trastorno por déficit de atención/hiperactividad en la edad adulta a través de la realidad virtual mediante un 31 programa de mindfulness. *Revista De Neurología*, 64, 117-122. <https://doi.org/10.33588/rn.64S01.2017022>
- Shaw, P., Stringaris, A., Nigg, J., & Leibenluft, E. (2014).** Emotion dysregulation in attention deficit hyperactivity disorder. *The American journal of psychiatry*, 171(3), 276–293. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.13070966>
- Silva, M., Vieira, M., Barcellos, G., Rocha, P., Assunção, D., Soares, L., Tonin, D. y Rezende, G. (2022).** Revisão bibliográfica: TDAH em adultos. *Brazilian Journal of Development*, 8(4), 29571–29578. <https://doi.org/10.34117/bjdv8n4-444>
- Thapar, A., Pine, D., Leckman, J., Scott, S., Snowling, M y Taylor, E. (2015)** *Rutter's Child and adolescent psychiatry*. (6ª ed.). Willey Blackwell. <http://dx.doi.org/10.1002/9781118381953>
- Vidal, R. (2015).** *Tratamiento psicológico cognitivo-conductual en adolescentes y adultos con TDAH* [tesis de Doctorado, Universidad Autónoma de Barcelona]. Repositorio UAB.
- Weibel, S., Menard, O., Ionita, A., Boumendjel, M., Cabelguen, C., Kraemer, C., Micoulaud-Franchi, J. A., Bioulac, S., Perroud, N., Sauvaget, A., Carton, L., Gachet, M., y Lopez, R. (2020).** Practical considerations for the evaluation and management of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in adults. *L'Encephale*, 46(1), 30–40. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2019.06.005>
- Xue, J., Zhang, Y. y Huang, Y. (2019).** A meta-analytic investigation of the impact of mindfulness-based interventions on ADHD symptoms. *Medicine*, 98(23), 1-10.
- Zalsman, G. y Shilton, T. (2016).** Adult ADHD: A new disease? *International journal of psychiatry in clinical practice*, 20(2), 70-76. <https://doi.org/10.3109/13651501.2016.1149197>

Habitar el Trauma: Aproximación al Proceso de Reapropiación de las Corporalidades en Personas Sobrevivientes de Abuso Sexual Infantil desde El Enfoque Integrativo Supraparadigmático (EIS)

Florencia Forges González*

Abstract

In the experience of Child sexual abuse, the body carries with it the memory of having been used, threatened, invaded and attacked, and this experience has effects on the physiological, affective, cognitive, relational level and in relation to the victim's own self. Therefore, it is of major relevance to consider the relationship that the patient establishes with his corporeality, and to accompany him in the process of reparation and resignification, where this link must be included and addressed in therapy. It is for this reason that the incorporation of the body awareness function in EIS is proposed to give place to the relationship with the skin and the body, which is the first path to live the experience and begin to process it.

Key words: *child sexual abuse, corporality, trauma, healing, resignification, reapropriation, body self, body awareness function, Supraparadigmatic Integrative Approach (EIS)*

Resumen

En la experiencia de abuso sexual infantil el cuerpo lleva consigo la memoria de haber sido usado, amenazado, invadido y atacado, y dicha vivencia posee efectos a nivel fisiológico, afectivo, cognitivo, relacional y con implicancias en el propio *self* de la víctima. Por tanto, se hace de suma relevancia considerar la relación que el paciente establece con su corporalidad, e irlo acompañando en el proceso de reparación y resignificación, donde dicho vínculo debe ser incluido y abordado en la terapia. Es por ello que se propone la incorporación de la función de conciencia corporal en EIS para dar lugar a la relación con la piel y el cuerpo, el cual es el primer camino para vivenciar la experiencia y comenzar a procesarla.

Palabras clave: *abuso sexual infantil, corporalidad, trauma, reparación, resignificación, reapropiación, función de conciencia corporal, Enfoque Integrativo Supraparadigmático (EIS)*

INTRODUCCIÓN

Abuso y Trauma

“La lucha es volver a hacerse amiga de tu cuerpo y volver a conectar con él, volver a habitar ese templo”

Sobreviviente de ASI, 32 años (Díez & Darder, 2020).

Según las víctimas de abuso sexual, esta experiencia es una de las más horribles y complejas que un ser humano podría enfrentar, y en muchos casos el impacto psíquico es tal que los recuerdos del suceso son borrados de la conciencia por años.

El abuso sexual (AS), entendido de forma amplia, sería “cualquier comportamiento sexual realizado bajo coerción física o psicológica” (Caballero-Domínguez et. al, 2021), pero al profundizar en los intentos de definición de esta problemática encontramos que no es una tarea fácil, y en muchos casos es necesario recurrir a la definición legal que cada país tiene para juzgarlo. En Chile, el abuso sexual se enmarca en la Ley 19.617, que distingue entre actos con acceso carnal (violación) y sin acceso carnal (acción sexual), el cual define como “cualquier acto de significación sexual y de relevancia realizado mediante contacto corporal con la víctima, o que haya afectado los genitales, el ano o la boca de la víctima, aun cuando no hubiere contacto corporal con ella” (Chile, 1999). Esta ley, además, incorpora en su definición que esto es “sin realizar una acción sexual en los

* Ps. Pontificia Universidad Católica de Chile.
Post Título Psicoterapia Integrativa ICPSI.
florencia.forges@gmail.com
AcPI, vol. XVI, 59-76

términos anteriores, para procurar su excitación sexual o la excitación sexual de otro, realizare acciones de significación sexual ante una persona menor de doce años” (Chile, 1999), generando una diferencia entre menores y mayores de 14 años, edad actual de consentimiento en el país. Murillo (2020), acuña una definición bastante completa del fenómeno a tratar y bajo la que se guiará el presente artículo:

El abuso sexual infantil [ASI] es todo acto y proceso de actos, en que se expone o involucra a un niño, niña o adolescente en cualquier actividad sexualizada, utilizando la asimetría que da la autoridad, la confianza, la dependencia (afectiva, social o económica), el poder, la fuerza, el miedo, la cultura, la capacidad comprensiva, la necesidad u otras vulnerabilidades, manipulando, confundiendo, eliminando o viciando el consentimiento. Estos actos pueden incluir (...): tocamientos genitales, penetración oral, vaginal o anal, con pene, dedos u otros objetos; tocamientos de otras partes erógenas del cuerpo; incitación a tocar a otros, masturbación, voyerismo, exposición a situaciones sexuales, pornografía, abusos, violaciones. (p.436)

Actualmente en nuestro país el abuso sexual es una importante problemática legal, social y de salud, tanto por su prevalencia como por el impacto que tiene la experiencia y vida de las víctimas. Según los datos entregados por el Instituto Nacional de la Juventud (INJUV) (2023) a partir de lo reportado por la Policía de Investigaciones de Chile (PDI), solo en el primer trimestre de 2022 se denunciaron 691 delitos sexuales contra menores de 14 años y 160 hacia personas mayores de 14 años, siendo un total de 1.686 víctimas y denunciantes en casos de delitos sexuales, implicando un aumento del 5% respecto al año anterior. Las víctimas son principalmente niñas, entre 7 y 8 años de edad, y en el caso de los niños ocurre generalmente previo al inicio de la pubertad (Trickett et al., 2005), siendo del total de víctimas en Chile un

99% niñas y mujeres agredidas en un 93% de los casos por un hombre (INJUV, 2023). Al considerar el aumento de denuncias, y por tanto casos de violencia sexual en nuestro país, se hace sumamente relevante comprender los procesos que viven las víctimas frente a lo ocurrido y poder acompañar de mejor manera sus procesos de psicoterapia, con el fin de garantizar su bienestar físico, sexual, emocional y psicológico.

Entender el proceso que viven las víctimas de abuso sexual infantil respecto a sus propios cuerpos, y en conjunto a las corporalidades de otros, nos permitiría comprender una elaboración que, aparentemente, se da de forma paralela al procesamiento emocional y cognitivo de la vivencia. “El abuso sexual viola prácticamente todos los límites de un ser humano. Se cruzan las líneas físicamente, sexualmente como emocionalmente, mentalmente y espiritualmente” (Abdulali, 2020, p.184), y este cuerpo lleva consigo la memoria de haber sido usado, amenazado, invadido y atacado, siendo un memorial viviente del evento traumático y generando una identidad corporeizada en torno a él (Talmon & Ginzburg, 2017), por lo que se puede considerar el abuso sexual como un punto axial vital, donde existe un antes y un después (Quiceno Osorio et al., 2022), donde la sexualidad es una categoría existencial del ser humano y su forma afectiva de estar en el mundo, que tras haber vivido una transgresión corporal-genital pero que no es únicamente en dicho plano, sino también en lo más profundo de su ser, se ve confundida y perdida en su realidad e identidad (Murillo, 2020) durante un periodo sensible de configuración identitaria corporal (Wendler-Bödicker et al., 2023).

Frente a lo anterior, es importante aclarar que no todas las víctimas de abuso sexual desarrollan algún tipo de desbalance psicológico o trauma, ya que es un factor de riesgo no específico (Caballero-Domínguez et

al., 2021), pero mientras más temprana es su ocurrencia o en casos donde es reiterado, se acumula el distrés psicológico y se incrementa la probabilidad de aparición de patología, sumado a la incapacidad del organismo para comprender, incorporar y mantener su funcionamiento en niveles óptimos (López-Castilla, 2022). Sin embargo, en la práctica clínica es frecuente que los pacientes no consulten directamente por la vivencia de AS/ASI, pero sí por el malestar generado a raíz de la disociación afectiva en torno a la vivencia, o las muchas alteraciones neurofisiológicas, cognitivas, emocionales y relacionales derivadas del procesamiento traumático que no se ha podido llevar a cabo, lo que permite presentar la temática como un suceso de alto potencial traumático y que en general debe ser abordado así en psicoterapia para garantizar el bienestar de los pacientes.

Para la realización de la presente investigación se realizó una revisión bibliográfica por medio de artículos académicos obtenidos desde buscadores indexados con los términos “abuso sexual”, “sexual abuse”, “violencia sexual”, “cuerpo”, “body”, “body self”, “trauma” y los conectores booleanos “AND” y “OR”, seleccionando aquellos documentos en español e inglés con máximo 10 años de antigüedad, e incluyendo de forma excepcional algunos publicados de forma anterior al 2010 por su aporte a la comprensión de la temática abordada. Junto a ello, se contrasta la información obtenida con las vivencias de los pacientes desde la práctica clínica y textos teóricos relacionados a la temática, con el fin de realizar una propuesta de comprensión desde el Enfoque Integrativo Supraparadigmático (EIS) desde una posición no explorada anteriormente, como también a abrir caminos a posibilidades de intervención que no habían sido lo suficientemente consideradas y desarrolladas, o la mejora de aquellas ya planteadas en una temática tan

abordada, pero a la vez tan compleja y presente en el quehacer psicoterapéutico. **V V**

DESARROLLO

Sobrevivir

El Enfoque Integrativo Supraparadigmático (Opazo Castro, 2017) propone la integración de todo el conocimiento válido en psicoterapia en una totalidad coherente y organizada por medio de “Paradigmas” que cumplen el rol de unidades teóricas relevantes en el funcionamiento psíquico de cada persona, junto al Sistema Self como eje central organizador y estructurador por medio de sus funciones. Esta comprensión avanza y se actualiza permanentemente por medio de los nuevos descubrimientos, con el fin de responder siempre de mejor manera a los fenómenos y problemáticas que afectan a los seres humanos, acorde a las realidades sociales y el contexto histórico-cultural donde se desarrollan. Previamente, el Supraparadigma Integrativo ha abordado el abuso sexual gracias al aporte de Urra (2022) por medio de una comprensión general bajo la conceptualización y posibles explicaciones del fenómeno, junto a un análisis particular de un caso clínico a través de los 6 paradigmas y el Sistema Self y sus funciones tanto en su desglose clínico como en la intervención en el caso de la paciente en particular, iluminando a la comprensión de un fenómeno tan relevante en la vida de los niños y niñas que han sido víctimas de esta forma de maltrato.

A continuación, se realiza una actualización de cada uno de los paradigmas y del Sistema Self frente a la última evidencia publicada, junto a una aproximación a la vivencia corporal de la persona ante cada uno de los efectos del ASI en su funcionamiento y desarrollo psíquico con relación a los cambios neurofisiológicos, cognitivos, emocionales y relacionales.

Paradigma Biológico

La vivencia de abuso sexual infantil, entre todas las experiencias potencialmente traumáticas, implica al cuerpo físico de forma directa y única debido a la transgresión de límites tangibles, pero también simbólicos, en torno a la corporalidad. Desde ahí, este paradigma se hace central en la propuesta presente al incluir todos los mecanismos fisiológicos, pero también al cuerpo como una experiencia en sí mismo que no sólo se plasma en la somatización y desarrollo de sintomatología, sino que también en cambios al interior de la psiquis de la víctima que impactan en su relación con la corporalidad que habita y de la que se intenta apropiarse día a día.

Los últimos estudios en neurociencia señalan que el abuso sexual infantil produce alteraciones en la fisiología neurológica de quien lo vive, dependiendo de su etapa del desarrollo con mayor o menor repercusión en la edad adulta, junto a alteraciones metabólicas, neuroendocrinas, psicológicas y estructurales del sistema nervioso, por los efectos del estrés sobre el neurodesarrollo (Charry-Lozano et al., 2022). Frente al estrés agudo ocasionado por esta vivencia, áreas como la corteza prefrontal, las cortezas visual, somatosensorial y auditiva, cuerpo calloso, la amígdala, el hipocampo e hipotálamo, y la conexión entre hemisferios cerebrales se ven alterados en su desarrollo y funcionamiento. A su vez, desde dichas alteraciones se genera predisposición para el desarrollo de enfermedades crónicas debido a la alteración del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal, como hipertensión, cáncer, diabetes, obesidad y trastornos tiroideos, además de depresión, disfunciones sexuales, alteraciones del sueño, trastorno de estrés postraumático, consumo problemático de sustancias y alcohol, trastornos ansiosos, trastornos de personalidad, trastornos de la conducta

alimentaria, autolesiones e intentos suicidas (Charry-Lozano et al., 2022; Behar & de la Barra, 2021, Kilimnik & Meston, 2016), junto a expresiones de disociación somatomorfa como analgesia, anestesia, perturbaciones motoras, dolor y pérdida de conciencia (Sack et al., 2010). Todas estas alteraciones, signos y síntomas, llevan a pensar en que el primer malestar que manifiesta el cuerpo es en torno a lo fisiológico y la dificultad de integrar desde lo más básico del ser humano una vivencia que atraviesa todos los límites y lógica existentes, desestructurando a la persona desde la base de su funcionamiento en adelante.

Frente a la vivencia de ASI, todo el cuerpo humano se moviliza ante la presencia acentuada del cortisol, la llamada “hormona del estrés”, causando los cambios antes mencionados. Pero no sólo ocurren cambios de forma interna en la víctima, sino que también hay un cuerpo físico y en relación con su entorno que se modifica en muchos casos, ya sea desde la alteración endocrina, la somatización, una pubertad temprana en niñas (Noll et al., 2017), y son esos cambios los que alteran en parte la relación de la persona con su propio cuerpo, como su autoimagen, además de las percepciones asociadas a él a raíz del abuso. Hay que re-comprender una biología en cambio, con demostraciones fisiológicas (e invisibles) pero también físicas (y diariamente perceptibles) de dichos cambios, y aprender a vivir con ellas, aceptarlas e integrarlas a la identidad corporeizada.

Paradigma Cognitivo

En promedio, le toma 17 años a una víctima develar el abuso, y entre un 28 y 60% no devela nunca, dificultando una intervención temprana y el acompañamiento en un proceso que muchas veces se lleva de forma solitaria y silenciosa, debido, entre muchas razones, a falta de comprensión del suceso, miedo a ser desmentidos y/o culpados, percepción de

responsabilidad, vergüenza, prejuicios sociales, una relación cercana con el abusador y miedo a consecuencias negativas para el entorno cercano (Dalen, 2022; López-Castilla, 2022).

Alteraciones en las cortezas cerebrales relacionadas a los sentidos influyen a su vez en la dificultad de la persona para reconocer señales de aceptación y deseo (Charry-Lozano, 2022), junto a alteraciones en el procesamiento de las sensaciones de los genitales, dejando así una marca negativa en torno a la sexualidad de la persona. A su vez, debido a la menor conexión entre los hemisferios cerebrales, se generan alteraciones del sentido de realidad, tanto en desrealizaciones como en despersonalizaciones, junto a alteraciones en la identidad (Charry-Lozano, 2022). Por medio de la disociación cuerpo-afecto, se produce un desbalance en la capacidad de reaccionar de manera adecuada a los estresores ambientales, y una revivencia del abuso ante señales similares a él, junto a la alteración de los mecanismos de recompensa y control ejecutivo, ante lo que se ha propuesto un estilo de afrontamiento disociativo (Behar & de la Barra, 2021).

Acompañando lo anterior, la víctima vive una sensación de pérdida de control que se relaciona frecuentemente con la presencia de autolesiones e ideación suicida, causadas por el desasosiego emocional, donde la persona se lesiona a sí misma al percibirse como inútil y/o fracasada, (Caballero-Domínguez et al., 2021, Leal Cronemberger & Magalhães da Silva, 2022) y donde desde los auto diálogos surge el “deber” ser castigada por su responsabilidad en la ocurrencia del abuso, su incapacidad de hacerle frente y su internalización de la agresión que no se puede desplegar sobre la figura del abusador. Como señala Le Breton (2018), “la piel encierra al cuerpo, los límites de sí, establece frontera entre el adentro y

afuera (...). Envuelve y encarna a la persona distinguiéndola de los demás” (p.33) y “la piel es una barrera (...) que protege del caos posible del mundo” (p.33), y al ser este límite transgredido e imposibilitado de proteger, queda inutilizado en su función y confundido en su forma de existir, teniendo que reformularse su comprensión y vivencia. Y en muchos casos, la agresión hacia “la piel” permite sofocar el sufrimiento al evadirlo, el dolor (físico) se puede dominar mientras el sufrimiento (psíquico) es impuesto sin control, pero también permite recuperar un límite con el exterior y una devolución de la sensación de control por medio de la elección del dolor y la marca física de que algo ocurrió (Le Breton, 2018).

También se observa una distorsión de la sexualidad y las propias percepciones en torno a ella (Kilimnik & Meston, 2016), por medio del condicionamiento interoceptivo (López-Castilla, 2022) que busca la huida y evitación de aquello que sea similar o gatille recuerdos de la experiencia, y una significación errónea de los sucesos donde se establecen causalidades poco lógicas con el fin de intentar dar sentido a una vivencia que no puede ser comprendida de forma lógica. La víctima comienza un funcionamiento de alerta con el fin de nunca más volver a sufrir una vulneración y todo el sufrimiento asociado, distorsionando la manera en que se enfrenta al mundo, a otros, y a sí misma.

Paradigma Afectivo

Las consecuencias afectivas más frecuentes del AS/ASI son la aparición de culpa, miedo, sentimientos de soledad y vergüenza, las cuales inhiben las vías de mejora y adaptación por medio de la percepción de la irreversibilidad de las secuelas (López-Castilla, 2022). Sumado a ello, también se suele ver involucrada la traición, hostilidad y estigmatización hacia uno mismo, junto a

impotencia y sexualización traumática debido a la experiencia de placer durante el abuso y la incapacidad de prevenirlo y/o combatirlo en el momento de su ocurrencia. En esta misma línea se puede presentar rabia dirigida hacia uno mismo por sentimientos autoculpabilizadores (López-Castilla, 2022) que deterioran la autoestima y validación propia frente a otros, con importantes cambios en la autopercepción corporal por medio de la culpa (Rodríguez-Grisales, 2014) tras sentir que lo íntimo fue expropiado por el victimario. Frente a toda esta vivencia negativa, atemorizante y desestabilizante, se disocia el cuerpo de la mente para que sea “un otro” (el cuerpo) al que le pasó y pesa todo aquello, al que se puede culpar y agredir, al que se entrega la carga simbólica y afectiva de una vivencia negativa, lo que permite comprender la gran cantidad de somatización que aparece en las víctimas de ASI, especialmente durante la infancia, donde no hay vocabulario suficiente para dar lugar a lo ocurrido ni capacidad de incorporar lógica y emocionalmente la experiencia en la historia, debido al desarrollo lingüístico y cognitivo del niño o niña en esta etapa etaria.

En la relación con los cambios neurofisiológicos, la alteración del lóbulo parietal izquierdo se relaciona con la dificultad para la reflexión ante las emociones, causando una hiperreactividad ante los estímulos que requieren esta tarea, y, por tanto, mayor dificultad para el control de ellas (Charry-Lozano, 2022). Acompañando la sensación de falta de control sobre el mundo, la persona siente una falta de control sobre sí misma debido a un sistema en “estado de alerta” que no se regula frente a las características del contexto, con emociones intensas y reactividad acentuada, la cual bajo un modo de supervivencia sería adecuada, pero en entornos cotidianos es demasiado intenso e intimidante. Y al intentar “regular” en cierta forma esa intensidad, la persona interioriza sus

emociones y se queda sin mecanismos autorregulatorios que le permitan disminuir la intensidad interna con que son vividas, llevándola a la búsqueda de canales de control, como las autolesiones anteriormente mencionadas, que además permiten la búsqueda de un nuevo ser, con mayor capacidad de control y superación del sufrimiento actual (Le Breton, 2018).

Paradigma Sistémico

La persona se desarrolla en su contexto relacional, “la identidad no es sustancial sino relacional” (Le Breton, 2018, p.28) y desde ahí se entiende que el sufrimiento del trauma es un sufrimiento relacional, por lo que el contacto con otras personas comienza a ser percibido como peligroso o amenazante, generando un deterioro en las redes sociales y vínculos de la víctima de ASI. Desde el punto anterior, al haber una relación compleja con el propio cuerpo no se tiene claridad de los límites, vivencias y deseos, surgiendo la suspicacia defensiva descontextualizada (Behar & de la Barra, 2021; Dalen, 2022; López-Castilla, 2022; Scheffers et al., 2017), donde la inseguridad se vuelve un mecanismo de defensa, debido a que se duda de las intenciones de todas las personas como una forma de protegerse a uno mismo de un potencial daño, pero también al no permitir que nadie se acerque, no se generan vínculos significativos ni se abre la posibilidad de que lleguen personas amorosas y cuidadosas con uno, lo que dificulta a su vez la reparación de la parte relacional que fue dañada al nunca tener ejemplos relacionales sanos y nutritivos.

La manera en que una persona se relaciona con su sexualidad se ve influida por la forma en que percibe su cuerpo (Kilimnik & Meston, 2016), por lo que la presencia de miedo, vergüenza, culpa u otros sentimientos displacenteros relacionados a la sexualidad y la corporalidad tendrían una implicancia en las

relaciones con otros, el deseo sexual y el encuentro o evitación de una relación con otra persona, llevando en muchos casos a la evitación del vínculo para protegerse, a la evitación del contacto que es amenazante y peligroso. Además, ya dentro de una relación sexo-romántica, estos sentimientos y cogniciones negativas afectan el desempeño sexual, el placer y satisfacción, ya que crean ansiedad en torno a la relación sexual y mayor dificultad para comunicar lo que se está sintiendo y viviendo (Kilimnik & Meston, 2016), permitiendo plantear que en cierta forma el cuerpo se rebela para negar la posibilidad de una nueva agresión al no poder relacionarse de forma sexual, como en el caso de las disfunciones o una disminución considerable del deseo hacia otros, pero también en la interacción corporal con uno mismo, muchas veces a raíz de flashbacks gatillados por respuestas táctiles desde determinadas zonas corporales.

Debido a la transgresión de límites, también es frecuente ver la dificultad para el establecimiento de límites físicos y psicológicos hacia otras personas, relacionado a una sensación de incapacidad de protegerse y vulnerabilidad (Egan, 2020) donde la persona no siente utilidad en el establecimiento y mantención de ellos por una forma de indefensión aprendida. Esta transgresión también se ve manifestada por incomodidad al estar con otras personas desde la dificultad para regular la distancia física que se tiene respecto a los cuerpos de los otros (Talmon & Ginzburg, 2018), y en varios casos también aparece malestar en espacios aglomerados donde el contacto con otros es inevitable, intenso y muy invasivo, sin la capacidad de controlar la forma en que se realiza el contacto.

Paradigma Ambiental-Conductual

Murillo (2020), propone un “sistema de encubrimiento”, que permite la instalación, suspensión, silenciamiento, normalización y perpetuación del abuso, sumado a la estigmatización sobre el tema y su posterior develación. Las víctimas manifiestan el miedo a contar lo ocurrido por la posibilidad de ser desmentidas, acusadas, juzgadas y/o recibir consecuencias a raíz de su culpabilidad percibida en el suceso. Esto se sostiene desde una sociedad que todavía percibe la sexualidad como tema tabú (Dalen, 2022), no habla de ella de forma abierta ni informa a sus niños, niñas, adolescentes y jóvenes de forma adecuada por medio de una educación sexual integral, que además de explicar el funcionamiento biológico de la sexualidad, de cuenta de sus aspectos afectivos y relacionales. Sumado a lo anterior, las neuronas espejo (aquellas neuronas que se activan ante la observación de una acción en otro, “reflejando” el comportamiento como si lo estuviera realizando uno mismo) cumplen un rol sumamente importante en el entendimiento de la víctima de su propia vivencia, donde a través de respuestas negativas a otros sucesos similares, estigmatizaciones y culpabilizaciones hechas hacia las víctimas en comentarios cotidianos o en los medios de comunicación, falta de atención a otras víctimas o minimizaciones al suceso, llevan a la persona que fue abusada a entender que no debería contarlo, o que lo que vive es exagerado y/o poco relevante.

Además, el cuerpo actúa como el canal natural a través del cual se relaciona la persona con la sociedad, donde el sexo y la sexualidad son las fuerzas sociales que construye las polaridades la feminidad-masculinidad, pureza-contaminación, interior-exterior, público-privado (Rodríguez-Grisales, 2014) y van fijando las pautas de lo que se debe hablar, de qué forma y bajo que parámetros ocurre. En

esta misma línea, el sexo y la sexualidad está marcado en nuestra sociedad occidental como una imposición de que se debe ser de cierta manera como un camino para entregar placer a otros (ideales de belleza, orientaciones sexo-afectivas, posiciones sexuales, etc.), donde el cuerpo de cada individuo se somete al deseo y fantasía de otro, con una exposición física casi completa en el caso de los cuerpos adultos, donde son los genitales la única zona de cuidado o intimidad y que no es mostrada ni tocada de forma libre (Zuluaga-Gómez, 2018).

También se puede considerar que los recuerdos traumáticos fijados en el cuerpo-mente de las víctimas, en conjunto a la dificultad para actuar de forma adecuada, lleva a que su repertorio conductual se vea disminuido por el miedo a experimentar flashbacks, teniendo un menor desempeño relacional y menor campo de acción frente a los desafíos que presenta el ambiente.

Paradigma Inconsciente

Existe una alteración en la forma de relacionarse con el propio cuerpo, donde la vivencia de ASI genera intensificación de la preocupación y pudor en torno al cuerpo, relacionado a los sentimientos de vergüenza, culpa y suciedad (Behar & de la Barra, 2021; Scheffers et al., 2017). Abdulali (2020), sobreviviente, escritora y consejera en abuso sexual, menciona que un sentimiento común entre las víctimas refiere al daño ejercido contra ellas, “Estoy rota por dentro, no soy capaz de sobreponerme... rota en pedazos...” (p.187), lo que impacta su forma de percibirse y enfrentarse a la vida desde ese momento, llegando en algunos casos, a una sensación de deber y/o merecer un el sufrimiento como un castigo ante la suciedad, ruptura o fracaso.

Además, considerando que la mayor parte del ASI es cometido por alguien perteneciente

al entorno cercano de la víctima, donde en Chile en un 40% de los casos el agresor es un familiar y en un 45% un conocido o cercano a la familia (INJUV, 2023), al intentar integrar la vivencia de que un cuidador no solo ha fallado en su tarea de protección, cuidado y seguridad, sino que eligió lastimarlo y traspasar límites implícitos, entendiendo que niños, niñas y adolescentes se encuentran bajo el cuidado de los adultos, sume a la persona en una paradoja que altera su desarrollo moral y afectivo, junto a sus necesidades de cuidado y compañía (Alfaro Bolaños, 2003). “El psicotrauma (...) desintegra el andamiaje que tiene el propio aparato psíquico para defenderse” (Alfaro Bolaños, 2003, p.115), generando los dos mecanismos de afrontamiento conocidos frente al abuso sexual: inhibición y promiscuidad, donde se responde a la dificultad para discriminar la situación como positiva o negativa, segura o peligrosa, y se le cataloga inmediatamente en uno de los 2 polos: o no me expongo a nada para no sufrir daño, o “acepto” (o creo estar aceptando) todo para reestablecer la sensación de poder de decisión (Kilimnik & Meston, 2016).

Entre los mecanismos de defensa predominantes en víctimas de ASI se encuentran, en orden de frecuencia de ocurrencia según la investigación: disociación, desmentida, escisión del yo, inhibición, represión e identificación con el agresor (Toporosi et al., 2020), lo que nos permite inferir que lo más común es que la mente reaccione con el fin de separarse de la vivencia traumática al no contar con los recursos suficientes para afrontarla, separándola de la historia personal y a su vez dividiéndose a sí mismo en una versión previa que era pura e inocente, y una posterior que está marcada y sucia, con un cuerpo enemigo y una mente sufriente, sin la posibilidad de contar con las herramientas adecuadas para enfrentar los nuevos momentos de displacer que van ocurriendo a lo largo de la vida de una forma

sana y adaptativa para el contexto y situación de la persona. De esta forma, la disociación cuerpo-mente, antes-después, afectos-cognición permiten a la persona sobrevivir y entregar la carga negativa a partes de la psiquis y el self que son tolerables y manejables, lo que dificulta la discriminación de sensaciones corporales y aceptar la existencia del displacer como parte de la propia vivencia, además del quiebre en la identidad y la memoria que imposibilita a la víctima de construir un relato continuo, coherente y significativo. Y a su vez, a raíz de estos mecanismos de defensa instaurados, aparecen los signos y síntomas anteriormente mencionados en los demás paradigmas.

Sistema Self

Como integrador de todos los demás paradigmas, el Sistema Self es también uno de los más afectados por la vivencia del abuso sexual infantil, ya que como se mencionó anteriormente, se traspasan límites personales que están ligados a la conformación identitaria de la persona y su relación con el entorno, además de ser una marca en la historial vital de la persona que permite mirar el antes y el después como momentos separados y no integrados en su totalidad; McGlynn et al. (2017) propone que el Self debe ser visto como una experiencia holística, donde el yo subjetivo y su corporeización se ven constituido a través de las relaciones con otros, y el mundo temporal, espacial e histórico donde el individuo está situado. Las víctimas de ASI describen la experiencia, usando sus palabras, como un infierno, una pesadilla y algo que les arruinó la vida, y que a partir de ahí asocian su cuerpo con esta vivencia y tiendan a evadirlo (Dyer et al., 2013) Por ello, no sorprende que los principales efectos en la persona sean una baja autoestima, insatisfacción corporal, deterioro de la autonomía, alteración del autoconcepto y la visión del mundo, la alteración de su relación

con el cuerpo y con otros (Behar & de la Barra, 2021; Caballero-Domínguez et al., 2021; McGlynn et al., 2017),

Un estilo de afrontamiento principalmente disociativo sería el potenciador de la disociación cuerpo-mente (Behar & de la Barra, 2021), donde la corporalidad deja de pertenecer a la víctima y pasa a ser algo ajeno y desagradable tras haber sido tocado y apropiado por un otro con el fin de la obtención de su placer, lo que afectaría todas las funciones del Self del paciente de forma particular a cada una, pero con relación entre sí desde la confusión, incomprensión y dificultad para integrar y procesar la vivencia.

- Función de Significación Integral:

Consiste en la forma de interpretar las experiencias desde una postura personal y específica, donde la persona vive de forma individual los sucesos y les da un sentido desde su propia historia, pensamientos y sentimientos. Al existir una alteración de los mecanismos de comprensión, del lenguaje, y una experiencia donde el trauma queda fijado en el cuerpo causando hiperreactividad a estímulos, se ve alterada la forma en que la persona significa y vive lo que le ocurre a sí misma y a su alrededor. Adicionalmente, el establecimiento de conexiones que se consideran como causales o verosímiles con el fin de establecer una historia coherente-sensata (Quiceno Osorio et al., 2022), hace que exista una distorsión de lo ocurrido e incluso una mala interpretación de los hechos, donde generalmente hay culpabilidad o atribución de responsabilidad ante el abuso y todos los eventos negativos asociados. Quiceno Osorio et al., (2022) menciona que “las personas que han sufrido abuso tienen la sensación de que algo las ha impregnado de su inmundicia” (p. 6), lo que lleva a entenderse a uno bajo los adjetivos negativos mencionados anteriormente, y que toda la vida se vea teñida

por esa suciedad, y, por tanto, la persona sea merecedora de su malestar y sufrimiento.

- ***Función de Toma de Conciencia:***

Refiere a la capacidad de la persona de ser consciente de sus conductas, afectos, pensamientos y formas de significar sobre sí mismo, junto a la manera en que se relacionan con su vida. En las personas víctimas de trauma se observa dificultad en la interocepción (capacidad de conectar con uno mismo, señales corporales, emociones y zonas físicas), y a partir de ello también se suma la dificultad en el reconocimiento de límites y emociones (Sweeton, 2022). También se observa una disociación en la historia personal, donde al percibir un antes y después en la vida a causa de la experiencia, todo lo ocurrido después del abuso se encuentra teñido por el sufrimiento y el dolor, por lo que se observa una distorsión de la identidad lleva al desconocimiento de uno mismo al ser percibido como marcado, sucio o desagradable, tanto corporal como emocionalmente. Adicionalmente, en Chile, el proceso judicial revictimiza constantemente a las personas, interviniendo en su construcción de un relato pausado, sin respetar los tiempos de cada persona para integrar la vivencia, y en muchos casos forzando a establecer una posición frente a lo vivido para la que la persona no se encuentra lista todavía (Guerra & Barrera, 2017).

- ***Función de Identidad:***

Corresponde a la forma en que cada persona se piensa y siente a sí misma a través del tiempo y los diversos cambios vividos. Al predominar una idea de sí mismo como dañado o quebrado, la vivencia de ASI se posiciona como núcleo de la narrativa y la configuración identitaria de la persona, lo que dificulta la integración del suceso y la coherencia entre el pasado, el presente y el futuro (Gómez et al, 2021). Se odia un cuerpo

que se habita por la sensación de haber sido traicionado por él (Dalen, 2022), donde el trauma atraviesa la identidad y la expresión sexual de ella (Maldonado-Morales & Yudovich, 2023), impidiendo en muchos casos a la persona vivirse de la manera que le gustaría o haría sentir más cómoda, sino que viviendo bajo la idea construida de uno mismo y lo que se cree el resto espera. La pureza se contrapone a la suciedad asumida como parte de uno, vinculando a la persona a un secreto que causa que el olvido sea imposible y genera una sensación de culpa constante que lleva a la pérdida de sentido y sentido de si (Quiceno Osorio et al., 2022).

- ***Función de Auto-organización:***

Corresponde a la capacidad de las personas para afrontar los eventos desestabilizantes y volverse a organizar de forma eficiente y eficaz. Se ve alterada la capacidad de autorregulación en torno al logro de objetivos o incentivos, ya que el sistema de recompensa ha sido alterado ante la presencia constante de altos niveles de cortisol (Caballero-Domínguez et al, 2021), por lo que la persona no es capaz de tomar las mejores decisiones ni responder de forma adecuada a los estresores ambientales. Además, debido a los gatillantes de *flashbacks* que generalmente están presentes en la vida de las víctimas, es esperable que existan señales cotidianas generadoras de malestar y desorganización, y que al no estar completamente procesadas presenten dificultad ante la reorganización de forma adecuada y pertinente (Charry-Lozano et al., 2022; Dalen, 2022). También se debe considerar la desesperanza que en muchos casos viven quienes han sufrido ASI, lo que en muchos casos implica una desmotivación hacia al cambio y la sensación de imposibilidad de superar la vivencia, donde nada de lo que pueda ofrecer un otro posibilitará que el sufrimiento desaparezca debido a que no se

puede des-vivir el abuso (Quiceno Osorio et al., 2022).

- ***Función de Búsqueda de Sentido:***

Refiere al sistema de creencias de la persona, y cómo piensa las temáticas trascendentales del ser humano (vida, muerte, existencia, trascendencia, entre otros) y desde ello orientar su vida. La vivencia de ASI es causante de estrés psicosocial, lo que causa que la víctima encuentre dificultad en el disfrute e inmersión en sus metas vitales (Otávalo-Arcilla et al., 2020), pero también produce una sensación donde al intentar incorporar algo sin lógica ni lugar a nivel psíquico en la historia, se dificulta articular la propia experiencia de vida, en parte explicado porque el tiempo del trauma no es cronológico y desestabiliza la realidad y el relato, además de su comprensión y visión del mundo (Quiceno Osorio et al., 2022). Podemos observar también que, al ser la trascendencia un generador de esperanza, es importante para las víctimas encontrar algo que les permita sentir que sus vidas contribuyen de cierta manera a que esta vivencia no se repita en otras personas, o si ya ocurrió, poder acompañarlas en un camino que ellos ya conocen; desde ahí se ha indagado en que la idea de recobrar el tiempo perdido al ser resignificado lo vivido le permite a la persona encontrar sentido a su existencia y poder guiarla de mejor manera (Quiceno Osorio et al., 2022).

- ***Función de Conducción de vida:***

Plantea que la persona se conozca a sí misma de forma amplia y desde ahí pueda orientar su vida hacia sus metas y sueños, con el fin de llevarlas a cabo de forma realista y organizada. Al perder la sensación de control sobre los eventos a raíz de la experiencia de abuso, las víctimas suelen presentar

comportamientos poco adecuados a su contexto, con una mala regulación de respuestas, disminución en las habilidades sociales y de afrontamiento, habilidad de comprensión y el lenguaje, funciones ejecutivas (Otávalo-Arcilla et al., 2020), lo que lleva a conductas autodestructiva desde la identidad deteriorada con el fin de, en cierta forma, aniquilarse a uno mismo para alcanzar la pureza (Quiceno Osorio et al., 2022), causando que la persona tome malas decisiones para su vida, le cueste diferenciar entre aquello que es bueno o malo para su vida, se guíe por la satisfacción inmediata sobre postergar gratificaciones con una ganancia mayor, un descuido de las propias metas y la consecuente insatisfacción vital.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

Reparar, Resignificar y Reapropiar

Desde el mismo momento de nuestro nacimiento, nuestro cuerpo comienza a ser interpretado y traducido por otros para nuestra paulatina comprensión y apropiación de él. Son otros quienes les dan nombre a sus distintas partes, quienes nos explican sus procesos y funcionamientos, y quienes también nos acompañan en el camino de reconocer la diferencia entre lo mío y lo ajeno, y con ello, el establecimiento de límites. Pero también junto a estos procesos, vienen comentarios y acciones de otros sobre “nuestro-en-proceso” cuerpo, modelando la manera en que nos vamos relacionando con él y sus constantes cambios. Como se puede apreciar desde lo anteriormente expuesto, el abuso sexual infantil trasciende e incluye a la vez lo físico, el cuerpo es el primer lugar de transgresión, pero afecta la integridad psíquica en su totalidad, en los 6 paradigmas y 6 funciones del Sistema Self planteados por el Enfoque Integrativo Supraparadigmático (EIS), pero además se trastoca todo lo anteriormente aprendido y adquirido en la

experiencia relacional con un otro y con uno mismo. Y como señaló Martínez (2012), un evento traumático relacional se resignifica solo en relación con otro (citado en Gómez et al, 2021), por lo que desde ahí se propone una comprensión del proceso de psicoterapia desde la reparación, resignificación y reapropiación centrado en el cuerpo por medio de 2 etapas:

1. El cuerpo expresa antes de poder hablar/pensar.

Ante la vivencia del abuso sexual la persona expresa a través de su cuerpo todo lo vivido y sentido, puesto que en la infancia no existen las palabras para explicar y organizar este fenómeno, apareciendo la somatización y desprecio hacia uno mismo como forma de dar coherencia ante la falta de sentido y/o de un relato. Es la vivencia visceral, el malestar sin lugar tangible, el dolor y sufrimiento en su estado puro que busca un camino de expresión para la preservación del individuo y su integridad psíquica mientras se van configurando sus efectos en el cuerpo y desarrollo psicológico. La somatización surge como el primer camino que la disociación mente-cuerpo y vivencia-realidad elabora la víctima para protegerse, y donde todavía no se logra nombrar a sí misma víctima, ya que la vivencia es relegada a un lugar de negación, confusión y “olvido” que nunca se alcanza completamente, pero se intenta sostener pese a la rebeldía y que el cuerpo presenta al expresar el sufrimiento por medio de los síntomas y signos gatillados a su vez por los cambios estructurales que se van viviendo en el cuerpo. En esta etapa del proceso es importante psicoeducar a la persona y sus redes frente a los efectos del trauma y la vivencia de abuso en todos los niveles (Guerra & Barrera, 2017), abordando cada paradigma de forma separada pero a la vez integrando las complejas relaciones establecidas entre los mecanismos internos, y lograr que se acepte

que algo ocurrió en la historia vital, algo doloroso y horrible, pero que donde no se tuvo responsabilidad ni culpa alguna, con el fin de permitir que el relato de víctima se comience a construir y aceptar.

2. El cuerpo como canal de la historia contada.

Una vez se comienza a pensar y comprender lo ocurrido, se le comienza a dar un nombre y un relato que permite colocarlo en un lugar dentro de la historia personal. Aquí, además, habría una etapa de disociación donde se desconecta lo sentido de lo vivido, siendo cuerpo aparte de la mente, donde la persona todavía no se reconoce como víctima o si lo hace, es solo desde el aspecto negativo de ello; y una etapa de conexión cuerpo-mente que se logra gracias a una narrativa corporizada (Dalen, 2022) que permite integrar un cuerpo víctima con una mente víctima que afrontan la vivencia y no centran la existencia en torno a ella.

A medida que el cuerpo deja de ser amenazante, que se deja de habitar el trauma, los mecanismos estresores disminuyen su activación y por tanto, la sintomatología física, cognitiva, emocional y conductual disminuye tras la desactivación del estado de alerta fisiológico (Guerra & Barrera, 2017), entendiéndose que “la metáfora que une lo perdido y lo recobrado como forma de ir más allá de la memoria para alcanzar el futuro de la promesa” (Quiceno Osorio et al., 2022, p.8), por medio de reconocer su dignidad y retomar el control, estima y afecto por sí mismo y también por los otros, además de reencontrarse con un cuerpo que anteriormente era desconocido, o incluso hostil, y hoy en día se unifica en la identidad como una parte más de uno mismo que es amada, valorada y respetada.

En la misma línea, encontramos que Le Bretón (2018) plantea que “la incisión es también un deseo de cortarse de un cuerpo intolerable porque no es reconocido como el propio (...). El individuo se siente encerrado en un cuerpo que se ha convertido en una carga y cuyo control desea retomar” (p.68), y ello permitiría comprender que las autolesiones, los tatuajes y perforaciones, pero también ampliando a expresiones identitarias menos agresivas con uno mismo, como el corte y tintura de pelo, permitirían ser comprendidos en este contexto como búsquedas de uno mismo, formas de expresar conciencia de uno mismo, identidad, autonomía y control del propio cuerpo como forma de reprocesar y ritualizar el proceso de sanación, donde por medio del cuidado de una herida específica se va cuidando el cuerpo, junto a una constituir una forma de regulación emocional al lidiar con una experiencia negativa que es tolerable y consensuada (Stirn et al., 2011; Ernst et al., 2022). Otra potencial forma de afrontamiento vista en algunos estudios implica el ejercicio de la prostitución o una exacerbada promiscuidad como forma de menospreciar el cuerpo y lo que éste significa para ellas, donde tras lo vivido es un objeto de intercambio que les pertenece pero del que no se apropian (Vallejo Samudio & Granados Corrales, 2017), o un cuerpo cosificado que solo sirve para el disfrute de un otro (Zuluaga-Gómez, 2018), donde también se podría incluir el descuido a nivel de salud hacia el propio cuerpo, ya sea evitando las visitas al médico, como también descuidando la higiene básica, entre ellas, la dental (Folayan et al., 2021)

A partir de todo lo anteriormente planteado, es evidente que el Sistema Self aborda de manera amplia el funcionamiento de la persona en relación consigo misma, pero el cuerpo se considera sólo desde su aspecto emocional (autoestima) y cognitivo (autoimagen), dejando de lado la parte física que es tan importante en la vivencia del ser

uno mismo, por lo que se propone la incorporación del término *body-self* o conciencia corporal dentro del Sistema Self, en su posibilidad desde una función (“Función de conciencia corporal”, por ejemplo) con el fin de dar cuenta de la parte corporeizada de la identidad y la relación con la piel y el cuerpo, el cual es el primer camino para vivenciar la experiencia y comenzar a procesarla. Para esta nueva función, se plantea evaluar 3 aspectos: la **actitud corporal** (aspectos cognitivos, afectivos y conductuales), **satisfacción corporal** (grado de satisfacción con la apariencia y funcionalidad del cuerpo) y **conciencia corporal** (la percepción y conciencia de los estados, procesos y acciones del cuerpo originados del sistema propioceptivo e interoceptivo) (Scheffers et al., 2017), donde el cuerpo es el lugar de expresión y conexión con el mundo y la herramienta básica de comprensión y aprendizaje ante la realidad, además de ser sujeto y objeto a la vez, es decir, ocupa espacio y es en el mundo, pero también es un constructo que se modifica en el tiempo y el transcurrir de la historia personal (McGlynn et al., 2017; Rodríguez et al., 2007), y donde ante la vivencia de ASI se altera la integridad del cuerpo y su habitar corpóreo, social y sexual. Siguiendo el análisis de las funciones del Sistema Self hecho anteriormente, las alteraciones en la **función de conciencia corporal** propuesta podrían plantearse de la siguiente forma:

La presencia de una mala autoestima y autoimagen conllevaría una actitud negativa hacia la corporalidad, con pensamientos y afectos displacenteros al verse enfrentado a ella en el día a día, y por tanto malas prácticas de autocuidado, autocompasión y autorrespeto, con posible presencia de autolesiones y conductas parasuicidas como una forma de atacar a este cuerpo desconocido y hostil; en conjunto a una insatisfacción persistente con la apariencia física e interpretación poco realista de la

aceptación o desagrado que los demás muestran hacia el propio cuerpo (McGlynn et al., 2017; López-Castilla, 2022), además de malestar ante las posibles disfunciones presentes desde los cambios neurofisiológicos que genera el trauma, pero también desde el área psicoemocional; y finalmente gran dificultad en la percepción y conciencia de los propios estados emocionales, procesos internos y acciones realizadas a partir de ello que dificultan el funcionamiento “normal” o esperado frente a las demandas del ambiente, sumado a que en muchos casos una sensibilidad al dolor acentuada y pérdida de deseo sexual debido a la sobre activación del sistema nervioso central (Charry-Lozano et al., 2022; Kilimnik & Meston, 2016)

CONCLUSIONES

Avanzar y Florecer

Ante lo anteriormente planteado, sería posible afirmar que el abuso sexual infantil es una de las vivencias más duras y complejas de integrar psíquicamente que podría atravesar una persona. Afecta todas las áreas de su vida, interviniendo su desarrollo y relación con el mundo, dejando una cicatriz permanente en la historia de la víctima que en muchos casos no es acompañada en su elaboración al nunca ser develada, y donde incluso hoy en día, con la mayor apertura a hablar del tema y la importancia que se está dando a la salud mental, son muchas las personas que sienten miedo y vergüenza de contar lo que vivieron por miedo al estigma, culpabilización, sumado a la desesperanza de nunca poder superar lo vivido o no recibir ayuda adecuada.

El primer paso que permite el trabajo terapéutico, ocurra previo o durante las sesiones, es el reconocimiento de quien ha sufrido una vulneración como víctima, reconociéndose como tal frente a una vivencia donde un otro ejerció un daño sobre mí, ya que el reconocimiento libera, reorganiza la realidad

y la memoria para permitir una resignificación sanadora (Murillo, 2020), junto con permitir entregar las responsabilidades hacia quien corresponden y salir de un lugar culpabilizador y martirizante de la propia existencia. Y luego del trabajo con la persona-víctima, se propone que el tratamiento se dirija hacia la etapa de florecimiento, donde la persona es capaz de resignificar lo traumático como una experiencia más de la vida y no el centro de todo, fortalecer la propia identidad, el desarrollo y fortalecimiento de la agencia y control, determinar el rumbo de sus vidas, donde se reposiciona desde víctima (un lugar pasivo y sin voluntad) a sobreviviente (un agente activo), y también se permite el reencuentro con el propio cuerpo como un lugar propio, seguro, cuidado y no-vulnerable, y ser consciente de las propias herramientas y fortalezas para afrontar lo que viene a continuación (Egan, 2020; Gómez et al, 2021; Gómez & Barrera, 2017). “En el momento en que hablas, (...) en que escribes tu propia narrativa, (...) dejas de ser una simple víctima. Recuperas parte del control” (Abdulali, 2020, p.36) y frente a ello, Abdulali (2020) también señala que “Todas las personas necesitamos testigos que se sienten con nosotras y nos ayuden a superar el dolor” (p.93), donde los psicoterapeutas cumplen el doble rol de testigos y acompañantes de la experiencia y su reprocesamiento, permitiendo en el pensar conjunto la recuperación de todo lo que fue tomado por un otro al momento del abuso y encaminando al paciente en la búsqueda del camino que desea construir y recorrer a partir de este nuevo punto de inflexión vital.

Para lograr la reconexión con el cuerpo y el avance en las etapas del proceso de psicoterapia, se hace muy importante y tremendamente necesario incluir técnicas orientadas al cuerpo, como el yoga, el mindfulness y la somática, entre otras (Havron & Itzhak-Edan, 2019; Röhrlich, 2009), ya que permiten la autoconciencia y un cambio

cognitivo a través del procesamiento corporal-emocional, donde los estudios han demostrado que los tratamientos de procesamiento de trauma (a nivel cognitivo) son menos efectivos ante el ASI que en abusos ocurridos a mayor edad (West et al., 2017). La víctima necesita reconectar con el deseo, la sexualidad, la excitación sexual (Pulverman et al., 2018) por medio de una baja de la activación del Sistema Nervioso Simpático que permita que la activación dada en la excitación no supere el umbral de tolerancia del organismo y la propia persona y así mejorar su autoestima, autoesquemas y conciencia corporal. También se ha comprobado que la respiración mejora la regulación emocional y el funcionamiento del Sistema Nervioso Parasimpático, la meditación reduce la ansiedad y depresión, el movimiento corporal junto a otros mejora los sentimientos y conexión interpersonal, la actividad física reduce la tensión muscular y el dolor además de activar el sistema nervioso autónomo y la producción de GABA junto a disminuir el cortisol basal, y en los cambios psicológicos hay mayor conciencia interoceptiva, regulación atencional, aceptación de uno mismo y menor evitación y conductas disfuncionales de afrontamiento (West et al., 2017; Sweeton, 2022)

Desde la experiencia personal en el trabajo clínico con víctimas de ASI, ha sido sorprendente la observación del cambio que las pacientes (se hace la referencia en femenino al ser mayoritariamente mujeres quienes sufren de abuso, y además la mayoría de los casos clínicos que se acompañan) van mostrando en su relación consigo mismas a medida que el proceso de psicoterapia avanza, desde una imagen auto culpabilizadora y devaluadora durante la consulta y apertura de la temática, hacia una visión mucho más auto compasiva, amorosa y positiva desde mediados a fines del proceso, con autoestimas mucho más fuertes y positivas,

empoderamiento personal y sensación de control al cierre de la terapia. Desde esa experiencia, sería arriesgado pero posible decir que tras ser acompañadas en su proceso, todas las pacientes se van sintiendo más fuertes, en parte, por causa de lo que tuvieron que vivir y que lograron afrontar con mucha fortaleza y valentía, dando lugar para existir al miedo, la vergüenza y el displacer originado por el hecho de que otra persona las haya transgredido, pero sin que sea el pilar estructurador de sus existencias e identidades, sino que mostrándoles que pese a todo lo ocurrido, han podido llegar hasta la consulta, y luego, trascendiendo más allá de lo vivido y sufrido.

Finalmente, y sólo a modo de planteamiento, se propone como un camino interesante para ampliar la temática de la relación con el cuerpo y el *body self* o función de conciencia corporal, continuar la investigación y profundización respecto a los trastornos de la personalidad, específicamente el trastorno de personalidad límite, y los trastornos de la conducta alimentaria, observando como en otros diagnósticos donde se evidencia una dificultad en los límites, la identidad y la relación con otros aparece la búsqueda de uno mismo desde la corporalidad como un tema central a abordar en psicoterapia con el fin de potenciar el cambio.

Referencias

- Abdulali, S. (2020). De qué hablamos cuando hablamos de violación. Madrid: Cátedra.
- Alfaro Bolaños, J. (2003). Psicotrauma vicariante en el abuso sexual religioso y Psicotrauma en el delito sexual y el divorcio. *Medicina Legal de Costa Rica*, 20(2), 113-120. http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152003000200011&lng=en&tlng=es.
- Behar, R. & de la Barra, F. (2021). Abuso sexual infantil y adolescente y su relación con

- trastornos alimentarios. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 19(4), <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272021000400308>
- Caballero-Domínguez, C., Espitia-Correa, J. & Campo-Arias, A. (2021). Asociación entre abuso sexual y distrés psicológico en adolescentes escolarizados de Santa Marta, Colombia. *Psicología desde el Caribe*, 39(2). https://http://www.scielo.org.co/scielo.php?scrip=sci_serial&pid=0123-417X&lng=en&nrm=iso
- Charry-Lozano, L., Pinzón-Fernández, M., Muñoz-Otero, D., Becerra-González, N., Montero-Molia, D. & Luna-Samboni, D. (2022). Consecuencias neurobiológicas del abuso sexual en la infancia: revisión de literatura. *Entramado*, 18(2), 1-19. <https://doi.org/10.18041/1900-3803/entramado.2.7808>
- Chile. Instituto Nacional de la Juventud (INJUV). Ministerio de Desarrollo Social y Familia. (2023). Programa Hablemos de Todo. <https://hablemosdetodo.injuv.gob.cl/>
- Dalen, M. (2022). The body as a site of knowledge: Tacit and embodied narratives of child sexual abuse. *Qualitative Social Work*, 0(0), 1-16. <https://doi.org/10.1177/14733250221126933>
- Diario Oficial, Chile [D.O.] (1999) Ley N° 19617, Modifica el Código Penal, el Código de Procedimiento Penal y otros cuerpos legales en materias relativas al delito de violación, Julio 2, 1999, Diario Oficial [D.O.] (Chile).
- Díez, S. & Darder, M. (09 de noviembre de 2020). Abusó de mí de los 9 a los 12 años. Era nuestro secreto. *Cuerpomente*. https://www.cuerpomente.com/testimonios/testimonio-abuso-infancia-terapia_4562
- Dyer, A., Borgmann, E., Feldmann, R., Kleindienst, N., Priebe, K., Bohus, M. & Vocks, S. (2013). Body image disturbance in patients with borderline personality disorder: Impact of eating disorders and perceived childhood sexual abuse. *Body image*, 10, 220-225. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bodyim.2012.12.07>
- Egan, S. (2020). Sexual Assault as Trauma. En S. Egan, *Putting Feminism to Work. Theorizing Sexual Violence, Trauma and Subjectivity* (pp. 95-133). London: Palgrave Macmillan.
- Ernst, M., Borkenhagen, A., Fegert, J., Brähler, E. & Plener, P. (2022). The association of childhood abuse and neglect with tattoos and piercings in the population: evidence from a representative community survey. *BMC Psychology*, 10(105). <https://doi.org/10.1186/s40359-022-00811-x>
- Folayan, M., El Tantawi, M., Aly, M., Adetokunbo Adeniyi, A., Oziegbe, E., Arowolo, O., Alade, M., Mapayi, B., Maureen Chukwumah, N., Oginni, O. & Sam-Agudu, N. (2021). Associations between a history of sexual abuse and dental anxiety, caries experience and oral hygiene status among adolescents in sub-urban South West Nigeria. *BMC Oral Health*, 21(196). <https://doi.org/10.1186/s12903-021-01562-8>
- Gómez, C., Lama, X. & Capella, C. (2021). Psicoterapia y Superación de Agresiones Sexuales: Mensajes de Niños/as y Adolescentes a Pares y Psicoterapeutas. *PSYKHE*, 30(2), 1-15. <https://doi.org/10.7764/psykhe.2019.22385>
- Havron, E. & Itzhak-Edan, Y. (2019) Establishing the "area of need" through optimal responsiveness: Yoga/Psychotherapy for childhood sexual abuse survivors. *Cogent Psychology*, 6. <https://doi.org/10.1080/23311908.2019.1580917>
- Kilimnik, C. & Meston, C. (2016). Role of Body Esteem in the Sexual Excitation and Inhibition Responses of Women With and Without a History of Childhood Sexual Abuse. *The Journal of Sexual Medicine*, 13, 1718-1728. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.09.004>
- Le Breton, D. (2018). *La piel y la huella*. México: Paradiso.
- Leal Cronemberger, G. & Magalhães da Silva, R. (2022). Nonsuicidal self-injury in young women: understanding the meanings involved in the self-injurious act. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 33. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-7331202333051.en>

- López-Castilla, C. (2022). Psicoterapia de Personas Adultas que han sufrido Abuso Sexual en la Infancia. *Escritos de Psicología*, 15(1), 40-49. <https://doi.org/10.24310/espsiescpsi.v15i1.14030>
- Maldonado-Morales, M. & Yudovich, S. (2023). Embodiment of the Self in Physical and Sexual Abuse During Childhood and Adolescence. En J.M. Maldonado-Duran at al. (eds.), *Handbook of Mind-Body Integration in Child and Adolescent Development*, (115-127). http://dx.doi.org/10.1007/978-3-031-18377-5_8
- McGlynn, C., Rackley, E. & Houghton, R. (2017). Beyond 'Revenge Porn': The Continuum of Image-Based Sexual Abuse. *Feminist Legal Studies*, 25(1), 25-46. <https://doi.org/10.1007/s10691-017-9343-2>
- Murillo, J. A. (2020). Abuso sexual, de conciencia y de poder: hacia una nueva definición. Estudios Eclesiásticos. *Revista de Investigación e Información Teológica y Canónica*, 95(373), 415-440. <https://doi.org/10.14422/ee.v95.i373.y2020.05>
- Noll, J., Trickett, P., Long, J., Negriff, S., Susman, E., Shalev, I., Li, J. & Putnam, F. (2017). Childhood Sexual Abuse and Early Timing of Puberty. *Journal of Adolescent Health* 60, 65-71. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.09.008>
- Opazo Castro, R. (2017). *Psicoterapia Integrativa EIS. Profundizando la comprensión, potenciando el cambio*. Andros Impresores: Santiago, Chile.
- Otálvaro-Arcila, M., Yepes-Medina, S., Gaviria Gómez, A., Londoño Guzmán, D. & Montoya Arenas, D. (2020). Neurocognición en adultos con antecedentes de maltrato y hechos victimizantes durante la infancia. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología*, 20(2), 1-15. <https://doi.org/10.18270/chps.v20i2.3635>
- Pulverman, C., Kilimnik, C. & Meston, C. (2018). The Impact of Childhood Sexual Abuse on Women's Sexual Health: A Comprehensive Review. *Sexual Medicine Reviews*, 6(2), 188-200. <https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2017.12.002>
- Quiceno Osorio, J., Meza Perochena, A. & Tejada, M. (2022). Resimbolizando el tiempo perdido. El modelo narrativo de Paul Ricoeur aplicado a casos de abuso sexual. *Límite, Revista Interdisciplinaria de Filosofía y Psicología*, 17(3). <http://dx.doi.org/10.4067/s0718-50652022000100203>
- Rodríguez Grisales, N. (2014). *Cuerpo, sexualidad y violencia simbólica en la tortura sexual*. (Tesis de Magister, Universidad de los Andes, Santiago, Chile). http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0123-885X2015000400007&script=sci_abstract&tln_g=es
- Rodríguez, M., Gempeler, J., Pérez, V., Solano, S., Meluk, A., Guerrero, E. & Lieman, E. (2007). Entre el sufrimiento interno y las palabras silenciadas: análisis de narrativas de pacientes con trastornos del comportamiento alimentario, trauma y automutilaciones. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 36(2), 237-254. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502007000200007&lng=en&tln_g=es
- Röhrich, F. (2009). Body oriented psychotherapy. The state of the art in empirical research and evidence-based practice: A clinical perspective, *Body, Movement and Dance in Psychotherapy*, 4(2), 135-156. <https://doi.org/10.1080/17432970902857263>
- Sack, M., Boroske-Leiner, K. & Lahmann, C. (2010). Association of nonsexual and sexual traumatizations with body image and psychosomatic symptoms in psychosomatic outpatients. *General Hospital Psychiatry*, 32, 315-320. <http://dx.doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2010.01.002>
- Scheffers, M., Hoek, M., Bosschera, R., van Duijnc, M., Schoevers, R. van Busschbach, J. (2017). Negative body experience in women with early childhood trauma: associations with trauma severity and dissociation. *European Journal of Psychotraumatology*, 8. <https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1322892>

- Stirn, A., Oddo, S., Peregrino, L., Philipp, S. & Hinz, A. (2011).** Motivations for body piercings and tattoos - The role of sexual abuse and the frequency of body modifications. *Psychiatry Research*, *190*, 359-363. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2011.06.001>
- Sweeton, J. (2022).** *Tratar el trauma. 165 técnicas y consejos para avanzar en la recuperación.* Iriio: España.
- Talmon, A. & Ginzburg, K. (2018).** "Body self" in the shadow of childhood sexual abuse: The long-term implications of sexual abuse for male and female adult survivors. *Child Abuse & Neglect*, *76*, 416-425. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.12.004>
- Toporosi, S., Franco, A., Germade, A., Pucci, M. V., Louro, L., Grosso, G., Errasti, P. & Briancesco, M. E. (2020).** Categorías de análisis para determinar los mecanismos defensivos que predominan en niñas, niños y adolescentes abusados sexualmente y en sus familias. *Anuario de Investigaciones*, *27*, 343-353. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369166429041>
- Trickett, P., Kurtz, D. & Noll, J. (2005).** The Consequences of Child Sexual Abuse for Female Development. En D. Bell, S. Foster & E. Mash (Eds.), *Handbook of Behavioral and Emotional Problems in Girls* (pp 357-379), Nueva York, NY: Springer.
- Urra, S. (2022).** Psicoterapia Integrativa EIS en Agresiones Sexuales. En R. Opazo Castro & V. Bagladi Letelier (Eds.) *Manual de Psicoterapia Integrativa EIS. Potenciando el cambio en la clínica aplicada* (pp. 1071-1097). Andros Impresores: Santiago, Chile.
- Vallejo Samudio, A. & Granados Corrales, B. (2017).** Autoagresión y auto concepto en adolescentes violentadas sexualmente: Una mirada descriptiva. *Psicoperspectivas*, *16*(1), 80-90. <https://doi.org/10.5027/Psicoperspectivas-vol16-issue1-fulltext-903>
- Wendler-Bödicker, C., Kische, H., Voss, C. & Beesdo-Baum, K. (2023).** The association between childhood maltreatment and body (dis)satisfaction in adolescents and young adults from the general population. *Journal of Trauma & Dissociation*. <https://doi.org/10.1080/15299732.2023.2231927>
- West, L., Liang, B. & Spinazzolla, J. (2017).** Trauma Sensitive Yoga as a Complementary Treatment for Posttraumatic Stress Disorder: A Qualitative Descriptive Analysis. *International Journal of Stress Management*, *24*(2), 173-195. <http://dx.doi.org/10.1037/str0000040>
- Zuluaga-Gómez A. (2018).** Representaciones sociales construidas sobre el cuerpo femenino por mujeres adolescentes, víctimas de explotación sexual. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, *36*(1), 75-82. <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v36n1a09>

Mindfulness y Psicoterapia: Un diálogo entre la atención plena y la terapia psicológica

Andrea Herrera Donoso *

Abstract

This work explores the intersection between mindfulness and psychotherapy in the context of contemporary psychology. Starting with the definition and origins of mindfulness, its evolution and application in psychotherapy are examined, highlighting its relevance in emerging mental health and the diversification of therapeutic approaches. It is argued that the inclusion of mindfulness responds to the growing demand for innovative and effective approaches, supported by its contribution to the empirical base and the promotion of comprehensive well-being. Additionally, the psychological and medical benefits derived from the integration of mindfulness into various issues are explored. Despite these benefits, challenges are presented, such as the need for proper training, cultural adaptation, and the quest for more empirical evidence. The analysis reveals a deep synergy between mindfulness and psychotherapy, demonstrating a significant transformation in patient-centered clinical care. While positive implications, such as relapse prevention and the promotion of resilience, are emphasized, challenges are also addressed, such as inadequate training and the potential trivialization of mindfulness. Ongoing research and ethical reflection are presented as crucial in this integration process. It is concluded that, by carefully addressing these challenges, the integration of mindfulness into psychotherapy can lead to more informed, ethical, and beneficial therapeutic practices, thus promoting a path towards comprehensive well-being and self-understanding.

Keywords: *mindfulness, mental health, psychotherapy.*

Resumen

Este trabajo explora la intersección entre mindfulness y psicoterapia en el contexto de la psicología contemporánea. A partir de la definición y orígenes del mindfulness, se examina su evolución y aplicación en psicoterapia, destacando su relevancia en la salud mental emergente y la diversificación de los enfoques terapéuticos. Se argumenta que la inclusión del mindfulness responde a la creciente demanda de enfoques innovadores y efectivos, apoyada en su contribución a la base empírica y a la promoción del bienestar integral. Además, se exploran los beneficios psicológicos y médicos derivados de la integración del mindfulness en diversos aspectos. A pesar de estos beneficios, se presentan desafíos, como la necesidad de una formación adecuada, la adaptación cultural y la búsqueda de más evidencia empírica. El análisis revela una profunda sinergia entre el mindfulness y la psicoterapia, demostrando una transformación significativa en la atención clínica centrada en el paciente. Si bien se enfatizan las implicaciones positivas, como la prevención de recaídas y la promoción de la resiliencia, también se abordan desafíos, como la capacitación inadecuada y la posible banalización de la atención plena. La investigación continua y la reflexión ética se presentan como cruciales en este proceso de integración. Se concluye que, al abordar cuidadosamente estos desafíos, la integración del mindfulness en la psicoterapia puede conducir a prácticas terapéuticas más informadas, éticas y beneficiosas, promoviendo así un camino hacia el bienestar integral y la autocomprensión.

Palabras clave: *mindfulness, salud mental, psicoterapia.*

Introducción

Este trabajo explora la intersección entre mindfulness y psicoterapia en el contexto de la psicología contemporánea. Comenzando con

la definición y los orígenes de mindfulness, se examina su evolución y aplicación en la psicoterapia, destacando su relevancia en la salud mental emergente y la diversificación del repertorio terapéutico. Se argumenta que la inclusión de mindfulness responde a la creciente demanda de enfoques innovadores y efectivos, respaldada por la contribución a la

* Ps. Pontificia Universidad Católica de Chile.

andrea.herrera@uc.cl

AcPI, vol. XVI, 77-91

base empírica y el fomento del bienestar integral. Además, se exploran los beneficios psicológicos y médicos derivados de la integración de mindfulness en diversas problemáticas. A pesar de estos beneficios, se presentan desafíos, como la necesidad de formación adecuada, la adaptación cultural y la búsqueda de más evidencia empírica.

El análisis revela una sinergia profunda entre mindfulness y psicoterapia, evidenciando una transformación significativa en la atención clínica centrada en el paciente. Aunque se destacan las implicaciones positivas, como la prevención de recaídas y el fomento de la resiliencia, también se abordan los desafíos, como la formación insuficiente y la posible trivialización de mindfulness. La investigación continua y la reflexión ética se presentan como cruciales en este proceso de integración. Se concluye que, al abordar cuidadosamente estos desafíos, la integración de mindfulness en la psicoterapia puede llevar a prácticas terapéuticas más informadas, éticas y beneficiosas, promoviendo así un camino hacia el bienestar integral y la autocomprensión.

Introducción:

En el vasto espectro de la psicoterapia contemporánea, el concepto de mindfulness ha emergido como una herramienta poderosa para la transformación personal y el bienestar psicológico. Este trabajo busca explorar la intersección entre mindfulness y psicoterapia, analizando su relevancia, aplicaciones y potencialidades dentro del ámbito psicológico.

Originado en las antiguas tradiciones budistas, el mindfulness, en su esencia, representa la práctica de cultivar una conciencia plena y consciente del momento

presente, sin juicio ni interpretaciones (Vásquez, 2016). Aunque sus raíces se hunden en prácticas milenarias de meditación y contemplación, su relevancia contemporánea trasciende los confines de la espiritualidad, encontrando aplicaciones y resonancias profundas en la psicología moderna.

La evolución de la psicoterapia a lo largo de los años ha sido testigo de diversas corrientes, teorías y técnicas que buscan comprender y abordar las complejidades del ser humano. En este contexto, el concepto de mindfulness ha surgido como un enfoque innovador y transformador que ha reconfigurado la forma en que entendemos y practicamos la atención y el bienestar psicológico. La integración de mindfulness en la psicoterapia no es un mero acto de incorporación de técnicas, sino un testimonio del creciente reconocimiento de la interconexión entre mente, cuerpo y entorno.

En el panorama contemporáneo de la psicología, caracterizado por cambios rápidos, diversidad de enfoques y una creciente demanda de intervenciones efectivas, la integración de mindfulness en la psicoterapia emerge como un área de investigación y práctica de gran relevancia. La justificación de la relevancia de este estudio en el contexto actual se puede argumentar desde varias dimensiones clave:

1. Como respuesta a necesidades emergentes de salud mental: con el aumento de la prevalencia de trastornos relacionados con el estrés, la ansiedad y la depresión en la sociedad contemporánea, existe una necesidad imperativa de desarrollar y aplicar enfoques terapéuticos innovadores y efectivos. Mindfulness ofrece un enfoque prometedor que puede abordar estas necesidades, proporcionando herramientas para la regulación emocional y el manejo del estrés (Vásquez, 2016).

2. Ampliación del repertorio terapéutico: la diversidad de las experiencias humanas requiere un repertorio terapéutico igualmente diverso. La inclusión de mindfulness en la psicoterapia amplía las opciones disponibles para terapeutas y pacientes, permitiendo intervenciones más personalizadas y adaptadas a las necesidades individuales.
3. Contribución a la base empírica: a pesar del creciente interés en mindfulness, aún existen áreas de investigación que requieren exploración y clarificación. Estudios que investiguen la efectividad, mecanismos de acción y aplicaciones específicas de mindfulness en la psicoterapia contribuyen a fortalecer la base empírica de esta práctica, garantizando intervenciones basadas en evidencia.
4. Fomento del bienestar integral: en un mundo donde el bienestar integral es cada vez más reconocido como una prioridad, la inclusión de prácticas como mindfulness en la psicoterapia refuerza un enfoque holístico de la salud mental. Esta perspectiva integral considera no solo la reducción de síntomas o la resolución de problemas específicos, sino también el cultivo de la autocompasión, la resiliencia y satisfacción con la vida (Álvarez, 2017).

Se puede decir que la investigación y las diferentes aplicaciones de mindfulness en la psicoterapia responden a las demandas y desafíos actuales en el campo de la psicología. Su importancia se fundamenta en su potencial para ofrecer enfoques terapéuticos innovadores, centrados en el individuo y fundamentados en la integración de tradiciones y prácticas diversas, contribuyendo así a un campo de psicología más diverso, inclusivo, efectivo e integral.

Al reflexionar sobre las potencialidades en esta interacción entre mindfulness y psicoterapia, nos embarcamos en un viaje que nos invita a cuestionar, explorar y, finalmente, apreciar la profundidad y amplitud de la experiencia humana, y cómo herramientas

ancestrales y contemporáneas pueden converger para iluminar el camino hacia el bienestar integral.

Definición y orígenes de mindfulness

El concepto "Mindfulness", en su esencia, se define como la práctica consciente de dirigir la atención de manera intencional hacia el presente, sin emitir juicios sobre los pensamientos, emociones o sensaciones que puedan surgir en ese momento (Kabat-Zinn, 1994). Las raíces históricas de este enfoque están profundamente arraigadas en las antiguas tradiciones budistas. En el contexto original de las enseñanzas budistas, el término "sati", en Pali, encapsulaba la esencia de mindfulness, subrayando la necesidad de recordar la atención y conciencia plenas en la experiencia presente, es decir, constantemente estar volviendo al aquí y ahora (Horrillo et al., 2020).

Mindfulness más allá de la meditación

El concepto de mindfulness, aunque a menudo asociado primariamente con prácticas meditativas, abarca una filosofía y una forma de vida que va más allá de simples técnicas de atención. Su esencia radica en una profunda conexión con el presente, en la capacidad de vivir cada instante con una conciencia aguda y sin filtros, y en la habilidad de observar los pensamientos, emociones y sensaciones sin apegos ni aversiones. Se trata de una actitud, una forma de estar en el mundo que se infiltra en cada aspecto de la vida diaria. Es la capacidad de saborear cada bocado de comida, de escuchar genuinamente a alguien sin planificar la respuesta, o de caminar con

conciencia plena, sintiendo cada paso y cada respiración.

Mindfulness trasciende su manifestación como técnicas meditativas para erigirse como una filosofía de vida que prioriza la conciencia, la aceptación y la presencia plena en cada momento y situación cotidiana. Esta perspectiva holística no solo orienta la forma en que nos relacionamos con nosotros mismos y con el mundo que nos rodea, sino que también conlleva beneficios palpables para la salud mental. Investigaciones, como las de Carruthers y Colleen (2011), han demostrado que la práctica de mindfulness puede ser una herramienta efectiva para mitigar el estrés, potenciar una autorregulación sana y cultivar un sentido general de vida de forma comprometida.

Integración de Mindfulness en Psicoterapia

La integración de mindfulness en el ámbito de la psicoterapia no es meramente una adición a las técnicas existentes, sino que representa una profunda reorientación hacia los fundamentos terapéuticos centrados en la experiencia interna del individuo (Segal et al., 2002). Esta perspectiva, respaldada por la investigación, postula que, al fomentar una mayor conciencia y comprensión de los procesos mentales y emocionales, se establece un terreno propicio para la transformación personal y el crecimiento intrapsíquico.

La integración de mindfulness en el contexto psicoterapéutico conlleva una serie de beneficios significativos que enriquecen el proceso terapéutico. Al adoptar una perspectiva de mindfulness, los terapeutas pueden cultivar un enfoque más centrado en el paciente, priorizando su experiencia

subjetiva y adaptando las intervenciones terapéuticas a sus necesidades individuales. Además, se ha observado que la práctica regular de mindfulness puede actuar como un factor protector, facilitando la prevención de recaídas en condiciones como adicciones y abstinencia (Witkiewitz, Marshall & Walker, 2005; Grant et al., 2017), depresión (Piet & Hoigaard, 2011) y potenciando la resiliencia psicológica (Kurilova, 2013; Pidgeon & Keye, 2014) y la autocompasión (Sünbül & Güneri, 2019) permitiendo a los individuos enfrentar desafíos con mayor adaptabilidad y fortaleza emocional.

Por un lado, el campo de la psicoterapia ha experimentado una transformación significativa con la integración de mindfulness. Esta fusión no solo enriquece las técnicas terapéuticas disponibles, sino que también redefine la relación entre el terapeuta y el paciente, ofreciendo un enfoque más holístico y centrado en el individuo.

Por otro lado, en la práctica clínica contemporánea, se observa una creciente adopción de técnicas y enfoques terapéuticos que incorporan activamente los principios de mindfulness. Los ejemplos entregados por Álvarez (2017) más conocidos incluyen la terapia de reducción del estrés basada en mindfulness (MBSR: Kabat-Zinn, 2003); la terapia cognitiva basada en mindfulness (MBCT: Segal, Williams, Teasdale, 2002), diseñada específicamente para prevenir recaídas en depresión; la terapia de aceptación y compromiso (ACT: Hayes, Strosahl y Wilson, 1999) que utiliza mindfulness como una herramienta central para promover la flexibilidad psicológica y la adaptación a las circunstancias vitales; y la terapia conductual dialéctica (DBT: Linehan, 1993; García, 2006), utilizada en el tratamiento del trastorno límite

de personalidad. Estas terapias emergen como testimonio de la versatilidad y eficacia de mindfulness como un recurso terapéutico innovador y prometedor.

Al incorporar mindfulness en la psicoterapia, los terapeutas no solo enseñan técnicas, sino que también guían a los pacientes hacia una profunda exploración de su mundo interno. Tal como plantea Kabat (1990), a través de ejercicios de atención plena, los individuos aprenden a observar sus pensamientos y emociones sin juzgar, permitiéndoles ganar perspectiva sobre sus patrones de pensamiento y comportamiento.

Beneficios Psicológicos y Médicos

Una de las contribuciones más significativas de mindfulness a la psicoterapia es su capacidad para potenciar la autorregulación emocional. Varios estudios demuestran que los enfoques de atención plena pueden reducir eficazmente las reacciones emocionales negativas que resultan o exacerban las dificultades psiquiátricas y la exposición a factores estresantes (Perry et al., 2016). Al cultivar una conciencia consciente de las emociones y sensaciones corporales, los pacientes pueden aprender a responder de manera más adaptativa y menos reactiva a los desencadenantes emocionales. Esta habilidad es especialmente beneficiosa en el tratamiento de trastornos como la ansiedad, la depresión y el trauma, donde la regulación emocional es fundamental. Según los planteamientos de Perry et al., (2016) “la meditación ayuda a las personas a desplegar y regular eficazmente la atención para gestionar y tratar eficazmente una variedad de síntomas psicológicos y respuestas emocionales al estrés, la ansiedad y la depresión”.

Existen muchos estudios científicos que han evidenciado la eficacia del mindfulness en diferentes problemáticas de la población, como la reducción del estrés (Grossman et al., 2004; Khoury et al., 2015; Kriakous et al., 2021; Strohmaier, 2021), de la ansiedad (Khoury et al., 2015; Strohmaier, 2021; Zhou et al., 2020) y de la depresión (Khoury et al., 2015, Strohmaier, 2021; Reangsing et al., 2021). Así mismo existen estudios que respaldan su eficacia en trastornos de la conducta alimentaria (TCA; Sala et al., 2020; Beccia et al., 2018), adicciones (Black, 2014; McConnell & Froeliger, 2015), trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH; Cairncross & Miller, 2020; Xue et al., 2019; Zylowska et al., 2008), trastorno obsesivo-compulsivo (TOC; Külz et al., 2014; Chien et al., 2022), traumas (Taylor et al., 2020; Ortiz & Sibinga, 2017), trastorno de estrés postraumático (TEPT; Williston et al., 2021; Stephenson et al., 2017), mejorar memoria (de trabajo y episódica; Jha et al., 2019; Brown et al., 2016), trastorno de la personalidad límite (TLP; Salgó et al., 2021; Schmidt et al., 2021), duelo (Huang et al., 2021; Williams et al., 2021), mejora de la autoestima (Randal et al., 2015; Chandna et al., 2022), insomnio (Chen et al., 2020; Kim, 2021), etc.

A su vez, estos beneficios se pueden aplicar a una gran variedad de dificultades médicas para las cuales el mindfulness ha demostrado su utilidad, como el dolor crónico (Pei et al., 2021; Pardos-Gascón et al., 2021), hipertensión (Conversano et al., 2021; Ponte et al., 2019), trastornos gastrointestinales (Teh et al., 2021; Aucoin et al., 2014) fibromialgia (Pardos-Gascón et al., 2021; Lauche et al., 2013), cáncer (Shennan et al., 2011; Oberoi et al., 2020), esclerosis múltiple (EM; Senders et al., 2018; Han, 2022), tinnitus (Rademaker et al., 2019; Marks et al., 2020), enfermedades

cardiovasculares (Marino et al., 2021; Loucks et al., 2015), asma (López et al., 2021; Bailey et al., 2016), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC; Farver-Vestergaard et al., 2018; López et al., 2021), diabetes (Guo et al., 2019; Ngan et al., 2021; Ni et al., 2021), etc.

Aunque el mindfulness puede brindar beneficios significativos en diversos contextos, es esencial reconocer que existen situaciones específicas en las cuales su aplicación podría conllevar efectos adversos. Ejemplos de posibles efectos adversos incluyen experiencias de despersonalización o desrealización, alucinaciones, miedos persecutorios y, en casos más severos, la exacerbación de síntomas psicóticos (Lustyk et al., 2009). Además, algunas problemáticas, como el abuso de sustancias, pueden superar las limitaciones del mindfulness, siendo útil pero no suficiente como intervención única (Appel y Kim-Appel, 2009). Estos hallazgos resaltan la importancia de una evaluación cuidadosa y adaptación de las intervenciones de mindfulness según las necesidades individuales de cada paciente, así como la consideración de otras modalidades terapéuticas complementarias.

Implicaciones y desafíos en la integración de mindfulness

La integración de mindfulness en el ámbito de la psicoterapia ha generado un interés creciente y un reconocimiento de sus potenciales beneficios. Sin embargo, como con cualquier innovación en salud mental, también surgen desafíos y consideraciones críticas que deben ser abordadas para garantizar prácticas éticas y efectivas.

A pesar de los avances y reconocimientos, la integración de mindfulness en la psicoterapia no está exenta de desafíos. La adecuada formación de terapeutas, la adaptación cultural de las prácticas y la necesidad de más investigaciones empíricas son aspectos cruciales para considerar (Van Gordon et al., 2015). Optar por una formación acreditada es esencial al buscar programas de mindfulness. Se recomienda seleccionar formadores y cursos respaldados por organizaciones reconocidas en mindfulness o instituciones académicas respetadas. Además, una formación de calidad en mindfulness debe estar fundamentada en la evidencia científica, utilizando enfoques respaldados por investigaciones para garantizar su eficacia. La experiencia práctica del formador es otro criterio clave, ya que los instructores deben haber incorporado la atención plena en sus propias vidas antes de enseñar a otros (Dobkin et al., 2012). Asimismo, una formación de calidad enfatiza la ética, buscando programas que incluyan una sólida base ética y destaquen la importancia de la integridad y la responsabilidad. La supervisión y mentoría son componentes esenciales de un buen programa de formación, ofreciendo apoyo a los nuevos instructores en su desarrollo y comprensión de las complejidades de enseñar mindfulness y en el tipo de participantes.

Además, es esencial abordar la preocupación sobre la "comercialización" de mindfulness, garantizando su práctica y enseñanza con integridad y ética (Purser, 2019). Por ende, se deben evitar programas sin acreditación, ya que la falta de respaldo por parte de organizaciones reconocidas puede indicar una carencia de estándares de calidad. La falta de énfasis en la ética también es una señal de alarma, ya que puede dar lugar a prácticas irresponsables o inseguras. La

experiencia práctica del formador es otro aspecto crítico a considerar, ya que un instructor sin una sólida práctica personal de mindfulness podría carecer de la profundidad necesaria para enseñar de manera efectiva. Por último, la ausencia de supervisión y mentoría en un programa de formación puede dejar a los nuevos instructores sin el apoyo necesario para abordar las complejidades que puedan surgir durante la enseñanza de mindfulness.

Por un lado, en cuanto a prácticas éticas, se deben considerar aquellas que son la base de la formación de cualquier psicólogo. En base al Código de Ética profesional del Colegio de Psicólogos de Chile (1999), se deben considerar varios principios fundamentales. El consentimiento informado es crucial, asegurándose de obtener la aprobación informada de los participantes antes de comenzar cualquier práctica de mindfulness. Esto implica explicar claramente el propósito, beneficios y posibles desafíos asociados con la práctica. La confidencialidad es otro pilar, donde se debe respetar la privacidad de los participantes, manejando con cuidado la información compartida durante las sesiones de mindfulness. La personalización y adaptación al contexto también son esenciales, reconociendo la diversidad y adaptando las prácticas según sea necesario para que sean culturalmente sensibles y respetuosas de las diferencias individuales. Establecer límites claros en la relación terapeuta-paciente y realizar una evaluación continua de los beneficios y posibles efectos secundarios de la práctica.

Por otro lado, los malos manejos éticos deben evitarse cuidadosamente. La falta de consentimiento informado, al iniciar prácticas de mindfulness sin obtener la aprobación

informada de los participantes, puede llevar a experiencias no deseadas o incomodidad. La violación de la confidencialidad, al divulgar información personal sin el consentimiento, socava la confianza y la privacidad. La falta de adaptación cultural, al ignorar las diferencias culturales, puede alienar o hacer ineficaces las prácticas de mindfulness. La falta de límites claros en la relación terapeuta-paciente puede conducir a situaciones inapropiadas o malentendidos. Asimismo, la falta de evaluación continua, al no monitorear los efectos secundarios o la falta de beneficios, podría resultar en intervenciones ineficaces o incluso perjudiciales. Estos son algunos aspectos éticos fundamentales para garantizar la integridad y efectividad de la práctica de mindfulness en contextos terapéuticos.

En conclusión, la implementación de mindfulness en la psicoterapia también plantea desafíos y consideraciones críticas que requieren una atención cuidadosa. Uno de los desafíos más prominentes es asegurar que los terapeutas estén adecuadamente formados y competentes para integrar y guiar prácticas de mindfulness de manera efectiva (Shapiro et al., 2011). Además, es esencial abordar la adaptación cultural de las prácticas de mindfulness, garantizando su relevancia y aplicabilidad en diferentes contextos y poblaciones. Otro desafío en el cual concuerdan muchos de los autores citados es la promoción de investigación empírica continua para consolidar su eficacia y comprender mejor sus mecanismos subyacentes en el contexto terapéutico, así como la necesidad de estudios longitudinales que permitan explorar los efectos a largo plazo de la práctica mindfulness.

Análisis y discusión

Implicaciones positivas

La integración de mindfulness en la atención clínica refuerza de manera significativa un enfoque centrado en el paciente, colocando énfasis en la importancia de la experiencia subjetiva y reconociendo la singularidad de cada individuo. Al fomentar la atención plena y la conciencia en el momento presente, el mindfulness permite a los profesionales de la salud sintonizar de manera más precisa con las necesidades y perspectivas únicas de cada paciente. Este enfoque personalizado no solo mejora la calidad de la atención, sino que también puede fortalecer la relación terapéutica, creando un espacio colaborativo donde se co-diseñan estrategias y soluciones adaptadas a las circunstancias específicas de cada persona. En última instancia, la implicación positiva radica en la promoción de tratamientos más humanizados, contextualmente relevantes y, por ende, más efectivos en el cuidado de la salud.

La aplicación de terapias basadas en mindfulness, se destacan como herramientas eficaces en la prevención de recaídas, particularmente en trastornos como la depresión, o el incremento del bienestar subjetivo. Estudios han demostrado que la integración de mindfulness en enfoques terapéuticos no solo aborda los síntomas inmediatos, sino que también fortalece la resiliencia psicológica del individuo. Esta implicación positiva no solo alivia la carga de la enfermedad mental, sino que también inaugura un camino hacia la autonomía del paciente en su propio bienestar continuo.

El fomento de la resiliencia se destaca como una implicación positiva del mindfulness al

potenciar la autorregulación emocional y la conciencia del momento presente. Al cultivar una atención plena, se promueve una conexión más profunda con las propias experiencias emocionales, lo que permite a las personas abordar los desafíos con mayor adaptabilidad y flexibilidad. Esta mejora en la resiliencia no solo contribuye a una mayor capacidad de recuperación frente a las adversidades, sino que también proporciona a los individuos herramientas valiosas para afrontar el estrés diario con una mentalidad más equilibrada y positiva. En última instancia, el mindfulness emerge como un recurso poderoso para fortalecer la resiliencia psicológica y fomentar una mejor percepción de la calidad de vida.

Desafíos y consideraciones críticas

Uno de los hallazgos más destacados es la sinergia inherente entre mindfulness y psicoterapia. Ambos campos, aunque con orígenes y enfoques diferentes, convergen en su objetivo central de promover el bienestar psicológico y la autocomprensión. Esta resonancia sugiere que la inclusión de prácticas de mindfulness en psicoterapia no es simplemente una adición superficial, sino una integración que potencia y enriquece el proceso terapéutico. A medida que avanzamos en nuestra comprensión de la relación entre mindfulness y psicoterapia, es esencial mantener una perspectiva equilibrada y crítica. Si bien los beneficios son prometedores, es crucial abordar y mitigar los desafíos asociados, garantizando así que la integración de mindfulness en la psicoterapia se realice de manera efectiva y ética. Además, se identifican áreas para investigaciones futuras, incluida una exploración más profunda de los mecanismos subyacentes de mindfulness, su efectividad en diferentes poblaciones y

contextos, y estrategias para optimizar su integración en psicoterapia.

Parte de los desafíos es la formación y competencia del terapeuta, los cuales representan una consideración crítica y ética al incorporar mindfulness en la psicoterapia. La efectividad de esta práctica también depende de la habilidad del terapeuta para guiar al paciente de manera hábil a través de las técnicas y conceptos fundamentales del mindfulness. Una formación inadecuada o insuficiente podría conducir a la aplicación incorrecta de estas prácticas, resultando en intervenciones ineficaces o, en casos extremos, contraproducentes para el bienestar del paciente. La comprensión profunda de los principios subyacentes del mindfulness, así como la capacidad para adaptar estas prácticas a las necesidades individuales de cada paciente, son aspectos cruciales de la formación del terapeuta. Asegurar una capacitación rigurosa y continua se presenta como un imperativo para garantizar que el mindfulness se integre de manera ética y beneficie de manera significativa a los pacientes dentro del contexto terapéutico.

La comercialización y simplificación de mindfulness constituyen un desafío que suscita creciente preocupación. En algunos contextos contemporáneos, la esencia profunda del mindfulness puede perderse en la simplificación excesiva, reduciéndose a técnicas superficiales de relajación o atención sin la comprensión completa de sus fundamentos filosóficos y psicológicos. Esta trivialización no solo diluye la riqueza de mindfulness, sino que también puede conducir a expectativas poco realistas sobre sus beneficios. Preservar la integridad y profundidad de las prácticas de mindfulness es

esencial para garantizar que se apliquen de manera auténtica y que los individuos comprendan la riqueza de esta disciplina. Profesionales y educadores deben abordar esta preocupación promoviendo una comprensión holística de mindfulness y resistiendo la tendencia a presentarlo como una solución rápida o una moda pasajera, reconociendo su potencial transformador cuando se aborda con respeto y compromiso genuino.

La práctica de mindfulness en el contexto terapéutico puede ser intensa, tanto emocional como personalmente, tanto para el paciente como para el terapeuta. La inmersión en las experiencias emocionales de los pacientes durante las sesiones de mindfulness puede afectar la salud mental del terapeuta si no se abordan adecuadamente los desafíos asociados. Es crucial que los profesionales adopten sólidas prácticas de autocuidado y establezcan límites claros para salvaguardar su bienestar y, por ende, la calidad de la terapia proporcionada. El mantenimiento de una sólida ética profesional implica la reflexión continua sobre las propias experiencias y la búsqueda de apoyo o supervisión cuando sea necesario. Este compromiso con el autocuidado no solo fortalece la resiliencia del terapeuta, sino que también garantiza un entorno terapéutico saludable y ético que promueve la seguridad y el bienestar tanto del terapeuta como del paciente.

La adaptación cultural surge como un desafío en la integración de mindfulness, ya que estas prácticas tienen sus raíces en tradiciones culturales específicas como el budismo. La aplicación de mindfulness de manera culturalmente sensible es esencial para asegurar que las intervenciones sean pertinentes y efectivas en diversos contextos y

con diversas poblaciones. Las diferencias culturales pueden influir en la percepción, aceptación y aplicación de las técnicas de mindfulness, y la falta de adaptación cultural puede llevar a malentendidos o resistencia por parte de los pacientes. Por lo tanto, los profesionales deben ser conscientes de las variaciones culturales, ajustar las prácticas según sea necesario y fomentar un diálogo abierto y respetuoso sobre la integración de mindfulness en contextos diversos. La adaptación cultural no solo garantiza la inclusividad, sino que también mejora la efectividad y la aceptación de estas prácticas en comunidades diversas.

La investigación y la evidencia empírica son esenciales en el campo del mindfulness, a pesar de la evidencia prometedora existente. Se reconoce la necesidad de un continuo escrutinio científico para profundizar en la comprensión de los mecanismos de acción de mindfulness, su efectividad en diversas poblaciones y su aplicación terapéutica específica. El crecimiento rápido de la popularidad de mindfulness ha generado una amplia gama de investigaciones, pero la comunidad científica reconoce la importancia de mantener un enfoque crítico y riguroso. Esto implica investigaciones que aborden preguntas específicas, como la duración y la dosificación óptimas de las intervenciones de mindfulness, la identificación de los grupos de población más beneficiados, aquellos que no se benefician y la evaluación de su eficacia a largo plazo. La investigación continua no solo fortalecerá la base de evidencia existente, sino que también guiará la evolución de mindfulness en el ámbito clínico y ofrecerá pautas más sólidas para su integración efectiva en la práctica terapéutica.

Mientras que la integración de mindfulness en psicoterapia ofrece un potencial transformador, también plantea desafíos significativos que requieren atención y reflexión cuidadosa. Al abordar estos desafíos de manera proactiva, podemos trabajar hacia una integración más informada, ética y beneficiosa de mindfulness en el campo de la salud mental. La integración de mindfulness en la psicoterapia representa una convergencia significativa en el campo de la salud mental. A través de una discusión informada y reflexiva, podemos avanzar hacia prácticas terapéuticas más integradoras, centradas en el individuo y fundamentadas en la evidencia, ofreciendo así un camino hacia el bienestar integral y la autocomprensión.

Conclusiones

En la sociedad contemporánea, saturada de estímulos y distracciones, el llamado a practicar mindfulness resuena con particular urgencia. En un mundo donde la atención se fragmenta constantemente y la desconexión parece prevalecer, el mindfulness emerge como un antídoto, recordándonos la belleza y la riqueza que se encuentra en el momento presente.

El diálogo entre mindfulness y psicoterapia representa una prometedora convergencia en el panorama psicológico contemporáneo. A medida que continuamos explorando y comprendiendo las múltiples facetas de la mente humana, el mindfulness emerge no solo como una práctica, sino como una filosofía que invita a una relación más consciente y compasiva con uno mismo y con el mundo en el presente. Representa una convergencia poderosa que promete transformar la forma en que entendemos y abordamos el bienestar psicológico. Sin embargo, esta promesa viene

acompañada de una serie de responsabilidades y desafíos intrínsecos que demandan una reflexión cuidadosa y una acción informada.

Es innegable que la integración de mindfulness en la psicoterapia ha enriquecido el panorama terapéutico, ofreciendo herramientas y enfoques que resuenan profundamente con la experiencia humana contemporánea. Desde potenciar la autocomprensión hasta fortalecer la resiliencia, los beneficios son vastos y multifacéticos.

No obstante, este viaje no está exento de obstáculos. Desde garantizar una formación terapéutica adecuada hasta abordar preocupaciones sobre la comercialización y adaptación cultural, es esencial mantener una perspectiva crítica y ética. La integridad de las prácticas de mindfulness y su aplicación en contextos terapéuticos requiere una dedicación continua a la formación, investigación y reflexión.

En última instancia, mientras nos adentramos en esta nueva era de la psicoterapia, donde mindfulness y terapia convergen, es imperativo recordar la esencia misma de nuestra vocación: la búsqueda constante de comprensión, curación y conexión. Al hacerlo, no solo honramos las tradiciones y prácticas que han dado forma a este campo, sino que también abrazamos la innovación y el potencial transformador que mindfulness ofrece.

Referencias

- Álvarez, J. (2017).** *Mindfulness en estudiantes universitarios y su relación con estrés, ansiedad, depresión, resiliencia y satisfacción con la vida.* [Tesis de doctorado]. mae Universidad de Huelva. <https://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/14785/mindfulness.pdf?sequence=2>
- Appel, J., & Kim-Appel, D. (2009).** *Mindfulness: Implications for substance abuse and addiction.* *International Journal of Mental Health and Addiction*, 7, 506-512.
- Aucoin, M., Lalonde-Parsi, M. J., & Cooley, K. (2014).** Mindfulness-based therapies in the treatment of functional gastrointestinal disorders: a meta-analysis. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2014.
- Bailey, N. W., Bridgman, T. K., Marx, W., & Fitzgerald, P. B. (2016).** Asthma and mindfulness: an increase in mindfulness as the mechanism of action behind breathing retraining techniques?. *Mindfulness*, 7, 1249-1255.
- Beccia, A. L., Dunlap, C., Hanes, D. A., Courneene, B. J., & Zwickey, H. L. (2018).** Mindfulness-based eating disorder prevention programs: A systematic review and meta-analysis. *Mental Health & Prevention*, 9, 1-12.
- Black, D. S. (2014).** Mindfulness-based interventions: An antidote to suffering in the context of substance use, misuse, and addiction. *Substance use & misuse*, 49(5), 487-491.
- Brown, K. W., Goodman, R. J., Ryan, R. M., & Anālayo, B. (2016).** Mindfulness enhances episodic memory performance: Evidence from a multimethod investigation. *PloS one*, 11(4), e0153309.
- Cairncross, M., & Miller, C. J. (2020).** The Effectiveness of Mindfulness-Based Therapies for ADHD: A Meta-Analytic Review. *Journal of Attention Disorders*, 24(5), 627-643*. <https://doi.org/10.1177/1087054715625301>

- Carruthers, C., & Hood, C. D. (2011).** Mindfulness and wellbeing. *Therapeutic Recreation Journal*, 3, 171-189.
- Chandna, S., Sharma, P., & Moosath, H. (2022).** The mindful self: exploring mindfulness in relation with self-esteem and self-efficacy in Indian population. *Psychological Studies*, 67(2), 261-272.
- Chen, T. L., Chang, S. C., Hsieh, H. F., Huang, C. Y., Chuang, J. H., & Wang, H. H. (2020).** Effects of mindfulness-based stress reduction on sleep quality and mental health for insomnia patients: a meta-analysis. *Journal of psychosomatic research*, 135, 110144.
- Chien, W. T., Tse, M. K., Chan, H. Y., Cheng, H. Y., & Chen, L. (2022).** Is mindfulness-based intervention an effective treatment for people with obsessive-compulsive disorder? A systematic review and meta-analysis. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 32, 100712.
- Colegio de Psicólogos de Chile. (1999).** *Código de ética profesional*.
- Conversano, C., Orru, G., Pozza, A., Miccoli, M., Ciacchini, R., Marchi, L., & Gemignani, A. (2021).** Is mindfulness-based stress reduction effective for people with hypertension? A systematic review and meta-analysis of 30 years of evidence. *International journal of environmental research and public health*, 18(6), 2882.
- Farver-Vestergaard, I., O'Toole, M. S., O'Connor, M., Løkke, A., Bendstrup, E., Basdeo, S. A., Cox, D. J., Dunne, P. J., Ruggeri, K., Early, F., & Zachariae, R. (2018).** Mindfulness-based cognitive therapy in COPD: a cluster randomised controlled trial. *The European respiratory journal*, 51(2), 1702082. <https://doi.org/10.1183/13993003.02082-2017>
- García, A. (2006).** Mindfulness en la terapia dialéctico-comportamental. *Revista de psicoterapia*, 17(66-67), 121-132.
- Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S., & Walach, H. (2004).** Mindfulness-based stress reduction and health benefits: A meta-analysis. *Journal of psychosomatic research*, 57(1), 35-43.
- Guo, J., Wang, H., Luo, J., Guo, Y., Xie, Y., Lei, B., ... & Whittemore, R. (2019).** Factors influencing the effect of mindfulness-based interventions on diabetes distress: a meta-analysis. *BMJ Open Diabetes Research & Care*, 7(1).
- Han, A. (2022).** Effects of mindfulness-and acceptance-based interventions on quality of life, coping, cognition, and mindfulness of people with multiple sclerosis: a systematic review and meta-analysis. *Psychology, health & medicine*, 27(7), 1514-1531.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D. y Wilson, K. G. (1999).** *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. Guilford Press.
- Horrillo-Álvarez, Bárbara, Marín-Martín, Carolina, & Abuín, Manuel R. (2019).** La adherencia al entrenamiento en meditación mindfulness con registro en papel y en aplicación móvil. *Clínica y Salud*, 30(2), 99-108. <https://dx.doi.org/10.5093/clysa2019a15>
- Huang, F. Y., Hsu, A. L., Chao, Y. P., Shang, C. M. H., Tsai, J. S., & Wu, C. W. (2021).** Mindfulness-based cognitive therapy on bereavement grief: Alterations of resting-state network connectivity associate with changes of anxiety and mindfulness. *Human brain mapping*, 42(2), 510-520.
- Jha, A. P., Denkova, E., Zanesco, A. P., Witkin, J. E., Rooks, J., & Rogers, S. L. (2019).** Does mindfulness training help working memory 'work' better?. *Current opinion in psychology*, 28, 273-278.
- Kabat-Zinn, J. (1990).** *Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of Your Body and Mind to Face Stress, Pain, and Illness*. Delacorte Press.
- Kabat-Zinn, J. (1994).** *Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life*. Hyperion.
- Kabat-Zinn, J. (2003).** Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 144-156.
- Khoury, B., Sharma, M., Rush, S. E., & Fournier, C. (2015).** Mindfulness-based stress reduction for healthy individuals: A meta-analysis.

- Journal of psychosomatic research*, 78(6), 519-528.
- Kim, H. G. (2021).** Effects and mechanisms of a mindfulness-based intervention on insomnia. *Yeungnam University Journal of Medicine*, 38(4), 282-288.
- Kriakous, S. A., Elliott, K. A., Lamers, C., & Owen, R. (2021).** The effectiveness of mindfulness-based stress reduction on the psychological functioning of healthcare professionals: A systematic review. *Mindfulness*, 12, 1-28.
- Külz, A. K., Landmann, S., Cludius, B., Hottenrott, B., Rose, N., Heidenreich, T., ... & Moritz, S. (2014).** Mindfulness-based cognitive therapy in obsessive-compulsive disorder: protocol of a randomized controlled trial. *BMC psychiatry*, 14(1), 1-9.
- Kurilova, J. (2013).** *Exploration of resilience in relation to mindfulness, self-compassion and attachment styles* [Tesis de maestría]. University of Calgary Applied Psychology Division.
- Lauche, R., Cramer, H., Dobos, G., Langhorst, J., & Schmidt, S. (2013).** A systematic review and meta-analysis of mindfulness-based stress reduction for the fibromyalgia syndrome. *Journal of psychosomatic research*, 75(6), 500-510.
- Linehan, M. (1993).** *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Press.
- López-Lois, B., González-Barcala, F. J., & Facal, D. (2021).** Application of mindfulness techniques in patients with asthma or COPD. *Journal of Asthma*, 58(9), 1237-1246.
- Loucks, E. B., Schuman-Olivier, Z., Britton, W. B., Fresco, D. M., Desbordes, G., Brewer, J. A., & Fulwiler, C. (2015).** Mindfulness and cardiovascular disease risk: state of the evidence, plausible mechanisms, and theoretical framework. *Current cardiology reports*, 17, 1-11.
- Lustyk, M. K., Chawla, N., Nolan, R. S., & Marlatt, G. A. (2009).** Mindfulness meditation research: issues of participant screening, safety procedures, and researcher training. *Advances in mind-body medicine*, 24(1), 20-30.
- Marino, F., Failla, C., Carrozza, C., Ciminata, M., Chilà, P., Minutoli, R., ... & Pioggia, G. (2021).** Mindfulness-based interventions for physical and psychological wellbeing in cardiovascular diseases: A systematic review and meta-analysis. *Brain Sciences*, 11(6), 727.
- Marks, E., Smith, P., & McKenna, L. (2020).** I wasn't at war with the noise: how mindfulness based cognitive therapy changes patients' experiences of tinnitus. *Frontiers in Psychology*, 483.
- Ngan, H. Y., Chong, Y. Y., & Chien, W. T. (2021).** Effects of mindfulness-and acceptance-based interventions on diabetes distress and glycaemic level in people with type 2 diabetes: Systematic review and meta-analysis. *Diabetic Medicine*, 38(4), e14525.
- Ni, Y. X., Ma, L., & Li, J. P. (2021).** Effects of mindfulness-based intervention on glycemic control and psychological outcomes in people with diabetes: A systematic review and meta-analysis. *Journal of diabetes investigation*, 12(6), 1092-1103.
- Oberoi, S., Yang, J., Woodgate, R. L., Niraula, S., Banerji, S., Israels, S. J., ... & Zarychanski, R. (2020).** Association of mindfulness-based interventions with anxiety severity in adults with cancer: a systematic review and meta-analysis. *JAMA network open*, 3(8), e2012598-e2012598.
- Ortiz, R., & Sibinga, E. M. (2017).** The role of mindfulness in reducing the adverse effects of childhood stress and trauma. *Children*, 4(3), 16.
- Pardos-Gascón, E. M., Narambuena, L., Leal-Costa, C., & Van-der Hofstadt-Román, C. J. (2021).** Differential efficacy between cognitive-behavioral therapy and mindfulness-based therapies for chronic pain: Systematic review. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 21(1), 100197.
- Pei, J. H., Ma, T., Nan, R. L., Chen, H. X., Zhang, Y. B., Gou, L., & Dou, X. M. (2021).** Mindfulness-based cognitive therapy for treating chronic pain a systematic review and meta-analysis.

- Psychology, Health & Medicine*, 26(3), 333-346.
- Perry-Parrish, C., Copeland-Linder, N., Webb, L., Shields, A. H., & Sibinga, E. M. (2016).** Improving self-regulation in adolescents: current evidence for the role of mindfulness-based cognitive therapy. *Adolescent health, medicine and therapeutics*, 101-108.
- Pidgeon, M. A., & Keye, M. (2014).** Relationship between resilience, mindfulness and psychological well-being in university students. *International Journal of Liberal Arts and Social Science*, 2(5), 27-32.
- Piet, J., & Hougaard, E. (2011).** The effect of mindfulness-based cognitive therapy for prevention of relapse in recurrent major depressive disorder: a systematic review and meta-analysis. *Clinical psychology review*, 31(6), 1032-1040.
- Ponte Márquez, P. H., Feliu-Soler, A., Solé-Villa, M. J., Matas-Pericas, L., Filella-Agullo, D., Ruiz-Herrerias, M., ... & Arroyo-Díaz, J. A. (2019).** Benefits of mindfulness meditation in reducing blood pressure and stress in patients with arterial hypertension. *Journal of human hypertension*, 33(3), 237-247.
- Purser, R. E. (2019).** *McMindfulness: How mindfulness became the new capitalist spirituality*. Repeater Books.
- Rademaker, M. M., Stegeman, I., Ho-Kang-You, K. E., Stokroos, R. J., & Smit, A. L. (2019).** The effect of Mindfulness-Based interventions on tinnitus distress. A systematic review. *Frontiers in neurology*, 10, 1135.
- Randal, C., Pratt, D., & Bucci, S. (2015).** Mindfulness and self-esteem: a systematic review. *Mindfulness*, 6, 1366-1378.
- Reangsing, C., Rittiwong, T., & Schneider, J. K. (2021).** Effects of mindfulness meditation interventions on depression in older adults: A meta-analysis. *Aging & Mental Health*, 25(7), 1181-1190.
- Sala, M., Shankar Ram, S., Vanzhula, I. A., & Levinson, C. A. (2020).** Mindfulness and eating disorder psychopathology: A meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 53(6), 834-851.
- Salgó, E., Szilágyi, Á. K., Schmelowszky, Á., & Purebl, G. (2019).** The effects of mindfulness-based cognitive therapy for patients with chronic pain: A randomized controlled trial. *European Journal of Mental Health*, 14(1), 84-101.
- Schmidt Gómez, C. V., Soler Ribaudi, J., Carmona Farrés, C., Elices Armand-Ugon, M., Domínguez Clavé, E., Vega Moreno, D., & Pascual Mateos, J. C. (2021).** Mindfulness in borderline personality disorder: Decentering mediates the effectiveness. *Psicothema*.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002).** Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse. *Guilford Press*.
- Segal, Z. V., Teasdale, J. D., Williams, J. M., & Gemar, M. C. (2002).** The mindfulness-based cognitive therapy adherence scale: Inter-rater reliability, adherence to protocol and treatment distinctiveness. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 9(2), 131-138.
- Senders, A., Borgatti, A., Hanes, D., & Shinto, L. (2018).** Association between pain and mindfulness in multiple sclerosis: A cross-sectional survey. *International Journal of MS Care*, 20(1), 28-34.
- Shapiro, S. L., & Carlson, L. E. (2009).** *The art and science of mindfulness: Integrating mindfulness into psychology and the helping professions*. American Psychological Association.
- Shapiro, S. L., Brown, K. W., & Astin, J. (2011).** Toward the integration of meditation into higher education: A review of research evidence. *Teachers College Record*, 113(3), 493-528.
- Shennan, C., Payne, S., & Fenlon, D. (2011).** What is the evidence for the use of mindfulness-based interventions in cancer care? A review. *Psycho-oncology*, 20(7), 681-697.
- Stephenson, K. R., Simpson, T. L., Martinez, M. E., & Kearney, D. J. (2017).** Changes in mindfulness and posttraumatic stress disorder symptoms among veterans enrolled in

- mindfulness-based stress reduction. *Journal of Clinical Psychology*, 73(3), 201-217.
- Strohmaier, S., Jones, F. W., & Cane, J. E. (2021).** Effects of length of mindfulness practice on mindfulness, depression, anxiety, and stress: A randomized controlled experiment. *Mindfulness*, 12, 198-214.
- Sünbül, Z. A., & Güneri, O. Y. (2019).** The relationship between mindfulness and resilience: The mediating role of self-compassion and emotion regulation in a sample of underprivileged Turkish adolescents. *Personality and Individual Differences*, 139, 337-342.
- Taylor, J., McLean, L., Korner, A., Stratton, E., & Glozier, N. (2020).** Mindfulness and yoga for psychological trauma: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Trauma & Dissociation*, 21(5), 536-573.
- Teh, K. K. J., Ng, Y. K., Doshi, K., Tay, S. W., Hao, Y., Ang, L. Y., ... & Wang, Y. T. (2021).** Mindfulness-based cognitive therapy in functional dyspepsia: A pilot randomized trial. *Journal of Gastroenterology and Hepatology*, 36(8), 2058-2066.
- Vásquez-Dextre, Edgar R. (2016).** Mindfulness: Conceptos generales, psicoterapia y aplicaciones clínicas. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 79(1), 42-51. Recuperado en 10 de enero de 2024, de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-85972016000100006&lng=es&tlng=es.
- Van Gordon, W., Shonin, E., Sumich, A., Sundin, E., & Griffiths, M. D. (2015).** Mindfulness in mental health: A critical reflection. *Journal of Psychology, Neuropsychiatric Disorders and Brain Stimulation*, 1(1), 9-18.
- Williams, H., Skalisky, J., Erickson, T. M., & Thoburn, J. (2021).** Posttraumatic growth in the context of grief: Testing the mindfulness-to-meaning theory. *Journal of Loss and Trauma*, 26(7), 611-623.
- Williston, S. K., Grossman, D., Mori, D. L., & Niles, B. L. (2021).** Mindfulness interventions in the treatment of posttraumatic stress disorder. *Professional Psychology: Research and Practice*, 52(1), 46.
- Witkiewitz, K., Marlatt, G. A., & Walker, D. (2005).** Mindfulness-based relapse prevention for alcohol and substance use disorders. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 19(3), 211-228.
- Witkiewitz, K., Bowen, S., Douglas, H., & Hsu, S. H. (2013).** Mindfulness-based relapse prevention for substance craving. *Addictive Behaviors*, 38(2), 1563-1571.
- Xue, J., Zhang, Y., & Huang, Y. (2019).** A meta-analytic investigation of the impact of mindfulness-based interventions on ADHD symptoms. *Medicine (Baltimore)*, 98(23), e15957–e15957. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000015957>
- Zhou, X., Guo, J., Lu, G., Chen, C., Xie, Z., Liu, J., & Zhang, C. (2020).** Effects of mindfulness-based stress reduction on anxiety symptoms in young people: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*, 289, 113002.
- Zylowska, L., Ackerman, D. L., Yang, M. H., Futrell, J. L., Horton, N. L., Hale, T. S., Pataki, C., & Smalley, S. L. (2008).** Mindfulness Meditation Training in Adults and Adolescents With ADHD: A Feasibility Study. *Journal of Attention Disorders*, 11(6), 737–746. <https://doi.org/10.1177/1087054707308502>

Distorsiones cognitivas y técnicas de afrontamiento como herramientas de post-diagnóstico e intervención en trastornos ansiosos

Tomas Baladrón Jaramillo*

Abstract

Anxiety disorders are among the most prevalent mental disorders in the population. In the diagnostic process, there are various diagnostic formats that provide a label and information linked to the origin of anxiety; however, there are lacking elements that allow for more detail to be attributed to the anxious manifestation itself. Cognitive distortions and coping techniques appear as elements that could add greater complexity to this issue. This study describes the various systematizations that have been made on cognitive distortions and coping techniques with an emphasis on how they could appear in the case of anxious disorders. The results of the inquiry show promise of cognitive distortions as post-diagnostic elements for choosing a better treatment modality but lack evidence through more robust methods to confirm this assertion.

Keywords: *Anxiety disorders, Cognitive distortions, coping techniques, psychotherapy.*

Resumen

Los trastornos ansiosos son uno de los trastornos mentales más prevalentes en la población. En el proceso diagnóstico existen diversos formatos de diagnóstico que proporcionan un rótulo e información vinculada al origen de la ansiedad, sin embargo faltan elementos que permitan otorgarle más detalle a la manifestación ansiosa en sí. Las distorsiones cognitivas y técnicas de afrontamiento aparecen como elementos que podrían dar mayor complejidad a esta problemática. El presente estudio describe las diversas sistemalizaciones que se han hecho sobre las distorsiones cognitivas y técnicas de afrontamiento dando énfasis en cómo podrían aparecer en el caso de los trastornos ansiosos. Los resultados de la indagación muestran promesa de las distorsiones como elementos post-diagnóstico para la elección de una mejor modalidad de tratamiento, pero falta evidencia, a través de métodos más robustos que confirmen dicha aseveración.

Palabras clave: *Trastornos ansiosos, distorsiones cognitivas, técnicas de afrontamiento, psicoterapia.*

INTRODUCCIÓN

En psicología clínica y psiquiatría una de las etapas iniciales del tratamiento de trastornos mentales es la fase diagnóstica donde se establece qué elementos describen mejor el caso presente. Existen diversos métodos de cómo hacer el diagnóstico dependiendo de las afiliaciones teóricas del terapeuta. Desde una perspectiva más biomédica aparecen los manuales DSM-V-TR, CIE-11, y los modelos HiTOP y RDoC (APA, 2014; WHO, 2022; Kotov et. al., 2017; Kozac y Cuthbert, 2016). Todos ellos comparten la comunalidad de querer

establecer formas científicas y cuantificables de salud mental que permitan un lenguaje común en el ámbito clínico y científico. Desde la perspectiva más psicológica aparecen manuales afiliados a las perspectivas psicoanalíticas y psicodinámicas PDM-2 y OPD-2 (Lingiardi y McWilliams, 2017; OPD Task Force, 2008). Todos los manuales presentes buscan comprender el padecer del paciente para encontrar la mejor alternativa diagnóstica y tener una imagen lo más completa posible. En los últimos años de investigación diversos teóricos han cuestionado el uso de dichos sistemas estructurados (Kim y Park, 2019; Hengartner y Lehmann, 2017; Pickersgill, 2014; Andersson y Ghaderi, 2006) ya que se vuelve inevitable el llegar a un punto de reducir al paciente para hacerlo calzar con ciertas categorías posibles. La defensa de los manuales (Schneider et. al., 2022; Cuthbert, 2022; Stein

* Ps. Pontificia Universidad Católica de Chile.

fbaladron@uc.cl

AcPI, vol. XVI, 92-115

et. al., 2021) plantea la utilidad de brindar categorías que unifiquen el quehacer del clínico y la investigación ya que sin ellas sería difícil establecer la validez de tratamientos. Uno de los tipos de trastorno donde esta disyuntiva es visible es en los trastornos ansiosos, ya que, por un lado, existen momentos donde se vuelve difícil reducir a una categoría ansiosa a un caso particular por la ambigüedad o amplitud de las categorías creadas. Por otro lado, existe un beneficio para el clínico y el paciente al ponerle nombre a ciertos tipos de miedos desproporcionados o formatos de ansiedad ya que su tratamiento difiere. Por ej. Una fobia localizada podría beneficiarse de una terapia de exposición, versus una fobia social donde además de la exposición aparece un importante foco en la dimensión interpersonal del funcionamiento de ese paciente (APA, 2014). En este contexto, el presente artículo busca aportar a la profundidad diagnóstica con un análisis de una herramienta que típicamente se plantea a nivel de tratamiento: las distorsiones cognitivas y técnicas de afrontamiento. Estos elementos, al utilizarlos a nivel de pos-diagnóstico, podrían entregar una riqueza que aportaría a identificar una modalidad de tratamiento con un mayor nivel de efectividad.

Ansiedad y trastornos ansiosos

La ansiedad es una respuesta neurobiológica normal generada ante la incertidumbre y la adaptación a demandas del ambiente externo. Por esto está vinculada a las zonas cerebrales encargadas de tramitar las emociones y ejecutar acciones basadas en esas emociones: amígdala, hipocampo, tálamo e hipotálamo (Kenwood et. al., 2022). Las respuestas esperadas van a variar dependiendo de las necesidades de una situación y el nivel de corporalidad vinculada a resolver la sensación ansiosa. Por ej. Van a ser distintas las manifestaciones corporales para resolver la

incertidumbre de una situación como “me persigue un oso” y “tengo una prueba al día siguiente”.

La ansiedad incluye diversos aspectos. En lo neurobiológico implica alteraciones en las vías de adrenalina y noradrenalina cuando es a corto plazo, y vías de cortisol al volverse una sensación crónica. En lo corporal aparecen síntomas como: palpitaciones, golpeteo del corazón o aceleración de la frecuencia cardíaca, sudoración, temblor o sacudidas, sensación de dificultad para respirar o de asfixia, sensación de ahogo, dolor o molestias en el tórax, náuseas o malestar abdominal, sensación de mareo, inestabilidad, aturdimiento o desmayo, escalofríos o sensación de calor, parestesias (APA, 2014) . Por último, en lo cognitivo incluyen distorsiones cognitivas diversas, pensamientos compulsivos sobre el futuro y pensamientos de cuestionamiento a la propia capacidad de resolver, entre otros (Craske y Stein, 2016).

Los trastornos de ansiedad aparecen cuando sentimos una ansiedad desproporcionada que nos lleva a tener un miedo irracional hacia una situación, objeto o persona. La desproporción puede ser en términos de cuánto nos dura la sensación ansiosa posterior a un evento incierto, donde se establece un tiempo crítico de aproximadamente 6 meses, o puede ser en términos de la intensidad de la sensación ante situaciones que no debieran generar ese nivel de intensidad (WHO, 2022). Dependiendo del tipo de situación que hace aparecer la ansiedad desproporcionada típicamente se describen, a nivel diagnóstico, las siguientes categorías de trastorno: trastorno de ansiedad generalizado, trastorno de ansiedad social, agorafobia, trastorno de pánico, fobia específica. Considerando las características de la ansiedad como trastorno los últimos estudios han planteado un rol importante de la corteza prefrontal (CPF) en el proceso de generación

del trastorno. Principalmente esto se debe a que la CPF se dedica al control y regulación de los procesos de pensamiento, reflexión y juicio, así como la resolución de conflictos. Alteraciones en CPF podrían implicar dificultades en estas áreas que alimentarán el proceso ansioso al aumentar la sensación de incertidumbre y crear un loop de retroalimentación positiva ansiosa (Kenwood et. al., 2022).

A pesar de los efectos comunes de los trastornos ansiosos la experiencia y teoría clínica muestra la necesidad de crear modelos que expliquen la ansiedad que difieren de la denominación de manual, en específico modelos que incluyan qué sucede a nivel de pensamiento, emoción y corporalidad, cómo se genera la ansiedad y qué factores mantienen, aumentan o modifican la experiencia ansiosa. Por esto, faltan elementos que describan más allá de qué es lo que me genera la sensación ansiosa para guiar el tratamiento. En este trabajo se ahondará en mecanismos cognitivos que permitan hacer esto.

El diagnóstico y sus limitaciones

El proceso diagnóstico es vital para la práctica clínica. Este procedimiento tiene que ver con conocer la dificultad del paciente con el suficiente detalle como para poder establecer una forma de tratarlo. En algunos casos esto incluye el descubrimiento de un rótulo diagnóstico que describa de mejor manera lo que le sucede a dicho paciente (APA,2014; WHO, 2022). Otros sistemas se basan en un formato más descriptivo de la situación, sin rótulo a la situación, pero sí a algunos procesos que están ocurriendo (Lingiardi y McWilliams, 2017; OPD Task Force, 2008).

En el primer caso tenemos las categorías diagnósticas de manuales como CIE-11 y DSM-V-TR (APA,2014; WHO, 2022). Ambos manuales

basan el rótulo de la ansiedad en aquello que gatilla la experiencia ansiosa. La tabla 1 resume los tipos y rasgos principales de cada modalidad ansiosa. La gran limitante de esta modalidad diagnóstica es la necesidad de hacer una reducción generalizante para hacer calzar la situación subjetiva particular del paciente con una categoría diagnóstica cuando podrían existir situaciones lo suficientemente distintas como para requerir de un abordaje distinto.

Tabla 1. Resumen de los trastornos ansiosos DSM-V.

Trastorno Ansioso	Características Generales
Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG)	Preocupación y ansiedad excesivas en diversos aspectos de la vida, dificultad para controlar la preocupación, síntomas físicos como tensión muscular y dificultad para concentrarse.
Trastorno de Pánico	Crisis de pánico repentinas y recurrentes, acompañadas de síntomas físicos intensos como palpitaciones, sudoración y sensación de muerte inminente.
Trastorno de Ansiedad Social	Miedo intenso a situaciones sociales o de actuación en público, temor al juicio de los demás, evitación de situaciones sociales y síntomas físicos de ansiedad.
Fobia Específica	Miedo intenso y desproporcionado a un objeto o situación específica, evitación de la fobia y síntomas de ansiedad cuando se enfrenta a ella.
Trastorno de Ansiedad por Separación	Ansiedad excesiva relacionada con la separación de figuras de apego, miedo a perder a seres queridos, pesadillas y síntomas físicos ante la separación.
Agorafobia	Miedo a situaciones o lugares donde escapar podría ser difícil o embarazoso, evitación de espacios abiertos o públicos, y síntomas de ansiedad.

En el segundo caso tenemos manuales como OPD que se basa en un análisis axial con 5 dimensiones principales: la experiencia de la enfermedad, relaciones, conflicto, estructura y diagnóstico nosológico. Esta forma diagnóstica incluye dimensiones adicionales a un rótulo que permite, con el análisis, obtener una imagen más detallada de la situación del paciente. La gran dificultad de modelos de esta naturaleza es que requieren de preparación y carecen de simpleza que podría implicar una dificultad de comunicación entre profesionales. El diagnóstico nosológico permite, con menos preparación, una mejor forma de comunicación entre profesionales de las diversas áreas. Adicionalmente por la historia de la ciencia médica y la psicología clínica los manuales nosológicos parecen haberse instalado como mecanismo principal.

Independientemente de la modalidad diagnóstica que se quiera utilizar la

problemática que vemos en este trabajo persiste. Esto es, que al diagnosticar ansiedad faltan elementos más específicos que nos digan no solo el origen (pensando en lo nosológico) o el contexto y situaciones que originaron la ansiedad (pensando en lo que agregan manuales como OPD), sino las características específicas de la manifestación ansiosa.

Distorsiones cognitivas

Las distorsiones cognitivas nacen desde la noción de esquema cognitivo. Beck (1967) define los esquemas como patrones estables que construimos a través del aprendizaje para darle regularidad y predictibilidad al ambiente. Las distorsiones se conceptualizan entonces como errores en el procesamiento de la información como consecuencia de la activación de un esquema cognitivo negativo (Özdemir y Kuru, 2023), es decir, la distorsión cognitiva nos impide ver la realidad de lo que se está percibiendo por el uso de un esquema con connotación negativa. Considerando la amplitud que podría implicar una distorsión cognitiva y las diferencias subjetivas en la forma de elaboración cognitiva en diferentes individuos han existido algunos esfuerzos por clasificarlas. En Hayes et al. (2020) crearon un algoritmo de inteligencia artificial que intentó realizar una clasificación de las distorsiones, encontrando algunos elementos en común. El presente artículo realizará una exploración a través de las diversas clasificaciones, sus definiciones y utilidad para el post-diagnóstico.

Técnicas de afrontamiento

Las técnicas de afrontamiento se definen como aquellos pensamientos y comportamientos que utilizamos para manejar situaciones estresantes o ansiógenas. Estas técnicas se pueden clasificar siguiendo diversos criterios. Fernández (1997) distingue 3 dimensiones de las técnicas de afrontamiento: (1) el tipo de método, que puede ser activo,

pasivo o evitativo, (2) el foco del método, que puede ser dirigido al problema, a la respuesta emocional o a modificar la interpretación a posteriori, (3) la actividad empleada, que puede ser cognitiva o conductual. Emad y Vikas (2023) profundizan el foco del método agregando otras categorías: (1) enfocada en el problema, (2) enfocada en la emoción, (3) enfocada en el sentido, y (4) apoyo social. Adicionalmente las técnicas de afrontamiento no necesariamente son terapéuticas o positivas para el individuo. Esto agrega una clasificación importante para el propósito del presente estudio que es: técnicas funcionales y disfuncionales. Por ej. El cuestionario COPE evalúa diversas técnicas de afrontamiento dentro de las cuales están incluidas técnicas funcionales como la aceptación, planificación y humor, y técnicas disfuncionales como el uso de sustancias, negación y retiro cognitivo o conductual (Demšar y Bakracevic, 2023).

El presente artículo tiene como objetivo explorar la utilidad de las distorsiones cognitivas y técnicas de afrontamiento como herramientas de post-diagnóstico en el tratamiento de trastornos ansiosos. Para esto se realizó una búsqueda sistemática con las palabras clave: distorsiones cognitivas, técnicas de afrontamiento, ansiedad, terapia, trastornos ansiosos. Como base de la investigación se consideró textos clásicos de la terapia cognitiva conductual como: Beck (1967; 1972; 1975; Beck et.al., 1979), y textos de investigación en el área clínica de los últimos 5 años que hayan utilizado directamente la distorsión cognitiva y/o las técnicas de afrontamiento o hayan utilizado, validado o creado un instrumento de medición de las distorsiones cognitivas y/o técnicas de afrontamiento (Tasnim y Eishita, 2022; Özdemir y Kuru, 2023; Mercan et. al., 2023; Luchinkina et. al., 2019).

DISTORSIONES COGNITIVAS

En el marco de las distorsiones cognitivas y la revisión bibliográfica realizada se va a subdividir el fragmento del informe en 3: (1) distorsiones características de los propios trastornos ansiosos, (2) distorsiones clásicas creadas en la terapia cognitiva conductual que siguen siendo utilizadas, (3) distorsiones añadidas posterior a los textos clásicos.

1. Distorsiones características de los propios trastornos ansiosos

Las distorsiones que enmarcan los trastornos ansiosos son: visión catastrófica y razonamiento emocional. Esta sección del estudio explora estas distorsiones cognitivas, subrayando sus rasgos característicos y profundizando en su vínculo con los trastornos ansiosos. Esto se propone ya que todo trastorno ansioso, por definición, va a tener una emocionalidad desproporcionada al estímulo que la genera que como una de sus consecuencias va a tener una visión catastrófica del futuro y/o las propias habilidades que le va a dar su rasgo de generar alteraciones clínicamente significativas.

Visión Catastrófica

La visión catastrófica implica anticipar los peores resultados posibles en una situación, generando así ansiedad extrema (Özdemir y Kuru, 2023; Tasnim y Eishita, 2022). En este escenario, los individuos magnifican las consecuencias negativas, contribuyendo a la intensificación de la ansiedad (Petrini y Arendt-Nielsen, 2020). Por ejemplo, alguien con trastorno de ansiedad por salud podría interpretar un pequeño síntoma físico como un indicativo inevitable de una enfermedad grave, imaginando el peor escenario posible. Esta distorsión, al alimentar el miedo y la preocupación excesiva, puede tener un impacto significativo en la calidad de vida diaria y obstaculizar la toma de decisiones informada.

Razonamiento Emocional

El razonamiento emocional implica basar las creencias y decisiones en las emociones en lugar de en hechos y evidencias objetivas (Fruzzetti, 2022). En el contexto de la ansiedad, el razonamiento emocional puede contribuir a la toma de decisiones impulsivas y a la interpretación distorsionada de la realidad. Por ejemplo, una persona con trastorno de pánico podría evitar situaciones que no generan peligro real, pero que desencadenan emociones intensas de miedo. Esta distorsión, al privilegiar las emociones sobre la lógica, puede dificultar la implementación de estrategias de afrontamiento racionales y contribuir a mantener la ansiedad.

2. Distorsiones clásicas creadas en la terapia cognitiva conductual que siguen siendo utilizadas

Las obras clásicas de Aaron Beck han sido fundamentales para la comprensión y el tratamiento de los trastornos emocionales. A través de su serie de textos, Beck proporciona una perspectiva integral sobre la evaluación, manejo y tratamiento de los desafíos emocionales. En sus inicios establece los fundamentos teóricos y profundiza en las causas y enfoques terapéuticos, donde destaca la relevancia de las cogniciones disfuncionales en la manifestación de las dificultades emocionales (Beck, 1967; Beck, 1972). Luego Beck (1975) amplía la teoría cognitiva, abarcando diversos trastornos emocionales y presentando las distorsiones cognitivas como componentes centrales. La colaboración con Rush, Shaw y Emery (Beck et. al., 1979) consolida estos principios, ofreciendo estrategias específicas para abordar las distorsiones cognitivas. Esta sección del estudio explora estas distorsiones cognitivas, subrayando su relevancia clínica y su aplicación en la comprensión y tratamiento de las experiencias emocionales.

Abstracción selectiva

Las personas propensas a la abstracción selectiva tienden a enfocarse en detalles específicos de una situación, excluyendo otros elementos importantes (Adewoye y Du Plessis, 2021; Beck, 1975; Beck et. al., 1979). En el contexto de los trastornos ansiosos, esta distorsión es crucial porque puede llevar a una percepción distorsionada de las situaciones desencadenantes de ansiedad (Rehna et. al., 2020). Por ejemplo, un individuo con trastorno de ansiedad social podría obsesionarse con un único comentario crítico durante una interacción social, ignorando los aspectos positivos de la conversación. Esta focalización selectiva contribuye a una interpretación sesgada, generando ansiedad innecesaria y afectando negativamente su autoimagen.

Pensamiento Dicotómico

El pensamiento dicotómico, o la tendencia a ver las situaciones en términos extremos, desempeña un papel crucial en los trastornos ansiosos al influir en la interpretación de eventos cotidianos (Fruzzetti, 2022; Beck, 1975; Beck et. al., 1979). En este escenario, los pacientes tienden a percibir las circunstancias como totalmente buenas o malas, sin considerar matices intermedios. Esta simplificación extrema puede intensificar la ansiedad al hacer que cualquier error o situación negativa se perciba como su contraparte de exceso o catastrófica. Por ejemplo, una persona con trastorno de ansiedad generalizada podría considerar un pequeño error en el trabajo como un fracaso total, desencadenando un aumento significativo en la ansiedad y contribuyendo a la autocrítica constante y el debilitamiento de la autoimagen que mantendría la lógica ansiosa.

Inferencia Arbitraria

La inferencia arbitraria, que implica llegar a conclusiones sin suficiente evidencia, es una distorsión cognitiva relevante en los trastornos ansiosos (Tasnim y Eishita, 2022; Beck, 1975;

Beck et. al., 1979). Esta tendencia puede potenciar la ansiedad al generar interpretaciones negativas sin un fundamento realista. Por ejemplo, alguien con trastorno de pánico podría inferir arbitrariamente que un leve aumento en la frecuencia cardíaca indica un inminente ataque de pánico, generando ansiedad innecesaria y alimentando el ciclo de preocupación constante, aumentando en sí mismo la probabilidad de desencadenar el ataque.

Sobregeneralización

La sobregeneralización implica tomar una instancia negativa y aplicarla de manera excesiva a situaciones más amplias. Se tiende a hacer afirmaciones generales basadas en experiencias limitadas, lo que puede llevar a percepciones distorsionadas y pesimistas. (Sotimbojevna et. al., 2020; Beck, 1975; Beck et. al., 1979). Este patrón de pensamiento influye significativamente en la percepción de uno mismo, de los demás y del mundo en general. En el contexto de la ansiedad, los individuos propensos a la Sobregeneralización pueden interpretar un solo evento negativo como una evidencia de que cosas similares siempre saldrán mal. Por ejemplo, alguien con trastorno de ansiedad social que experimenta nerviosismo en una interacción social puede sobregeneralizar, creyendo erróneamente que todas las interacciones futuras serán igualmente incómodas. Esta distorsión contribuye a la rigidez cognitiva y a la perpetuación de patrones ansiosos al crear expectativas negativas generalizadas.

Magnificación o Maximización

La magnificación o maximización, otra distorsión cognitiva presente en los trastornos ansiosos, se manifiesta en la tendencia a exagerar la importancia de eventos o situaciones (Dudones, 2022; Beck, 1975; Beck et. al., 1979). Esta exageración puede intensificar la ansiedad y afectar la toma de

decisiones. En el contexto de la ansiedad, la magnificación implica ver las consecuencias negativas como extremadamente graves, lo que contribuye a la preocupación constante. Por ejemplo, un individuo con trastorno de ansiedad por separación puede magnificar el hecho de que su ser querido se retrase unos minutos, percibiendo como una señal de peligro inminente y generando una reacción fatalista intensa que gatille una crisis de pánico. Esta distorsión aumenta la carga emocional de situaciones cotidianas y dificulta la gestión efectiva de la ansiedad.

Minimización

La minimización, inversa a la magnificación, es otra distorsión cognitiva relevante en los trastornos ansiosos. Aquí, se tiende a reducir la importancia de eventos positivos o logros personales, generando una percepción desvalorizada de uno mismo (Dudones, 2022; Beck, 1975; Beck et. al., 1979). En el contexto de la ansiedad, la minimización puede manifestarse cuando alguien logra superar una situación ansiosa, pero minimiza el logro al considerarlo como algo insignificante. Por ejemplo, una persona con trastorno de ansiedad social que logra participar en una reunión puede minimizar su éxito, enfocándose en pequeñas imperfecciones y subestimando su capacidad. Esta distorsión contribuye a la autoevaluación negativa y puede dificultar el reconocimiento y la celebración de logros personales.

Personalización

La personalización se manifiesta cuando alguien atribuye de manera indebida eventos externos a sí mismo, asumiendo una conexión directa. Esta tendencia puede generar una autoconciencia excesiva y una interpretación sesgada de las interacciones (Luchinkina, 2019; Beck, 1975; Beck et. al., 1979). En el contexto de la ansiedad, la personalización puede llevar a la creencia equivocada de que los

comportamientos de los demás están directamente relacionados con uno mismo. Por ejemplo, una persona con trastorno de ansiedad social podría asumir personalmente el hecho de que alguien en una reunión no respondió a su saludo, creyendo que su propia presencia fue la causa del rechazo. Esta distorsión contribuye a la autocrítica y a la percepción errónea de la influencia personal en situaciones externas.

Deberías

La distorsión cognitiva de los "deberías" involucra la imposición de reglas rígidas y expectativas poco realistas sobre uno mismo o los demás (Beck, 1975; Beck et. al., 1979). En el contexto de los trastornos ansiosos, esta distorsión puede contribuir a la generación de ansiedad al establecer estándares inalcanzables. Por ejemplo, una persona con trastorno de ansiedad social podría imponer la creencia de que "debería" ser perfecta en todas las interacciones sociales, generando una presión constante y contribuyendo a la aparición de ansiedad antes de cada encuentro. Esta distorsión, al alimentar expectativas poco realistas, puede ser un obstáculo para el afrontamiento efectivo y contribuir a la persistencia de la ansiedad.

Etiquetas Globales

La distorsión cognitiva de las "etiquetas globales" se manifiesta cuando se asignan etiquetas negativas a uno mismo o a los demás basándose en comportamientos o situaciones específicas (Tasnim y Eishita, 2022; Beck, 1975; Beck et. al., 1979). En el contexto de los trastornos ansiosos, esta distorsión puede desencadenar y mantener la ansiedad al crear una autoimagen negativa. Por ejemplo, una persona con trastorno de pánico que se siente nerviosa al salir en metro podría etiquetarse a sí misma como "incompetente" basándose en esa única experiencia, ignorando otros aspectos positivos de su capacidad para ir a lugares y/o hacer otras actividades. Estas

etiquetas globales contribuyen a la autocrítica y a la percepción distorsionada de la valía personal.

Culpabilidad

La distorsión cognitiva de la culpabilidad implica asumir responsabilidad excesiva por eventos negativos, incluso cuando la evidencia no respalda claramente la culpabilidad personal (Pace y Zappulla, 2021; Beck, 1975; Beck et. al., 1979). En el contexto de los trastornos ansiosos, la culpa desproporcionada puede ser un factor que mantiene el pensamiento ansioso funcionando. Por ejemplo, alguien con trastorno de ansiedad generalizada podría sentirse culpable por situaciones fuera de su control, como la ocurrencia de eventos negativos a nivel global. Esta distorsión, al generar una carga emocional innecesaria, puede intensificar la ansiedad y dificultar la gestión efectiva de las preocupaciones.

3. Distorsiones añadidas posterior a los textos clásicos.

En la evolución continuada de la teoría cognitiva, las contribuciones de Aaron Beck han sentado las bases para la profundización de la comprensión de las distorsiones cognitivas, desempeñando un papel crucial en el abordaje de diversos desafíos emocionales. Sin embargo, la comprensión de estas distorsiones ha evolucionado con el tiempo, y nuevos aportes han ampliado y refinado el marco conceptual inicial. Este segmento del estudio se sumerge en las distorsiones cognitivas que han surgido posteriormente, explorando cómo estas nuevas perspectivas enriquecen nuestra comprensión de las experiencias emocionales. En esta sección del presente trabajo se examinarán las distorsiones cognitivas contemporáneas y su aplicación en el contexto clínico, proporcionando una visión integral de la teoría cognitiva en su evolución dinámica.

Dentro de los aportes se encuentra Freeman y DeWolf (1992) y Freeman y Oster (1999) quienes incluyen: externalización de la autoestima, comparación y perfeccionismo. Posteriormente, Freeman y Fusco (2000) identificaron otras ocho formas de distorsiones cognitivas en forma de falacias: falacias del cambio; preocupación; equidad; ignorar; tener la razón; apego; control; y recompensa celestial.

Tener la Razón

La distorsión cognitiva de "tener la razón" se manifiesta cuando se siente una necesidad compulsiva de estar siempre en lo correcto y hacer que los demás estén equivocados (Yurica y DiTomasso, 2005). En el contexto de los trastornos ansiosos, esta distorsión puede contribuir a la generación de conflictos interpersonales y a la rigidez cognitiva. Por ejemplo, una persona con trastorno de ansiedad social podría experimentar ansiedad intensa al temer el juicio de los demás si no se percibe como "correcta" en una interacción. Esta necesidad de tener la razón puede alimentar la ansiedad social y dificultar la adaptación a situaciones sociales desafiantes.

Falacia del Control

La falacia del control se presenta cuando se asume de manera incorrecta que se tiene un control total sobre situaciones externas o sobre las acciones de los demás (Dror, 2020). En el contexto de la ansiedad, esta distorsión puede generar ansiedad al enfrentarse a la imposibilidad de controlar todos los aspectos del entorno. Por ejemplo, una persona con trastorno de ansiedad generalizado podría experimentar ansiedad extrema al no poder prevenir todos los posibles peligros que están en su lista de factores ansiógenos. La falacia del control contribuye a la preocupación constante y a la incapacidad para tolerar la incertidumbre.

Falacia del Cambio

La falacia del cambio se manifiesta cuando se espera que los demás cambien su comportamiento para adaptarse a nuestras necesidades (Yurica y DiTomasso, 2005). En el contexto de la ansiedad, esta distorsión puede generar frustración y desesperanza al intentar modificar el comportamiento de los demás como estrategia para aliviar la ansiedad. Por ejemplo, una persona con trastorno de ansiedad por separación podría sentir ansiedad intensa al creer que solo la presencia constante de un ser querido puede proporcionar alivio. La falacia del cambio puede perpetuar patrones ansiosos al enfocarse en soluciones externas en lugar de estrategias de afrontamiento internas.

Falacia de la Equidad

La distorsión cognitiva de la "falacia de la equidad" se presenta cuando se espera un trato siempre justo o igualitario en todas las situaciones, sin considerar la complejidad de las circunstancias (Yurica y DiTomasso, 2005). En el contexto de los trastornos ansiosos, esta distorsión puede generar frustración y ansiedad al enfrentar situaciones que no se perciben como equitativas. Por ejemplo, alguien con trastorno de ansiedad social podría experimentar ansiedad extrema al sentir que no se le está tratando de manera justa en comparación con los demás en una situación social.

Filtrar

La distorsión cognitiva de "filtrar" implica centrarse excesivamente en ciertos aspectos de una situación, generalmente los negativos, mientras se ignoran los elementos positivos (Özdel et. al., 2014). En los trastornos ansiosos, el filtrado puede agravar la ansiedad al distorsionar la percepción de la realidad. Por ejemplo, una persona con trastorno de ansiedad generalizada podría filtrar constantemente información, concentrándose únicamente en las noticias negativas que confirmen su sensación ansiosa y descartando las positivas. Este enfoque selectivo contribuye

a mantener un estado de alerta constante y acentuar la sensación de amenaza constante.

Falacia de la Recompensa Celestial

La falacia de la recompensa celestial es una distorsión cognitiva que implica la creencia de que después de realizar sacrificios y esfuerzos constantes, se obtendrá una recompensa significativa en el futuro (Yurica y DiTomasso, 2005). En el contexto de los trastornos ansiosos, esta distorsión puede generar ansiedad al posponer la gratificación y condicionar la felicidad a eventos futuros inciertos. Por ejemplo, una persona con trastorno de ansiedad generalizada podría aumentar sus niveles de ansiedad al creer que solo alcanzará la calma después de superar todos los desafíos en su vida, lo que, desde la perspectiva ansiosa se ve como un hecho imposible y perpetúa la ansiedad constante postergando el bienestar emocional.

Lectura Mental

La lectura mental, una distorsión cognitiva común en los trastornos ansiosos, se manifiesta cuando se asume conocer los pensamientos y percepciones de los demás sin evidencia clara (Özdel, 2014; Freeman y DeWolf, 1992). En este contexto, la lectura mental puede contribuir a la ansiedad al interpretar erróneamente las motivaciones y opiniones de los demás. Por ejemplo, una persona con trastorno de ansiedad social podría anticipar de manera incorrecta que los demás la juzgan negativamente, incluso sin evidencia concreta. La lectura mental alimenta la ansiedad social al basarse en suposiciones infundadas y puede interferir en las interacciones sociales de manera significativa ya que hay un conflicto entre el mensaje recibido por el receptor y la supuesta emisión catastrófica creada por el ansioso.

Externalización de la Autoestima

La externalización de la autoestima implica fundamentar la percepción de uno mismo casi

exclusivamente en la forma en que el mundo externo nos evalúa (Freeman y DeWolf, 1992; Freeman y Oster, 1999). En el contexto de los trastornos ansiosos, esta distorsión adquiere relevancia al dejar la autoestima vulnerable a las opiniones externas, generando una constante búsqueda de aprobación. Por ejemplo, un individuo con ansiedad social podría experimentar un aumento significativo en la ansiedad al sentir que su valía personal depende únicamente de la aprobación de los demás, lo que perpetúa un ciclo ansioso de búsqueda constante de validación externa.

Comparación

La tendencia a compararse constantemente con los demás, concluyendo habitualmente que uno es inferior o está en una situación desfavorable, define la distorsión cognitiva de la comparación (Freeman y DeWolf, 1992; Freeman y Oster, 1999). En el contexto de los trastornos ansiosos, esta distorsión puede intensificar la ansiedad al generar percepciones negativas sobre uno mismo en comparación con los demás. Por ejemplo, un individuo con ansiedad social podría experimentar ansiedad al compararse con alguien más extrovertido, generando una sensación de insuficiencia y alimentando la ansiedad social.

Perfeccionismo

La constante búsqueda de cumplir con estándares internos o externos de perfección, sin cuestionar la razonabilidad de estos estándares, caracteriza la distorsión cognitiva del perfeccionismo (Freeman y DeWolf, 1992; Freeman y Oster, 1999). En el contexto de los trastornos ansiosos, esta distorsión cobra importancia al generar una presión implacable para evitar cualquier indicio de imperfección. Por ejemplo, una persona con trastorno de ansiedad generalizado podría experimentar ansiedad intensa al percibir que hacer un trabajo meramente adecuado se equipara a un fracaso, alimentando así la totalidad de

ansiedades relacionadas con el rendimiento, el trabajo y la autovalía.

Falacias de Preocupación

Las falacias de preocupación, que incluyen patrones de pensamiento erróneos asociados con la preocupación excesiva, contribuyen a la ansiedad al incorporar suposiciones incorrectas sobre la utilidad de la preocupación (Freeman y DeWolf, 1992; Freeman y Oster, 1999; Yurica y DiTomasso, 2005). En el contexto de los trastornos ansiosos, estas falacias pueden intensificar la ansiedad al generar la creencia de que preocuparse constantemente es necesario para prevenir eventos negativos, a pesar de la falta de evidencia clara de esta utilidad. Por ejemplo, una persona con trastorno de ansiedad generalizado podría creer que la constante preocupación acerca de los muchos problemas que le aquejan le ayuda a sentirse mejor, manejar dichos problemas y es esencial para evitar desastres, aunque en realidad, esta preocupación puede no estar respaldada por hechos concretos y contribuir al malestar emocional.

Falacias de Apego

Las falacias de apego se relacionan con distorsiones cognitivas vinculadas a las relaciones afectivas, incluyendo creencias inexactas sobre la dependencia emocional y la idea de que el bienestar está completamente atado a la conexión con otras personas (Freeman y DeWolf, 1992; Freeman y Oster, 1999; Yurica y DiTomasso, 2005). En el contexto de los trastornos ansiosos, estas falacias pueden contribuir a la vulnerabilidad emocional al generar expectativas poco realistas sobre la dependencia afectiva, afectando así la calidad y la gestión de las relaciones interpersonales. Por ejemplo, en el trastorno de ansiedad social un individuo podría creer que su valía personal y su felicidad dependen exclusivamente de la aprobación de los demás. Esto puede llevar a la sobredependencia de algunas figuras y la

excesiva desconfianza en otras para evitar el posible rechazo, perpetuando así la ansiedad social y afectando negativamente la capacidad de establecer conexiones nuevas y/o significativas.

TÉCNICAS DE AFRONTAMIENTO

En el marco de las técnicas de afrontamiento se encontraron 2 escalas que presentan una sistematización de las técnicas de afrontamiento que también aborda la teoría: Coping Orientation to Problems Experienced (COPE) inventory y la Escala de Estrategias de Coping Modificada (EEC-M) (Carver et. al., 1989; Ortega et. al., 2016; Litman, 2006). Adicional a las teorías que sugieren estrategias de afrontamiento únicas a cada sujeto la búsqueda no encontró otra sistematización que sea útil para el propósito del artículo.

1. Técnicas de Afrontamiento Disfuncionales

En el abordaje de los trastornos ansiosos, es esencial explorar no solo las estrategias de afrontamiento beneficiosas, sino también aquellas que pueden resultar contraproducentes o disfuncionales. Algunas personas recurren a técnicas inapropiadas para gestionar el estrés, tales como el consumo de sustancias, la negación o el retiro cognitivo (Frydenberg, 1991). Estas prácticas, si bien pueden proporcionar un alivio temporal, suelen carecer de una solución a largo plazo y, en muchos casos, contribuyen a perpetuar o intensificar los síntomas ansiosos (Cámara y Calvete, 2012). Es crucial examinar críticamente estas estrategias, comprender su impacto en la salud mental y considerar alternativas más efectivas para promover el bienestar emocional.

Supresión de Actividades Competitivas

La supresión de actividades competitivas se refiere a la estrategia de evitar deliberadamente participar en actividades que no contribuyen de manera efectiva a enfrentar el problema en cuestión. Esta técnica implica la eliminación consciente de actividades que podrían distraer o interferir con la resolución del problema ansioso (Carver et. al., 1989; Ortega et. al., 2016; Litman, 2006). Si bien asociado a otras dificultades de salud mental esta estrategia podría verse como funcional, en el contexto de trastornos ansiosos, la supresión de actividades competitivas puede manifestarse como una forma de control excesivo sobre la rutina diaria, donde el individuo busca limitar cualquier elemento percibido como no productivo. Esta técnica puede retroalimentar positivamente los trastornos ansiosos al crear un patrón de evitación de situaciones que podrían generar ansiedad, perpetuando así un ciclo de preocupación constante. Por ejemplo, alguien que experimenta ansiedad social y teme ser juzgado por otros. Esta persona podría aplicar la supresión de actividades competitivas evitando activamente eventos sociales o situaciones donde podría sentirse evaluada. Aunque inicialmente puede proporcionar alivio, a largo plazo esta estrategia puede limitar las oportunidades de crecimiento personal y social, contribuyendo a la persistencia del trastorno ansioso.

Negación

La negación implica rechazar la realidad de la situación o minimizar su gravedad como mecanismo de afrontamiento (Londoño et. al., 2006; Ortiz y Gómez, 2021; Chorot y Sadín, 1993; Carver et. al., 1989; Ortega et. al., 2016; Litman, 2006). En el contexto de los trastornos ansiosos, la negación puede manifestarse como la incapacidad de reconocer la existencia de una amenaza o problema subyacente (Chang, 2007). Esta técnica puede actuar como un

mecanismo de defensa para reducir la ansiedad asociada con la aceptación de la realidad ansiosa. Por ejemplo, alguien que experimenta síntomas de un trastorno de pánico, pero niega la posibilidad de que pueda tener un problema de salud mental. Esta persona puede minimizar los síntomas, atribuyendo a causas externas o considerándolos como eventos aislados. La negación, aunque proporciona un alivio momentáneo, puede obstaculizar la búsqueda de ayuda profesional y prolongar el sufrimiento ansioso.

Uso de Sustancias

El uso de sustancias implica recurrir al consumo de sustancias como alcohol o drogas para hacer frente a situaciones angustiantes (Carver et. al., 1989; Ortega et. al., 2016; Litman, 2006). En el contexto de los trastornos ansiosos, esta técnica puede ser utilizada para autocalmarse temporalmente, buscando aliviar los síntomas ansiosos a través de la modificación del estado de ánimo (Smith y Book, 2008). Una persona que experimenta ansiedad social severa puede recurrir al consumo excesivo de alcohol antes de eventos sociales para reducir la inhibición y la ansiedad. Aunque esta estrategia puede proporcionar una sensación momentánea de alivio, el uso de sustancias como técnica de afrontamiento puede contribuir al desarrollo de problemas de salud adicionales y perpetuar el ciclo ansioso.

Desvinculación Conductual

La desvinculación conductual se refiere a la evitación activa de enfrentar el estrés al evitar situaciones estresantes (Carver et. al., 1989; Ortega et. al., 2016; Litman, 2006). En el contexto de los trastornos ansiosos, esta técnica puede implicar retirarse emocional o físicamente de situaciones que generan ansiedad, buscando reducir la intensidad emocional asociada con el evento estresante (Savitsky et. al., 2020). Imaginemos a alguien con fobia social que evita activamente

interacciones sociales para eludir la ansiedad que podría surgir. Esta persona podría aplicar la desvinculación conductual al evitar eventos sociales, disminuyendo así las oportunidades de enfrentar y superar la ansiedad social. Aunque inicialmente puede verse funcionalmente al brindar alivio, a largo plazo, esta estrategia puede limitar el crecimiento personal y contribuir a la persistencia del trastorno ansioso.

Desvinculación Mental / Auto-Distracción

La desvinculación mental/auto-distracción implica realizar actividades que distraen conscientemente a la persona de pensamientos desagradables relacionados con el problema ansioso. Esta técnica busca desconectar mentalmente para evitar centrarse en la angustia asociada con la situación estresante (Carver et. al., 1989; Ortega et. al., 2016; Litman, 2006). En el contexto de los trastornos ansiosos, la desvinculación mental puede ser empleada como un intento de eludir la confrontación directa con los pensamientos ansiosos, proporcionando un alivio temporal al desplazar la atención hacia otras actividades menos estresantes (Chang, 2007). Por ejemplo, un individuo que experimenta ansiedad anticipatoria antes de una presentación importante podría involucrarse intensamente en una actividad distractora, como ver televisión o sumergirse en un libro, con el objetivo de apartar la mente de los pensamientos ansiosos. Aunque esta estrategia puede ofrecer un respiro momentáneo, su eficacia a mediano y largo plazo puede ser limitada ya que promueve el fracaso ante la actividad principal lo que aumentaría la minusvalía y validará la ansiedad.

Evitación Cognitiva

La evitación cognitiva es una estrategia diseñada para neutralizar pensamientos valorados como negativos o perturbadores,

mediante la distracción y la actividad (Londoño et. al., 2006; Ortiz y Gómez, 2021; Chorot y Sadín, 1993). En el contexto de los trastornos ansiosos, esta técnica implica evitar activamente pensar en el problema ansioso y fomentar otros pensamientos y actividades para contrarrestar las cogniciones ansiosas. La evitación cognitiva actúa como un mecanismo de defensa para reducir la carga emocional asociada con los pensamientos ansiosos (Chang, 2007). Por ejemplo, al experimentar ansiedad relacionada con la salud y temer tener una enfermedad grave. Esta persona podría distraerse con actividades intensas, como trabajar en exceso o participar en entretenimiento constante, con el fin de evitar conscientemente pensar en la posibilidad de la enfermedad. Esta estrategia puede contribuir a la falta de afrontamiento efectivo y perpetuar la evitación de enfrentar la realidad.

Espera

La espera es una estrategia de afrontamiento con un componente cognitivo-comportamental, en la cual la persona procede de acuerdo con la creencia de que la situación se resolverá por sí sola con el paso del tiempo de manera positiva (Londoño et. al., 2006; Ortiz y Gómez, 2021; Chorot y Sadín, 1993). En el contexto de los trastornos ansiosos, la espera puede ser utilizada como una forma de tolerar la incertidumbre y confiar en que, con el tiempo, la ansiedad disminuirá sin intervención directa. Supongamos que alguien experimenta ansiedad después de perder su trabajo. Esta persona podría optar por no buscar activamente empleo de inmediato y confiar en que, con el tiempo, las circunstancias mejorarán. Aunque la espera puede ser beneficiosa en algunos casos, su eficacia depende en gran medida de la naturaleza y la gravedad del problema ansioso, ya que algunas situaciones pueden requerir intervenciones más directas para abordar el malestar emocional y la estrategia se torna un mantenedor de la ansiedad.

Evitación Emocional

La evitación emocional implica la movilización de recursos para ocultar o inhibir conscientemente las propias emociones, con el objetivo de evitar reacciones emocionales consideradas negativas (Londoño et. al., 2006; Ortiz y Gómez, 2021; Chorot y Sadín, 1993). Este enfoque puede ser motivado por la carga emocional asociada con las experiencias, las posibles consecuencias negativas o el temor a la desaprobación social. En los trastornos ansiosos, la evitación emocional puede proporcionar un alivio temporal al evitar la expresión directa de emociones ansiosas, pero a menudo contribuye a la falta de procesamiento emocional saludable (Chang, 2007). Por ejemplo, alguien que experimenta ansiedad social antes de una reunión importante podría utilizar estrategias como reprimir activamente las expresiones faciales ansiosas, controlar el tono de voz y evitar cualquier muestra visible de inquietud. Aunque estas tácticas pueden parecer efectivas en el corto plazo, pueden contribuir a la acumulación de tensión emocional no procesada y tener repercusiones a largo plazo en el bienestar emocional.

Reacción Agresiva

La reacción agresiva implica la expresión impulsiva de la emoción de la ira dirigida hacia sí mismo, hacia los demás o hacia objetos, con el propósito de disminuir la carga emocional en un momento determinado (Londoño et. al., 2006; Ortiz y Gómez, 2021; Chorot y Sadín, 1993). En el contexto de los trastornos ansiosos, esta estrategia puede surgir como una forma de liberar la tensión emocional característica de la ansiedad, sin embargo, puede tener consecuencias negativas en las relaciones interpersonales y el bienestar general. Por ejemplo, alguien experimenta ansiedad intensa debido a la presión laboral podría expresar su ira de manera impulsiva, ya sea mediante la autocrítica, la expresión de

frustración hacia colegas o incluso rompiendo objetos. Aunque esta estrategia puede proporcionar un alivio momentáneo, puede generar conflictos interpersonales adicionales a la ansiedad y no aborda de manera efectiva las causas subyacentes, perpetuando un ciclo disfuncional de afrontamiento.

2. Técnicas de Afrontamiento Funcionales

En contraste, las técnicas de afrontamiento funcionales desempeñan un papel fundamental en el manejo efectivo de la ansiedad. Estas estrategias se centran en abordar de manera constructiva tanto las fuentes de estrés como las respuestas emocionales asociadas. Métodos como la aceptación, la planificación y el uso del humor han demostrado ser valiosos para afrontar situaciones ansiosas de manera adaptativa (Krohne y Hock, 2011). Al dirigirse al problema, gestionar las emociones y reinterpretar positivamente las circunstancias, estas técnicas no solo alivian el malestar inmediato, sino que también fomentan la resiliencia y contribuyen a un proceso terapéutico más integral.

Religión

La religión como técnica de afrontamiento implica utilizar actividades religiosas, como la oración, y depender de la fe y las prácticas religiosas para enfrentar el estrés (Londoño et. al., 2006; Ortiz y Gómez, 2021; Chorot y Sadín, 1993; Carver et. al., 1989; Ortega et. al., 2016; Litman, 2006). En el contexto de los trastornos ansiosos, las personas pueden recurrir a la religión como un medio de encontrar consuelo, esperanza y significado en situaciones desafiantes (Savitsky et. al., 2020). La práctica religiosa puede proporcionar una estructura que guíe la percepción del individuo sobre el propósito de la adversidad, ofreciendo un marco interpretativo que contribuya a reducir la ansiedad. Por ejemplo, una persona que

enfrenta la pérdida de un ser querido podría recurrir a la oración y participar en prácticas religiosas para encontrar consuelo espiritual a través de un rito que le permita tramitar la ansiedad asociada.

Búsqueda de Apoyo Social

La Búsqueda de Apoyo Social implica obtener apoyo emocional e información de amigos, familiares u otros para tolerar o enfrentar la situación problema o las emociones generadas por el estrés (Londoño et. al., 2006; Ortiz y Gómez, 2021; Chorot y Sadín, 1993). En el contexto de los trastornos ansiosos, la conexión social y el apoyo interpersonal pueden desempeñar un papel crucial en la reducción de la ansiedad, brindando comprensión, empatía y perspectivas externas. Supongamos un individuo que experimenta ansiedad relacionada con el trabajo. Esta persona podría compartir sus preocupaciones con amigos cercanos o familiares, buscando consejo y consuelo. La interacción social positiva puede actuar como un amortiguador emocional, proporcionando apoyo práctico y emocional para enfrentar la ansiedad de manera más efectiva.

Humor

El Humor como técnica de afrontamiento implica bromear sobre la situación y utilizar el humor como medio para lidiar con el estrés o la adversidad (Carver et. al., 1989; Ortega et. al., 2016; Litman, 2006). En el contexto de los trastornos ansiosos, el humor puede servir como un mecanismo liberador de tensiones, proporcionando una perspectiva más liviana y positiva frente a situaciones estresantes (Viana y De Lira, 2020). Imaginemos a alguien con trastorno de ansiedad generalizado que enfrenta una presentación importante. Al emplear la técnica de Humor, esta persona podría utilizar chistes o adoptar una actitud

humorística para reducir la intensidad emocional asociada con la ansiedad. El humor puede actuar como un contrapeso emocional, promoviendo un enfoque más relajado y menos ansioso hacia la situación.

Planificación

La Planificación como técnica de afrontamiento implica la elaboración cuidadosa de estrategias y enfoques para abordar eficazmente una situación estresante (Londoño et. al., 2006; Ortiz y Gómez, 2021; Chorot y Sadín, 1993; Carver et. al., 1989; Ortega et. al., 2016; Litman, 2006). En el contexto de los trastornos ansiosos, la planificación puede actuar como un recurso valioso para reducir la incertidumbre y proporcionar un sentido de control sobre la situación. Al anticipar y prepararse de manera proactiva, las personas pueden experimentar una disminución en la ansiedad al enfrentar lo desconocido. Supongamos que alguien enfrenta ansiedad relacionada con la toma de decisiones importantes en el trabajo. Esta persona podría elaborar un plan detallado que incluya la identificación de opciones, evaluación de posibles resultados y desarrollo de estrategias para gestionar cada escenario. La planificación meticulosa no solo ofrece una sensación de preparación, sino que también proporciona un marco estructurado para enfrentar la situación estresante de manera más efectiva, reduciendo así la ansiedad asociada.

Expresión de dificultad de afrontamiento

La técnica de expresión de dificultad de afrontamiento se caracteriza por la tendencia a comunicar abierta y verbalmente las dificultades para enfrentar las emociones generadas por una situación, expresar las emociones y abordar el problema (Londoño et. al., 2006; Ortiz y Gómez, 2021; Chorot y Sadín, 1993; Carver et. al., 1989; Ortega et. al., 2016; Litman, 2006). En el contexto de los trastornos

ansiosos, esta técnica puede ser una herramienta valiosa para facilitar la comprensión y el apoyo social, permitiendo que otros comprendan las luchas emocionales y colaboren en la búsqueda de soluciones. Por ejemplo, una persona que experimenta ansiedad debido a situaciones sociales podría compartir abiertamente sus temores y desafíos con amigos cercanos o familiares. Al expresar sus emociones y dificultades para afrontar situaciones sociales, no solo busca comprensión y empatía, sino que también crea un espacio para recibir apoyo y posiblemente colaboración en el desarrollo de estrategias de afrontamiento.

Reinterpretación Positiva

La técnica de reinterpretación positiva implica encontrar aspectos positivos en una situación estresante, cambiando la perspectiva y buscando el lado positivo de la adversidad (Londoño et. al., 2006; Ortiz y Gómez, 2021; Chorot y Sadín, 1993; Carver et. al., 1989; Ortega et. al., 2016; Litman, 2006). En el contexto de los trastornos ansiosos, esta técnica busca promover un cambio en la percepción de la situación, fomentando pensamientos más optimistas y constructivos (Thomas et. al., 2017). Supongamos que alguien enfrenta ansiedad debido a cambios inesperados en su entorno laboral. Al aplicar la reinterpretación positiva, esta persona podría reflexionar sobre las oportunidades de crecimiento personal o profesional que pueden surgir como resultado de los cambios. Al encontrar aspectos positivos, como la posibilidad de aprender nuevas habilidades o adquirir experiencias valiosas, la persona puede reducir la carga emocional asociada con la ansiedad y adoptar una perspectiva más optimista.

Uso de apoyo social instrumental

La técnica de Uso de apoyo social instrumental implica buscar ayuda práctica, asesoramiento o información de otras personas como una estrategia para hacer frente a una situación estresante (Londoño et. al., 2006; Ortiz y Gómez, 2021; Chorot y Sadín, 1993; Carver et. al., 1989; Ortega et. al., 2016; Litman, 2006). En este enfoque, se recurre a recursos sociales con el propósito de obtener ayuda tangible para abordar un problema o desafío. Imaginemos a alguien que enfrenta ansiedad relacionada con decisiones financieras significativas. Esta persona podría buscar la orientación de un asesor financiero o consultar a amigos con experiencia en cuestiones financieras. Al obtener información y asesoramiento práctico, la persona puede sentirse más capacitada para abordar la situación estresante y tomar decisiones informadas, reduciendo así la ansiedad asociada con la incertidumbre financiera.

Aceptación

La técnica de aceptación se centra en ser aceptante de la situación y encontrar la paz interior con lo que está sucediendo (Carver et. al., 1989; Ortega et. al., 2016; Litman, 2006). En el contexto de los trastornos ansiosos, la aceptación implica reconocer y permitir que las experiencias y emociones ocurran sin resistencia (Krohne y Hock, 2011). Esto no implica resignación, sino más bien adoptar una actitud abierta y receptiva hacia la realidad, lo que puede contribuir a reducir la lucha interna contra la ansiedad. Imaginemos a alguien que enfrenta ansiedad debido a cambios inesperados en su entorno de trabajo. La persona podría practicar la aceptación consciente de sus emociones, reconociendo y permitiendo que la ansiedad esté presente sin juzgarla. Al adoptar una actitud de aceptación, la persona puede experimentar una disminución en la intensidad emocional y una mayor claridad para abordar la situación.

Restricción

La técnica de restricción se enfoca en asegurarse de no responder al estrés de manera reactiva, ejerciendo autocontrol para evitar reacciones impulsivas (Carver et. al., 1989; Ortega et. al., 2016; Litman, 2006). En el contexto de los trastornos ansiosos, la restricción busca promover una pausa reflexiva antes de actuar, permitiendo una respuesta más consciente y menos impulsiva a las situaciones estresantes. Supongamos que alguien experimenta ansiedad debido a conflictos interpersonales. Al restringirse, esta persona podría entrenarse para tomar un momento antes de responder enérgicamente a una situación estresante. Al ejercer autocontrol y restringir la respuesta impulsiva, la persona puede evitar reacciones que podrían exacerbar la ansiedad y contribuir a una resolución más efectiva del conflicto.

Afrontamiento Activo

La técnica de afrontamiento activo implica realizar acciones específicas y directas para hacer frente a la situación (Carver et. al., 1989; Ortega et. al., 2016; Litman, 2006). En el contexto de los trastornos ansiosos, este enfoque busca empoderar a la persona para abordar activamente el problema, tomando medidas concretas para gestionar el estrés (Cámara y Calvete, 2012). Imaginemos a alguien que enfrenta ansiedad relacionada con la carga académica. Al realizar afrontamiento activo, esta persona podría desarrollar un plan de estudio estructurado, establecer metas realistas y utilizar estrategias de gestión del tiempo. Al realizar acciones específicas para abordar la situación, la persona puede sentir un mayor control sobre su entorno académico, reduciendo así la ansiedad asociada con las demandas académicas. A pesar de su utilidad es una técnica difícil de aprender e implementar por sí misma para una persona con factores de riesgo individuales y contextuales que generan

ansiedad y por eso suele ser promovida en un espacio terapéutico.

Desahogo

La técnica de desahogo se centra en compartir emociones negativas y expresar abierta y verbalmente los sentimientos asociados con la situación estresante (Carver et. al., 1989; Ortega et. al., 2016; Litman, 2006). En el contexto de los trastornos ansiosos, el desahogo puede actuar como una válvula de escape emocional, permitiendo a la persona liberar la tensión acumulada al verbalizar sus experiencias y sentimientos negativos. El ejemplo más claro de esta estrategia es la búsqueda de ayuda terapéutica donde el mismo espacio permite realizar el desahogo. Al hacerlo, la persona puede experimentar un alivio emocional y recibir apoyo social, contribuyendo a la gestión de la ansiedad.

Búsqueda de Apoyo Profesional

La técnica de Búsqueda de Apoyo Profesional implica emplear recursos profesionales para obtener información sobre el problema y alternativas para enfrentarlo (Londoño et. al., 2006; Ortiz y Gómez, 2021; Chorot y Sadín, 1993). Considerada como un tipo de apoyo social, esta técnica reconoce la importancia de buscar la orientación de expertos para abordar los desafíos asociados con los trastornos ansiosos. Sin embargo, la implementación del apoyo profesional va a depender de la capacidad del individuo por reconocer que el problema se salió de las manos por lo que no suele ser muy utilizada naturalmente por los pacientes. Supongamos que alguien enfrenta ansiedad generalizada y tiene dificultades en el trabajo. Esta persona podría consultar a un terapeuta, coach empresarial u otro profesional que logre dar una visión externa para obtener orientación especializada.

Autonomía

La técnica de autonomía se refiere a la tendencia a responder ante el problema de manera independiente, buscando soluciones sin depender del apoyo de otras personas como amigos, familiares o profesionales (Londoño et. al., 2006; Ortiz y Gómez, 2021; Chorot y Sadín, 1993). En el contexto de los trastornos ansiosos, la autonomía implica la capacidad de tomar decisiones y acciones por cuenta propia para gestionar el estrés. Imaginemos a alguien que experimenta ansiedad social que podría desarrollar estrategias personales para afrontar situaciones sociales, como establecer metas graduales de exposición y practicar habilidades sociales. Al tomar medidas independientes, la persona fortalece su capacidad para afrontar la ansiedad social sin depender exclusivamente del apoyo externo.

Búsqueda de Apoyo Emocional

La técnica de búsqueda de apoyo emocional implica buscar apoyo emocional en otros, dependiendo de la empatía y comprensión emocional proporcionada por amigos, familiares u otros individuos significativos (Carver et. al., 1989; Ortega et. al., 2016; Litman, 2006). En el contexto de los trastornos ansiosos, esta técnica reconoce la importancia de compartir emociones y sentirse respaldado por aquellos que pueden ofrecer apoyo emocional. Imaginemos a alguien que enfrenta ansiedad debido a desafíos personales. La persona podría hablar con un amigo cercano sobre sus sentimientos y preocupaciones. Al recibir empatía y comprensión, la persona experimenta un alivio emocional y refuerza sus conexiones sociales, contribuyendo positivamente a la gestión de la ansiedad.

Búsqueda de Apoyo Instrumental

La técnica de búsqueda de apoyo instrumental implica buscar ayuda práctica, asesoramiento, información o ayuda tangible de otros individuos como una estrategia para hacer frente a una situación estresante (Carver et. al., 1989; Ortega et. al., 2016; Litman, 2006). En el contexto de los trastornos ansiosos, esta técnica reconoce la utilidad de obtener recursos y orientación práctica para abordar los desafíos. Si bien parecida a técnicas anteriores esta forma de apoyo busca ayuda para componentes específicos de la resolución del conflicto y no para la contención completa del individuo con ansiedad. Por ejemplo, si alguien enfrenta ansiedad relacionada con la toma de decisiones podría solicitar asesoramiento a un mentor o experto en la materia. Al obtener información práctica y orientación, la persona adquiere recursos valiosos para abordar la ansiedad asociada con la toma de decisiones, mejorando su capacidad para afrontar eficazmente la situación.

CÓMO SE RELACIONAN DIAGNÓSTICO, DISTORSIONES Y TÉCNICAS DE AFRONTAMIENTO

Las distorsiones cognitivas se revelan como herramientas excepcionales en la fase pos-

diagnóstico de los trastornos ansiosos por diversas razones. En primer lugar, actúan como marcadores reveladores de los patrones de pensamiento perjudiciales que contribuyen a la ansiedad persistente. Identificar estas distorsiones proporciona una ventana clara hacia la mente del individuo, permitiendo al profesional de la salud mental comprender la naturaleza específica de sus preocupaciones.

Además, las distorsiones cognitivas sirven como puntos de intervención, ya que desafiar y reestructurar estos patrones distorsionados puede conducir a cambios significativos en la percepción de la realidad. Utilizar las distorsiones cognitivas como herramientas de evaluación pos-diagnóstico es esencial para personalizar estrategias terapéuticas que aborden directamente los procesos cognitivos subyacentes a la ansiedad.

La identificación de técnicas de afrontamiento funcionales y disfuncionales emerge como un componente crucial en el abordaje de los trastornos ansiosos considerando la información que nos proveen las distorsiones cognitivas. Reconocer qué estrategias utiliza o no el paciente nos va a permitir hacer una revisión de si (1) las estrategias se acercan más a lo funcional o disfuncional y (2) las estrategias utilizadas se vinculan efectivamente al objetivo que la distorsión cognitiva plantea.

Tabla 1. Las distorsiones cognitivas, sus dificultades y un posible objetivo terapéutico

Distorsión Cognitiva	Pensamientos Problemáticos	Objetivo para Resolver la Distorsión
Abstracción selectiva	Enfocarse selectivamente en detalles negativos, ignorando los positivos.	Identificar y ponderar tanto aspectos positivos como negativos.
Comparación	Medir el propio valer comparándose constantemente con los demás.	Valorarse por sí mismo y reconocer las diferencias individuales.
Culpabilidad	Sentirse constantemente culpable por eventos adversos.	Asumir responsabilidad solo por acciones bajo control propio.
Deberías	Imponer reglas rígidas sobre cómo deberían ser las cosas.	Flexibilizar expectativas y aceptar la complejidad de la vida.
Etiquetas globales	Etiquetar negativamente a uno mismo o a los demás de manera amplia.	Reconocer la individualidad y evitar generalizaciones.
Externalización de la Autoestima	Vincular el valor personal exclusivamente al éxito en áreas específicas.	Reconocer el valor intrínseco independientemente del éxito.
Falacia de la Equidad	Pensar que la vida debería ser justa y proporcionar recompensas equitativas.	Aceptar la naturaleza injusta de la vida y adaptarse a ella.
Falacia de la Recompensa Celestial	Creer que habrá una recompensa futura por soportar el sufrimiento presente.	Valorar las recompensas actuales y trabajar para mejorar.
Falacia del Cambio	Creer que los demás deben cambiar para que tú seas feliz.	Enfocarse en cambios personales y adaptarse a las circunstancias.
Falacia del Control	Creer que puedes influir en situaciones fuera de tu control.	Aceptar la realidad y centrarse en lo que se puede controlar.
Falacias de Apego	Dependencia excesiva de la aprobación y amor de los demás.	Desarrollar la autoaceptación y la independencia emocional.
Falacias de Preocupación	Preocuparse en exceso por eventos futuros sin evidencia real.	Evaluar objetivamente la probabilidad y prepararse en medida necesaria.
Filtrar	Centrarse solo en lo negativo y filtrar lo positivo en una situación.	Identificar y ponderar aspectos positivos en la situación.
Inferencia arbitraria	Sacar conclusiones sin evidencia o interpretar de manera negativa.	Cuestionar las suposiciones y buscar evidencia objetiva.
Lectura Mental	Asumir que conoces los pensamientos y sentimientos de los demás.	Comunicarse abierta y directamente para obtener información.
Magnificación o Maximización	Exagerar la importancia de eventos o errores, viéndolos como catastróficos.	Evaluar objetivamente el impacto real de la situación.
Minimización	Reducir la importancia de eventos positivos o logros personales.	Reconocer y valorar los logros y aspectos positivos.
Pensamiento dicotómico	Ver las situaciones en términos extremos, sin matices o grises.	Reconocer la complejidad y buscar perspectivas intermedias.
Perfeccionismo	Exigirse alcanzar estándares irreales y perfección en todo.	Establecer metas realistas y aceptar la imperfección.
Personalización	Atribuirse excesiva responsabilidad o culparse por eventos externos.	Reconocer las contribuciones externas y establecer límites.
Razonamiento emocional	Concluir que algo debe ser verdad debido a cómo te sientes.	Cuestionar y buscar evidencia objetiva para las creencias.
Sobregeneralización	Hacer afirmaciones generales basadas en eventos o experiencias únicas.	Identificar evidencia que respalde o refute la generalización.
Tener la Razón	Necesitar estar siempre en lo correcto para sentirse valioso.	Valorar la opinión de los demás y estar abierto a la corrección.
Visión catastrófica	Imaginar lo peor posible en una situación futura.	Evaluar la probabilidad realista de los resultados temidos.



La tabla 1 resume las distorsiones cognitivas y el objetivo que se desprenden desde lo terapéutico para trabajar. Es importante, por ejemplo, que si estamos trabajando con un paciente con ansiedad social de maximización, es decir, hay un miedo excesivo que se localiza en un aspecto singular y se maximiza a todo lo social (como, por ej. Que se vayan a reír de mí) se consideren las estrategias que el paciente conoce, utiliza y/o le falta por desarrollar. Esto porque, en primer lugar, las estrategias familiares son más fáciles de implementar y, por lo tanto, nos ayudarían a corto plazo a reducir la ansiedad en caso de que sean técnicas funcionales. En segundo lugar, si identificamos técnicas disfuncionales identificamos que el caso tiene una complejidad mayor ya que necesitaríamos gestar en el paciente una técnica nueva que no le es natural. Por ejemplo, comprender que la evitación cognitiva, puede perpetuar la ansiedad al evitar la confrontación de pensamientos negativos, nos orienta hacia utilizar un enfoque terapéutico que logre reestructurar la forma de afrontamiento. Por el contrario, al notar la planificación activa como técnica de afrontamiento, podemos aprovechar la capacidad del individuo y vincular esa estrategia con la ansiedad del paciente para enfrentar los desafíos estresantes de manera adaptativa. Por lo tanto, en la fase post-diagnóstico, identificar estas técnicas de afrontamiento se convierte en un faro orientador que guía hacia estrategias terapéuticas más precisas y centradas en la subjetividad del paciente.

DISCUSIÓN

En el presente estudio logramos cumplir el objetivo de explorar una descripción y la utilidad de las diversas distorsiones cognitivas y técnicas de afrontamiento vinculadas al post-diagnóstico de trastornos de ansiedad. Sin embargo, originalmente el objetivo del estudio era mucho más ambicioso buscando no solo explorar sino validar y hacer un análisis más

complejo de la perspectiva clínica ante estas temáticas. Esto permitiría, por ejemplo, establecer qué técnicas son de mayor utilidad para cada caso y qué distorsiones son más comunes en los individuos ansiosos. La imposibilidad de establecer ese objetivo viene dada por la calidad de la evidencia disponible para lograr, con un grado de confianza suficiente, afirmarlo. En suma no existe un vínculo explícito y suficientemente robusto, como un Randomized Controlled Trial (RCT) o una indagación a profundidad de una gran población con trastornos ansiosos que permita hacer la asociación. Sin embargo, el presente estudio enmarca un comienzo de una dirección que la comunidad científica podría tomar ya que es un llamado de atención a que falta algo básico. Diversos estudios han logrado describir las distorsiones y técnicas de afrontamiento (Özdemir y Kuru, 2023; Emad y Vikas, 2023; Beck, 1975), y otras han logrado preparar y validar materiales para su utilización en contexto clínico con ciertas muestras (Covin et. al., 2011; Savitsky, 2020; Viana y De Lira, 2020; Litman, 2006). Sin embargo, falta un estudio que unifique todo y permita la aparición de una evaluación aleatoria de las distorsiones cognitivas que existen entre los pacientes ansiosos.

En segundo lugar, llama la atención que, dada la comunalidad de los trastornos ansiosos, no se desarrollen herramientas aplicadas a la clínica que logren establecer una ruta más clara de tratamiento. Como se mencionó al hablar de las dificultades diagnósticas llama la atención la adherencia teórica que han demostrado algunas áreas de la psicología y psiquiatría (Kim y Park, 2019; Hengartner y Lehmann, 2017; Pickersgill, 2014; Andersson y Ghaderi, 2006) que impide progresar en el conocimiento de mejores herramientas que permitan llegar a un tratamiento más adecuado, es decir, con mayor probabilidad de éxito.

Debido a lo anterior la investigación tuvo que realizarse en un plano mucho más descriptivo. Durante la realización de este

estudio, nos encontramos con la dificultad de que gran parte de la literatura disponible se centra en la validación de instrumentos de medición relacionados con los trastornos ansiosos, sin abordar de manera específica el análisis detallado que vincula cada elemento con la ansiedad. En muchos casos, la conexión entre las distorsiones cognitivas, las técnicas de afrontamiento y los trastornos ansiosos requirió la aplicación del juicio clínico y la unificación de definiciones de manera lógica. La ausencia de investigaciones que exploren a fondo estas interrelaciones representa una limitación que destaca la necesidad de futuras investigaciones que se centren en elucidar con mayor detalle la conexión entre los elementos analizados y los trastornos ansiosos.

El estudio, aunque limitado en su alcance, sienta las bases para futuras investigaciones que podrían abordar los vacíos existentes en la comprensión de las distorsiones cognitivas, las técnicas de afrontamiento y su relación con los trastornos ansiosos. La falta de evidencia robusta destaca la necesidad de diseñar y llevar a cabo estudios más extensos y específicos, posiblemente utilizando métodos como ensayos clínicos aleatorizados y análisis a gran escala de poblaciones con trastornos ansiosos. Estos enfoques podrían proporcionar una comprensión más precisa de la asociación entre las distorsiones cognitivas y las técnicas de afrontamiento, así como su utilidad diferencial en distintos casos de trastornos ansiosos. Además, es fundamental abordar las limitaciones en el desarrollo de herramientas clínicas aplicadas que guíen de manera más efectiva el tratamiento de los trastornos ansiosos. La investigación podría orientarse hacia la creación de protocolos de tratamiento más específicos y personalizados, considerando la diversidad de manifestaciones de la ansiedad. Esto podría requerir un cambio en la adherencia teórica que actualmente limita el progreso en el campo, permitiendo así el desarrollo de intervenciones más efectivas y

adaptadas a las necesidades individuales de los pacientes.

En resumen, este estudio subraya la importancia de continuar investigando en la intersección de las distorsiones cognitivas, las técnicas de afrontamiento y los trastornos ansiosos. Aunque la investigación actual se ha centrado en una descripción detallada, el camino hacia tratamientos más eficaces y personalizados para los trastornos ansiosos puede requerir un enfoque más integral y específico en futuras investigaciones.

CONCLUSIÓN

En conclusión, este estudio exploratorio proporciona una visión detallada de las distorsiones cognitivas y las técnicas de afrontamiento asociadas a los trastornos ansiosos. A pesar de las limitaciones derivadas de la falta de evidencia robusta y la necesidad de recurrir al juicio clínico para establecer ciertos vínculos, el trabajo resalta la importancia de seguir avanzando en la comprensión de estas interrelaciones.

La ausencia de investigaciones que aborden de manera específica y detallada la conexión entre cada elemento analizado y los trastornos ansiosos destaca una brecha en el conocimiento que requiere ser llenada. Futuras investigaciones podrían dirigirse hacia la validación de estas asociaciones mediante métodos más rigurosos, como ensayos clínicos aleatorizados y análisis a gran escala de poblaciones con trastornos ansiosos, proporcionando así una base más sólida para la comprensión de estos fenómenos.

Adicionalmente, se evidencia la necesidad de superar las limitaciones en el desarrollo de herramientas clínicas aplicadas que guíen de manera más efectiva el tratamiento de los trastornos ansiosos. La investigación futura

podría orientarse hacia la creación de protocolos de tratamiento más específicos y adaptados a la diversidad de manifestaciones de la ansiedad, superando las barreras teóricas que actualmente restringen el progreso en este campo.

En última instancia, este estudio representa un primer paso hacia una comprensión más integral y específica de las distorsiones cognitivas y las técnicas de afrontamiento en el contexto de los trastornos ansiosos. Se espera que sirva como un llamado de atención para futuras investigaciones que aborden estas cuestiones con mayor profundidad, contribuyendo así al desarrollo de intervenciones más efectivas y personalizadas para los individuos que enfrentan trastornos ansiosos.

REFERENCIAS

- Abdul Rahman, H., Bani Issa, W., & Naing, L. (2021). Psychometric properties of brief-COPE inventory among nurses. *BMC nursing*, 20(1), 1-7.
- Adewoye, S. E., & Du Plessis, A. (2021). Factors that influence emotional disturbance among school bullying bystanders.
- American Psychiatric Association [APA]. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5* (5a. ed. --.). Madrid: Editorial Médica Panamericana
- Andersson, G., & Ghaderi, A. (2006). Overview and analysis of the behaviourist criticism of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM). *Clinical Psychologist*, 10(2), 67-77.
- Beck, A. T. (1967). *The Diagnosis and Management of Depression*. Philadelphia, PA: University of Pennsylvania Press. ISBN 978-0-8122-7674-9.
- Beck, A. T. (1972). *Depression: Causes and Treatment*. Philadelphia, PA: University of Pennsylvania Press. ISBN 978-0-8122-7652-7.
- Beck, A. T. (1975). *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. Madison, CT: International Universities Press, Inc. ISBN 978-0-8236-0990-1.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York, NY: Guilford Press. ISBN 978-0-89862-000-9.
- Cámara, M., & Calvete, E. (2012). P-122-Cognitive schemas predicting anxiety and depressive symptoms: the role of dysfunctional coping strategies. *European Psychiatry*, 27(S1), 1-1.
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). COPE Inventory [Database record]. *APA PsycTests*.
- Chorot, P. & Sandín, B. (1993). Escala de Estrategias de Coping Revisado (EEC-R). Madrid:UNED.
- Covin, R., Dozois, D. J., Ogniewicz, A., & Seeds, P. M. (2011). Measuring cognitive errors: Initial development of the cognitive distortions scale (CDS). *International Journal of Cognitive Therapy*, 4(3), 297-322.
- Craske, M. & Stein M. (2016) Anxiety. *The Lancet*, 388, 3048-3059. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30381-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30381-6)
- Cuthbert, B. N. (2022). Research domain criteria (RDoC): progress and potential. *Current Directions in Psychological Science*, 31(2), 107-114.
- Dror, I. E. (2020). Cognitive and human factors in expert decision making: six fallacies and the eight sources of bias. *Analytical Chemistry*, 92(12), 7998-8004.
- Dudones, E. (2022). The relationship between cognitive distortions, humor styles, coping humor, and self-confidence. *Williams Honors College, Honors Research Projects*. 1508. https://ideaexchange.uakron.edu/honors_research_projects/1508
- Freeman, A., & Oster, C. (1999). *Cognitive behavior therapy*. In M. Hersen & A. S. Bellack (Eds.), *Handbook of comparative interventions for*

- adult disorders (2nd ed., pp. 108–138). New York: Wiley.
- Freeman, A., & DeWolf, R. (1992).** *The 10 Dumbest Mistakes Smart People Make and How to Avoid Them*. New York: HarperCollins.
- Freeman, A., & Fusco, G. (2000).** *Treating high arousal: Differentiating between patients in crisis and crisis-prone patients*. In F. M. Dattilio & A. Freeman (Eds.), *Cognitive behavioral strategies in crisis intervention*. New York: Guilford Press.
- Fruzzetti, A. E. (2022).** Dialectical thinking. *Cognitive and Behavioral Practice*, 29(3), 567–570.
- Frydenberg, E. (1991).** Adolescent coping styles and strategies: Is there functional and dysfunctional coping? *Journal of Psychologists and Counsellors in Schools*, 1, 35–42. doi:10.1017/S1037291100002351
- Hengartner, M. P., & Lehmann, S. N. (2017).** Why psychiatric research must abandon traditional diagnostic classification and adopt a fully dimensional scope: Two solutions to a persistent problem. *Frontiers in psychiatry*, 8, 101.
- Kenwood, M. M., Kalin, N. H., & Barbas, H. (2022).** The prefrontal cortex, pathological anxiety, and anxiety disorders. *Neuropsychopharmacology*, 47(1), 260–275.
- Kim, Y. K., & Park, S. C. (2019).** Classification of psychiatric disorders. *Frontiers in Psychiatry: Artificial Intelligence, Precision Medicine, and Other Paradigm Shifts*, 17–25.
- Kotov, R., Krueger, R. F., Watson, D., Achenbach, T. M., Althoff, R. R., Bagby, R. M., ... & Zimmerman, M. (2017).** The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): A dimensional alternative to traditional nosologies. *Journal of abnormal psychology*, 126(4), 454.
- Kozak, M. J., & Cuthbert, B. N. (2016).** The NIMH research domain criteria initiative: background, issues, and pragmatics. *Psychophysiology*, 53(3), 286–297.
- Lingiardi, V., & McWilliams, N. (Eds.). (2017).** *Psychodynamic diagnostic manual: PDM-2*. Guilford Publications.
- Litman, J. A. (2006).** The COPE inventory: Dimensionality and relationships with approach-and avoidance-motives and positive and negative traits. *Personality and Individual Differences*, 41(2), 273–284.
- Londoño, N. H., Henao López, G. C., Puerta, I. C., Posada, S., Arango, D., & Aguirre-Acevedo, D. C. (2006).** Propiedades psicométricas y validación de la escala de estrategias de coping modificada (EEC-M) en una muestra colombiana. *Universitas psychologica*, 5(2), 327–350.
- Luchinkina, A., Senchenko, V., & Dayrabaeva, A. (2019).** *Cognitive distortions in the ideas of the person about his physical self: standardization of the method*. In *SHS Web of Conferences* (Vol. 70, p. 08026). EDP Sciences.
- Mercan, N., Bulut, M., & Yüksel, Ç. (2023).** Investigation of the relatedness of cognitive distortions with emotional expression, anxiety, and depression. *Current Psychology*, 42, 2176–2185. <https://doi.org/10.1007/s12144-021-02251-z>
- OPD Task Force (Ed.). (2008).** *Operationalized psychodynamic diagnosis OPD-2: Manual of diagnosis and treatment planning*. Hogrefe Publishing GmbH.
- Ortega, Y. M., Gomà-i-Freixanet, M., & Deu, A. F. (2016).** The COPE-48: An adapted version of the COPE inventory for use in clinical settings. *Psychiatry research*, 246, 808–814.
- Ortiz Sánchez, B. F., & Gómez Pinto, D. N. (2021).** Propiedades psicométricas de la Escala de Estrategias de Coping Modificada (EEC-M) en población adulta residente en el municipio de Yopal-Casanare.
- Özdel, K., Taymur, İ., Guriz, S. O., Tulacı, R. G., Kuru, E., & Turkcapar, M. H. (2014).** Measuring cognitive errors using the Cognitive Distortions Scale (CDS): Psychometric properties in clinical and non-clinical samples. *PLoS one*, 9(8), e105956.

- Özdemir, İ., & Kuru, E. (2023). Investigation of Cognitive Distortions in Panic Disorder, Generalized Anxiety Disorder and Social Anxiety Disorder. *Journal of Clinical Medicine*, 12(19), 6351.
- Pace, U., D'Urso, G., & Zappulla, C. (2021). Hating among adolescents: Common contributions of cognitive distortions and maladaptive personality traits. *Current Psychology*, 40, 3326-3331.
- Petrini, L., & Arendt-Nielsen, L. (2020). Understanding pain catastrophizing: putting pieces together. *Frontiers in Psychology*, 11, 603420.
- Pickersgill, M. D. (2014). Debating DSM-5: diagnosis and the sociology of critique. *Journal of Medical Ethics*, 40(8), 521-525.
- Rehna, T., Hanif, R., & Aqeel, M. (2020). Moderating role of gender on the relationship between cognitive errors and anxiety among adolescents. *Foundation University Journal of Psychology*, 4(1), 86-102.
- Schneider, L. H., Pawluk, E. J., Milosevic, I., Shnaider, P., Rowa, K., Antony, M. M., ... & McCabe, R. E. (2022). The Diagnostic Assessment Research Tool in action: A preliminary evaluation of a semistructured diagnostic interview for DSM-5 disorders. *Psychological Assessment*, 34(1), 21.
- Sotimboyevna, K. S., Kizi, I. M. U., & Kizi, R. S. K. (2020). The meaning of overgeneralization. *Достижения науки и образования*, (5 (59)), 42-42.
- Stein, D. J., Palk, A. C., & Kendler, K. S. (2021). What is a mental disorder? An exemplar-focused approach. *Psychological Medicine*, 51(6), 894-901.
- Tasnim, R. A., & Eishita, F. Z. (2022). ARCoD: A Serious Gaming Approach to Measure Cognitive Distortions. In *2022 IEEE 10th International Conference on Serious Games and Applications for Health (SeGAH)* (pp. 1-8). Sydney, Australia. <https://doi.org/10.1109/SEGAH54908.2022.9978556>
- Yurica, C. L., & DiTomasso, R. A. (2005). Cognitive distortions. *Encyclopedia of cognitive behavior therapy*, 117-122.
- World Health Organization [WHO]. (2022). *ICD-11: International classification of diseases* (11th revision). <https://icd.who.int/>



El poder sanador del juego para abordar el trauma complejo en niños y niñas dentro de la Psicoterapia Infantil.

Sofía Villalobos Álvarez *

Abstract

Many children around the world experience what is known as complex trauma, that is, they are exposed to multiple traumatic experiences in a chronic and prolonged manner, which can generate in them feelings that are unbearable and difficult to tolerate. Consequences of this include depression, dysregulation of affection, problems in interpersonal relationships, substance abuse, hopelessness, sadness, among others. However, when we talk about complex trauma. The traumatic component comes when it is perceived as intolerable and exceeds the personal resources of individuals. Therefore, as therapists we have an important task to heal and help these children to re-signify the experiences without it being overwhelming for them. A valuable resource is the use of play in child psychotherapy because it has a great healing power, it allows them to control the uncontrollable, to put distance between what was traumatic and provides them with a therapeutic space to express themselves in a safe and calm environment.

Keywords: *Complex trauma, play, child psychotherapy.*

Resumen

Muchos niños y niñas, alrededor del mundo experimentan lo que es el trauma complejo, es decir, se encuentran expuestos a múltiples vivencias traumáticas de manera crónica y prolongada, que pueden generar en ellos, sentimientos emocionales que les resultan insoportables y difíciles de tolerar. Consecuencia de esto, está la depresión, desregulación del afecto, problemas en las relaciones interpersonales, abuso de sustancias, desesperanza, tristeza, entre otros. El componente traumático viene cuando se es percibido como intolerable y sobrepasa los recursos personales de los individuos. Por lo anterior, es que como terapeutas tenemos una importante labor de sanar y ayudar a esos niños/as a resignificar las experiencias sin que les resulte abrumador. Un buen recurso, es el uso del juego dentro de la psicoterapia infantil ya que posee un gran poder sanador, al permitirles controlar lo incontrolable, poner distancia lo que fue traumático y brindarles ese espacio terapéutico para puedan expresar de manera segura y que les brinde calma.

Palabras clave: *trauma complejo, juego, psicoterapia infantil.*

Introducción:

El trauma complejo es lo que llaman actualmente, una epidemia oculta presente en todo el mundo, y, además, es poco visto ya que erróneamente, se suele pensar que solo les ocurre a niños y niñas que viven en situación de pobreza, abandono y/o maltrato infantil

(Lecannelier, 2018), cuando en realidad, va a depender de como el niño y niña comprende y resignifica esos eventos, y no los eventos en sí mismos. Estas pueden abarcar situaciones de pobreza, maltrato, negligencia, efectivamente, pero también haber sido víctima de bullying y/o perder personas a quienes se consideran significativas.

Lamentablemente, se ha perdido la forma de comprender y mirar al niño más allá de lo que vemos. Por lo tanto, cuando se observa a los/as niños/as con capacidad para jugar o aparentemente sin sintomatología depresiva

* Ps. Pontificia Universidad Católica de Chile.

scvillalobos@uc.cl

AcPI, vol. XVI, 116-124

ante el impacto de los eventos traumáticos, de manera errónea, es interpretado por los adultos, que nada les ocurrió, que se recuperaron rápido y/o hay ausencia de afectación (Soto & Ceruelo, 2007).

Por lo tanto, cuando los niños, niñas y adolescentes están en constante exposición a diversos eventos traumáticos de manera prolongada, sin una adecuada contención, sensibilidad y espacio de escucha, pueden tener serias consecuencias en su desarrollo posterior, entre estas “depresión, ansiedad, odio hacia sí mismo, disociación, abuso de sustancias, conductas autolesivas y comportamientos de riesgo, revictimización, problemas interpersonales y en las relaciones íntimas (incluidos familiares), preocupaciones somáticas y desesperación o desesperanza” (Soler, 2008, en Gutierrez-Gutierrez, 2020, p.34).

Sumado a lo anterior, pueden presentar “problemas en relación con: la regulación del afecto y los impulsos, la memoria y la atención, la autopercepción, las relaciones interpersonales, la somatización, y los sistemas de significado” (Morales Aguilar, 2018, p.137).

Dentro de las reacciones más graves, está el desarrollo de un Trastorno de estrés Post-Traumático (Palacio-Ortiz et al., 2020). Sin embargo, el desarrollo de una psicopatología tiene que ver en cómo interactúan los factores protectores y de riesgo en el desarrollo de los niños, niñas y adolescentes, es decir, en caso de que predominen los factores de riesgo por sobre los protectores, creando un desequilibrio que el individuo no puede compensar, es que puede surgir la psicopatología (Almonte, 2019).

Por todo lo expuesto anteriormente, es que como terapeutas debemos brindar a los niños, niñas y adolescentes “la posibilidad de aprender y desarrollar recursos para encarar las dificultades que la vida le pone por delante, aliviarse y si es posible, recanalizar, resignificar y dar otro lugar a sus angustias y temores” (Haeussler et al., 2019, p.71).

¿Qué es la Psicoterapia Infantil?:

La psicoterapia a modo general puede ser definida como el conjunto de conocimientos, actitudes, valores, habilidades y recursos terapéuticos empleados de manera sistemática e intencional, en el marco de una relación profesional de ayuda psicológica, en el tratamiento de los problemas (Zaldívar, 2013). Asimismo, es primordial asegurar que las estrategias y técnicas utilizadas por parte del terapeuta, no generen daño o transgreda las vivencias propias del paciente (García, 2013).

Si se habla de la psicoterapia enfocado en el área infanto-juvenil, hay que tener en consideración que los niños no son “minis adultos”, por lo tanto, su forma de brindarles tratamiento no puede consistir en un ajuste simplificado de los tratamientos que se hace con adultos (Drewes & Seymour, 2019, en Bagladi et al., 2022). Por lo tanto, hay variables que deben ser tomadas en cuenta, cuando se trabaja en psicoterapia con la población infanto-juvenil. Entre estas son:

- 1) El terapeuta infantil, se centra en las necesidades del niño y le presenta las oportunidades para que pueda explorar, y hallar nuevas opciones de conductas que sean funcionales (Gil, 1991).
- 2) Se le pone importancia al lenguaje que se va a utilizar con los niños, por lo tanto, el terapeuta infantil debe “utilizar técnicas de

instrumentos accesibles a su lenguaje y que, a su vez, resulten lo más naturales y cercanas posible a sus intereses” (de Jongh González, 2017, p.53).

- 3) Buscar asegurarles “un espacio que brinde al niño/a una experiencia enriquecedora y gratificante; que le permita sortear las dificultades por las que está atravesando y potenciar al máximo el desarrollo de sus recursos” (Bagladi et al., 2022, p.249).
- 4) El terapeuta no “considera al niño como un receptor pasivo de las influencias ambientales, sino como un productor activo de tales influencias” (Vasta, 2009, p.21).
- 5) El terapeuta al estar en contacto con las vivencias del niño/a, sus cuidadores y su alrededor, es primordial ser flexible, es decir, poder “ser capaz, de tomar la información que viene de diversas fuentes, y de transformarla en estímulos que -tanto en su forma como su contenido- sean terapéuticamente efectivos” (Bagladi et al., 2022, p.251).
- 6) Se acepta al niño en su totalidad, entregando contención, interés, paciencia, respeto y comprensión. Favoreciendo un espacio de escucha para que el niño se sienta seguro para expresar sus sentimientos (Sanz Cano, 2019).
- 7) Se brinda importancia al vínculo colaborativo con los cuidadores principales del niño, ya que “forman parte crucial del mundo del niño/a; constituyen el entorno significativo, en medio del cual se desarrolla y desenvuelve” (Bagladi et al., 2022, p. 249).

En cuanto, al trabajo que se realiza en psicoterapia infantil, de Pablo (2019), postula que hay ciertas adaptaciones que es necesario para poder acomodarse a las características del niño/a y a su sintomatología, que son:

- 1) Dar la importancia al uso del lenguaje que se va a utilizar para comunicar con el niño en la psicoterapia.
- 2) La necesidad de entender el juego y la actividad lúdica como medio de expresión principal.
- 3) Adaptación de la visión de lo psicopatológico a la infancia y a sus características.
- 4) Dejar en claro encuadre de la psicoterapia para atender los casos infantiles.

Por último, es fundamental recordar que “ajustamos el proceso al paciente y no el paciente a un proceso” (Bagladi et al., 2022, p.259). Por lo tanto, teniendo en cuenta la Zona del desarrollo próximo, propuesto por Vygotsky (1969) es fundamental tener conocimiento de lo que es esperable según la etapa del desarrollo del niño/a, para comprender en que situaciones el paciente va a poder lograr cambios con ayuda del terapeuta y de sus cuidadores, a alcanzar las zonas potenciales de su desarrollo. De esta forma, es primordial contar con una “adecuada comprensión de la disposición que el niño/a pueda tener frente al proceso terapéutico acorde a su edad” (Bagladi et al., 2022, p.251).

Uso del Juego en la Psicoterapia Infantil:

Teniendo en cuenta que, “los juguetes son usados como palabras por los niños y el juego es su lenguaje.” (Landreth, 2002, p.16) , es que el juego es un buen recurso dentro de la Psicoterapia infantil, debido a que, facilita la comunicación, la expresión de sentimientos, ansiedades, pensamientos y conductas en una atmósfera que es segura y acogedora para el niño y niña (Esquivel, 2000).

Recordando lo mencionado anteriormente, la importancia de ajustar “el proceso al paciente y no el paciente a un proceso” (Bagladi et al., 2022, p.259), es que el

terapeuta va a ir adaptando el juego en base a lo que vaya surgiendo y lo que el niño vaya permitiendo. Tal adaptación en que el/la terapeuta va a ir encauzando durante el proceso de juego, puede estar basado en el “Modelo de dimensiones en Terapia de Juego (PTDM)” planteado por Gardner & Yassenik (2012), en donde presenta dos dimensiones principales:

- 1) Por un lado, está el eje vertical, está *la dimensión de conciencia*, que refiere a la conducta observada y las verbalizaciones que brinda el niño, que va desde lo simbólico a lo literal. Lo simbólico indica que no hay conexión consciente a la propia experiencia y lo literal, es una forma de juego en donde verbaliza explícitamente sus experiencias de vida.
- 2) Por otro lado, en el eje horizontal, está *la dimensión de la directividad*, que se refiere al grado de inmersión de la terapeuta en el juego. En esa dimensión, funciona como un continuo, al comienzo, cuando se sigue el juego del niño, puede hacer seguimientos y reflejos, y en el otro extremo, la terapeuta ya actúa como un co-facilitador y es activa en la profundización del juego.

Además, el uso del juego en psicoterapia se basa en la idea de que cada niño lleva dentro de sí mismo, la habilidad para resolver sus propios problemas de una manera efectiva. Sumado a esto, es una actividad que permita que el/la niño/a mediante observación hacia la terapeuta y el contenido del juego, va aprendiendo a moldear la conducta antigua hacia una nueva, formando un impulso de crecimiento (Axline, 1975).

No obstante, para crear ese ambiente seguro para los niños y niñas, es fundamental contar con un espacio habilitado para jugar, para eso, Jenschke & Martínez (2020), sugieren tener en consideración la presencia de tres aspectos:

- 1) Físico: es lo que se conoce el lugar que se realizará la terapia. Este debe ser seguro, que cuente con los materiales de juegos seleccionados y que sea cálido para el niño.
- 2) Temporal: tiene que ver con el tiempo y la percepción de temporalidad dentro de la terapia.
- 3) Relacional: alude al vínculo paciente-terapeuta mediante el juego.

De esta manera, se construiría un ambiente seguro y contenedor “donde pueden hacer y decir cosas, desenvolverse de formas que podrían no considerarse aceptables fuera de la sala de terapia de juego” (Dion, 2021, p.31)

Herramientas terapéuticas utilizadas dentro del juego en Psicoterapia Infantil:

En base a Oaklander (1992) postula que los niños que han vivido situaciones dolorosas, en ocasiones, “se construyen un mundo de fantasía porque encuentran difícil vivir en su mundo real” (p.34). Por lo tanto, a través del juego permite al terapeuta adentrarse a su mundo interno en paralelo, que el niño/a disfruta. Puede ser oral y/o escrita, con títeres, dibujos, plastilina, entre otros. A continuación, se ahondará algunos de los recursos que se pueden utilizar para acceder al mundo interno de esos niños y niñas en espacio de juego, según lo propuesto por Oaklander (1992):

- 1) Dibujos.
- 2) Narración, poesía y títeres.
- 3) Trabajo con plastilina.
- 4) Dramatización.
- 5) Bandeja de arena.

De esta manera, el niño fortalece su yo y desarrolla funciones que le permiten contactarse consigo mismo y con su entorno (Oaklander, 1978).

¿Qué se entiende por trauma complejo?

Primero, es relevante comprender que cuando se habla de trauma, no siempre se refiere a una psicopatología, sino que alude a la ausencia de recursos y respuesta adecuada por parte del niño hacia el evento que le causa reacciones emocionales dolorosas que hace que sea insoportable y con ello, una fuente de estados traumáticos y aparición de alguna psicopatología (Stolorow, 1992).

Por lo tanto, “el trauma se relaciona con lo que el ser humano, ya no puede tolerar y enfrentar, pasándole la cuenta en todos los niveles y ámbitos de su ser en el corto y a largo plazo” (Lecannelier, 2018, p.14) y que el “trauma” no es por el suceso en sí mismo, sino que el componente traumático, viene a ser el efecto que ejerce sobre la persona que lo vivencia (Morales Aguilar, 2018).

Bajo ese concepto, surge lo que se conoce como “trauma complejo”, que tiene que ver con la exposición continua a múltiples eventos traumáticos, de manera prolongada (Granados Roa, 2019). En otras palabras, es vivir la experiencia de sufrir constantes traumatizaciones, de origen personal y que trae graves consecuencias en el desarrollo de los niños y niñas (Van der Kolk et al., 2005).

Aun cuando suenen parecidos, la principal diferencia radica en que el trauma generalmente se relaciona con un único evento significativo, como la muerte de un familiar, la separación de los padres o un accidente, en cambio, el trauma complejo refiere a cuando el niño o niña, se encuentra expuesto a un evento traumático reiteradas veces.

Además, el Trauma complejo tiene cuatro características principales (Lecannelier, 2018):

- a. Estar o haber sido expuesto a múltiples experiencias traumáticas, como el maltrato, negligencia, abuso, accidentes, bullying, pérdida de personas significativas.
- b. Desorganización sistémica del cuerpo y la mente, que puede ser a nivel biológico, somático, emocional, cognitivo, psicológico, relacional, social y cultural.
- c. Representación e imagen de la realidad y de sí mismo alterada, que se puede ver una autoestima extremadamente negativa, desconfianza de los otros, inseguridad, culpa.
- d. Alteración de todos los ámbitos de la vida, como la familiar, escolar, legal, con pares y en la sociedad.

A nivel cerebral, cuando un niño/a se encuentra en un entorno nutritivo y saludable no requiere gastar su energía para la sobrevivencia, sino que para el desarrollo cognitivo y social. No obstante, cuando un niño/a se encuentra expuesto a eventos traumáticos que suponen para él/ella un trauma, el procesamiento de la información cognitiva, emocional y sensoriomotriz, se alteran. Debido a que, la desregulación de la activación fisiológica rige el procesamiento emocional y cognitivo de esas personas, provocando que las emociones se perciban más intensas, haya mayor presencia de pensamientos rumiativos y malinterpreten los estímulos ambientales actuales mezclando con los estímulos que corresponden al trauma que se vivió en el pasado (Ogden et al., 2006).

En otras palabras, han experimentado eventos lo “suficientemente desbordantes como para demandar del niño un esfuerzo adaptativo para el que sus recursos cognitivos, emocionales y neurobiológicos no están preparados” (Fonseca-Rondón et al., 2023, p.153).

Como forma de responder ante esos eventos percibidos por ellos como traumáticos, “los niños pueden presentar algunas manifestaciones específicas como el juego postraumático (juego repetitivo sobre el hecho traumático), mientras que otras son comunes con los adultos como sentimientos de culpa, autorreproches, dependencia e impulsividad” (Soto & Ceruelo, 2007, p.104). Ahora, si hablamos de las reacciones más graves, está el desarrollo de un Trastorno de estrés Post-Traumático (Palacio-Ortiz et al., 2020).

Uso del juego en contexto de trauma complejo:

El juego puede resultar sanador para los niños y niñas, debido a las siguientes razones, entre estas, las que fueron postuladas por Bagladi et al., (2022):

- 1) Permite exteriorizar el mundo interno del niño, pero al ponerlas “fuera”, le permite operar sobre él y ganar distancia.
- 2) El juego concreta las vivencias internas del niño, especialmente en niños pequeños donde el manejo sensorio motriz de objetos concretos actuaría de recurso para el manejo de energía, expresión emocional y promovería vínculo entre terapeuta y paciente.
- 3) Se miniaturiza, quedando en el espacio que le fue dado, dando una sensación de “control”. Por lo tanto, a través del juego, permite a los niños cambiar lo inmanejable de su realidad, a situaciones abarcables mediante expresión simbólica porque puede resultarle muy doloroso reconocerla en sí mismo.

Sumado a lo anterior, mencionar que, cuando se está expuesto a vivencias de trauma de manera crónica, se desactiva el sistema de conexión social ubicada en el nervio vago

central responsable de desactivar el sistema de defensa (lucha o huida) y de experimentar niveles óptimos de excitación en el sistema nervioso. Por lo tanto, el Sistema Nervioso simpático, se encuentra muy activado provocando mucha activación fisiológica que se percibe excedida por el propio individuo. (Porges, 2009).

Así que, para activar el sistema de conexión social, este depende en gran medida de la neurocepción de seguridad que se activa al estar en contacto con otros (Porges, 2009). Por lo tanto, el juego al ser una forma de estar en interacción con un otro activaría esa neurocepción de seguridad, por ende, permitiría de una forma segura, manejar estados fisiológicos de alta excitación sin activar mecanismos de defensa de lucha o huida. Bajo esa premisa, el jugar con el terapeuta, permitiría mantener activo el sistema de conexión social del niño/a al hacerlo sentir seguro/a, por lo tanto, nos permite como terapeutas, adentrarnos a las experiencias traumáticas sin que se activen las defensas, ya que le brindamos al niño ese ambiente de calma y seguridad que necesita para reelaborar esa experiencia.

Análisis y discusión:

Al momento de estudiar lo que es el trauma complejo, fue en su medida, difícil porque se entremezclaba con el concepto de trauma y Trastorno por Estrés Post-Traumático como si fuesen conceptos similares.

Por ejemplo, cuando uno lee o escucha “trauma”, se viene a la mente ejemplos de eventos traumáticos y desgarradores como catástrofes naturales de alto impacto; accidentes, maltrato, abuso infantil,

negligencia o situaciones que implica riesgo para la vida. No obstante, el componente traumático no es el evento en sí mismo, sino que, lo que fue para la persona que lo vivió y que supera todos sus recursos personales para poder afrontarlo, resultando para ellos, intolerable de manejar y significando un gran desgaste emocional y físico en su diario vivir.

Por otro lado, está el trauma complejo, que si bien tiene en común con el concepto de trauma, es que el evento traumático resulta intolerable de manejar y sobrepasa los recursos propios, es que el complejo, no es la vivencia de un evento único, sino que, ha vivenciado el evento traumático de manera crónica y prolongada. Con serias consecuencias para el bienestar socioemocional de los niños y niñas.

Con respecto, al trauma complejo y el TEPT, es de esperar que, tras vivir esos eventos traumáticos, las personas pueden desarrollar lo que se conoce como el Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT), sin embargo, no siempre es así. En la actualidad, cada vez más se visualiza otra forma de trauma que también involucra exposición a eventos traumáticos de manera crónica y prolongada, acompañada de síntomas pero que son diferentes al TEPT, y este se conoce como Trauma Complejo.

No obstante, a diferencia del TEPT, los síntomas son más generalizados y cuando son aparentemente “funcionales” según la perspectiva de los adultos, se cae en el error, de que lo que viven esos niños, no ha supuesto un impacto en su bienestar socioemocional y se ha perdido la forma de mirarlos y comprenderlos desde su propio mundo y etapa del desarrollo. Por lo tanto, son niños y niñas que no han sido visualizados como merecen.

Conclusión:

Por lo anterior, no suelen ser visualizados y reconocidos erróneamente, porque se suele pensar que solo les ocurre a niños y niñas que viven en situación de pobreza, abandono y/o maltrato infantil. Cuando en realidad, el bullying y la pérdida de las personas significativas para la vida de esos niños, cuando es de forma frecuente, crónica y prolongada, sin apoyo y contención, pueden ser también consideradas como vivir un Trauma complejo.

Por lo anterior, como terapeutas, debemos recordar que los niños y niñas, no son adultos en su versión miniatura, por lo tanto, no debemos darles el tratamiento “más simplificado” al que se les brinda a los adultos, porque son etapas del desarrollo diferentes. Además, de que tenemos la responsabilidad de brindar a esos niños su propio espacio seguro y que les brinde la calma que necesitan, procurando usar estrategias que sean accesibles a su lenguaje. Así como también, darles un ambiente que les permita “aprender y desarrollar recursos para encarar las dificultades que la vida le pone por delante, aliviarse y si es posible, recanalizar, resignificar y dar otro lugar a sus angustias y temores” (Haeussler et al., 2019, p.71).

Por lo expuesto anteriormente, una gran forma de acceder a su propio mundo interno es el juego, ya que es su forma de comunicarse, y les permitirá reelaborar esas experiencias bajo la perspectiva de que están “solo jugando”, por lo tanto, nos permite como terapeutas abordar esos temas que para ellos les puede resultar dolorosas. Además, el poder sanador radica en que les permite en el contexto de juego, marcar distancia y tener la sensación de poder controlar lo incontrolable. Por último, no olvidar que son niños y niñas,

que se han sentido sin recursos para poder afrontar lo que siempre han estado expuestos, por lo que han perdido la capacidad de confiar y por sobre todo, de sentirse seguros, por lo tanto, el juego es un recurso que les activará la neurocepción de seguridad al estar en contacto con su terapeuta en contexto de disfrute, juego, bajando sus defensas, sintiéndose en calma y con el tiempo, lograr que se sientan seguros y capaces de resignificar esas experiencias.

Referencias

- Almonte, C. & Montt, M. (2019).** *Psicopatología Infantil y de la Adolescencia*. 3a edición. Editorial Mediterráneo.
- Axline, V. M. (1975).** *Terapia de juego*. Editorial Diana.
- Bagladi, V., Opazo, M., & Schmidt, M.I. (2022).** Psicoterapia integrativa EIS en la infancia. En Manual de Psicoterapia Integrativa EIS: Potenciando el Cambio en la Clínica Aplicada (pp.151-319). Ediciones ICPSI.
- de Jongh González, O. (2017).** Psicoterapia infantil: elementos distintivos y propuesta de intervención. *Alternativas en psicología*, 37.
- de Pablo Urban, J. M. (2019).** Psicoterapia infantil sistémica: la integración de diferentes enfoques psicoterapéuticos. *Revista de Psicoterapia*, 30(112), 189-218. <https://doi.org/10.33898/rdp.v30i112.267>
- Gil, E. (1991).** *The Healing Power of Play: Working with Abused Children*. Editorial The Guilford Press.
- Dion, L. (2021).** *Agresividad en terapia de juego: un enfoque neurobiológico para la integración de la intensidad*. Editorial Synergetic Play Therapy Institute.
- Esquivel, F. (2000).** *Psicoterapia infantil con juego: casos clínicos*. Editorial El Manual Moderno.
- Fonseca-Rondón, A. C., Fajardo-Guzmán, L. N., Gutiérrez-Royo, C. L., Mogollón-Pulido, V., Grau-González, I. A., & Ortega, L. (2023).** Experiencias adversas y protectoras durante el desarrollo temprano: Un modelo transaccional de mecanismos psicobiológicos. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 28(2), 151-165.
- García A. (2013).** *Psicología clínica infantil. Su evaluación y diagnóstico*. Félix Varela.
- Gardner, K., & Yasenik, L. (2012).** *Play Therapy Dimensions Model*. Jessica Kingsley.
- Granados Roa, A. (2019).** *Trauma complejo en niños, niñas y adolescentes: propuesta y uso de un etograma centrado en comportamiento no verbal de regulación emocional y respuesta al estrés*.
- Gutiérrez Gutiérrez, L. M. (2020).** Efectos contextuales del trauma complejo en la expresión de comportamientos prosociales, externalizantes e internalizantes en niños que se encuentran institucionalizados en Bogotá.
- Haeussler, I. M., Léniz I., Bunge, C., & Bonfill, M. (2019).** *Psicoterapia de niños y adolescentes: actividades para la práctica clínica*. Editorial Catalonia.
- Hervás, G., & Vázquez, C. (2006).** La regulación afectiva: modelos, investigación e implicaciones para la salud mental y física. *Revista de psicología general y aplicada*, 59(1-2), 9-36.
- Jenschke, M. F., & Martínez, M. J. (2020).** Psicoterapia de juego en línea: la posibilidad del (re) encuentro. *Vincularte*, (5), 37-50.
- Landreth, G. (2002).** *Play Therapy. The art of the relationship*. Brunner-Routledge.
- Lecannelier, F. (2018).** *El trauma oculto en la infancia*. Editorial Penguin Random House.
- Morales Aguilar, D. P. (2018).** Desafíos en psicoterapia: trauma complejo, apego y disociación. *Avances En Psicología*, 26(2), 135-144. <https://doi.org/10.33539/avpsicol.2018.v26n2.1186>

Oaklander, V. (1978). *El tesoro escondido: la vida interior de niños y adolescentes.* Editorial Cuatro Vientos.

Oaklander, V. (1992). *Ventanas a Nuestros Niños.* Editorial Cuatro Vientos.

Ogden, P., Minton, K., & Pain, C. (2006). *El Trauma y el cuerpo, un modelo sensoriomotriz de psicoterapia.* Desclée de Brouwer.

Palacio-Ortiz, J. D., Londoño-Herrera, J. P., Nanclares-Márquez, A., Robledo-Rengifo, P., & Quintero-Cadavid, C. P. (2020). Trastornos psiquiátricos en los niños y adolescentes en tiempo de la pandemia por COVID-19. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 49(4), 279-288.

Porges, S. (2009). *The polyvagal theory: neurophysiological foundations of Emotions Attachment Communication Self-Regulation.* Editorial W.W Norton & Company.

Sanz Cano, P. J. (2019). El juego divierte, forma, socializa y cura. *Pediatría Atención Primaria*, 21(83), 307-312.

Soto, P. O., & Ceruelo, E. E. (2007). Estrés postraumático en niños y adolescentes: la intervención desde Atención Primaria. *Pediatría Atención Primaria*, 9(33), 101-112.

Storolow R. D., (1992). *Los contextos del ser, las bases intersubjetivas de la vida psíquica.* Editorial Herder.

Van der Kolk B., Roth S., Pelcovitz D., Sunday S. & Spinazzola J. (2005) *Journal of Traumatic Stress*, Vol. 18, No. 5, 389–399.

Vasta, R. (2009). *Psicología infantil.* Editorial Ariel.

Vygotsky, L.S. (1979). *El desarrollo de los procesos psicológicos superiores.* Editorial Crítica.

Zaldívar, D. (2013). *Práctica psicoterapéutica.* Félix Varela.

Aportes de Pre-Grado

Salud mental y percepción de la Carrera Dual en estudiantes-deportistas de la Pontificia Universidad Católica de Chile

Martín Montes*
Magdalena Williamson*
Elisa Sandrock*
Pilar Fajardo*

Abstract

Dual career (DC), which combines sports with academic or professional trajectories, can become a risk factor for mental health when adequate resources to address its challenges are lacking. This study aimed to assess the mental health status and DC experiences of university student-athletes at PUC. A questionnaire was administered based on the *FISU questionnaire on dual career*, GAD-7, and PHQ-9, complemented by two open-ended qualitative questions. A primarily quantitative methodology was used, with an exploratory qualitative component. The sample consisted of 32 participants (56.2% women and 43.8% men) from six different sports, with an average age of 21.8 years. The main challenges identified were limited free time, extended study hours, and overload resulting from combining athletic and academic demands. Participants also highlighted the lack of psychological support and academic flexibility. Fifty percent of the sample showed symptoms of anxiety, and 43.9% showed symptoms of depression. It is concluded that DC can negatively impact mental health, particularly due to structural barriers that hinder its development. Implementing policies that promote well-being and provide psychological, academic, and athletic support is essential to fostering balance in DC.

Key words: *Dual career, mental health, student-athletes, higher education*

Resumen

La Carrera Dual (CD), que combina la trayectoria deportiva con la académica o laboral, puede convertirse en un factor de riesgo para la salud mental cuando no se disponen de recursos adecuados para afrontar sus exigencias. El presente estudio tiene por objetivo conocer el estado de salud mental y la experiencia de Carrera Dual (CD) de estudiantes-deportistas universitarios/as de la PUC. Se aplicó un cuestionario confeccionado en base al *FISU questionnaire of dual career*, el GAD-7 y el PHQ-9, con dos preguntas abiertas de estilo cualitativo como complemento. Se utilizó una metodología principalmente cuantitativa, con un componente exploratorio cualitativo. La muestra fue de 32 sujetos (56.2% mujeres y 43.8% hombres) de seis deportes diferentes, con un promedio de edad de 21.8 años. Los resultados muestran como principales dificultades en la CD el poco tiempo libre, la ampliación del tiempo de estudio y la sobrecarga por la combinación de la carga académica y deportiva. Se destaca además la percepción de falta de apoyo psicológico y flexibilidad académica. Un 50% de los participantes presentó sintomatología ansiosa y un 43.9% sintomatología depresiva. Se concluye que la CD puede tener un impacto significativo en la salud mental, especialmente debido a los obstáculos del entorno que dificultan su realización. Es fundamental implementar políticas que promuevan el bienestar y brinden apoyo psicológico, académico y deportivo para favorecer el equilibrio en la CD.

Palabras clave: *Carrera dual, salud mental, estudiantes-deportistas, educación superior.*

INTRODUCCIÓN

El deporte de alto rendimiento, profesional o semi-profesional, supone una serie de exigencias a nivel técnico, físico y mental, y muchas veces a estas demandas debemos añadirles las del mundo académico o laboral.

La compatibilización del mundo deportivo con el vocacional ha comenzado a ser un tema de cada vez mayor relevancia en la psicología del deporte, en especial teniendo en consideración las posibles consecuencias que esta tiene para la salud mental de los deportistas (Stambulova & Wylleman, 2019; Stambulova et al., 2024). En este sentido, los deportistas no sólo deben ser capaces de rendir adecuadamente en su disciplina, sino también en el área académica y/o laboral.

* 4º año Psicología Pontificia Universidad Católica de Chile. mmontem@uc.cl

* 4º año Psicología Pontificia Universidad Católica de Chile. mwilliamsonu@uc.cl

* 4º año Psicología Pontificia Universidad Católica de Chile. elisasandrock@uc.cl

* 4º año Psicología Pontificia Universidad Católica de Chile. pilar.fajardo@uc.cl

Es así como emerge el término de Carrera Dual (CD), el cual es entendido como aquella carrera que tiene como foco principal el deporte y los estudios o el trabajo (Stambulova & Wylleman, 2015). El concepto aparece por primera vez mencionado en el documento *“White paper on sport”* de la Unión Europea (2007) con el objetivo de proteger los “intereses éticos, educativos y profesionales” (p.6) de los deportistas. Recién en 2012, fue elaborado el documento *“Guidelines on Dual Careers of Athletes: Recommended Policy Actions in Support of Dual Careers in High-Performance Sport”* (European Union, 2012), donde se instala la necesidad de promocionar e investigar las carreras duales, como también protegerlas con acciones políticas concretas que faciliten su desarrollo.

En Chile, el contexto es radicalmente distinto, dado que no existen políticas deportivas en la educación destinadas a la promoción y cuidado de los deportistas que deciden llevar una CD (Aguilar y Flández, 2020). En este sentido, se ha encontrado que hay un bajo desarrollo de aspectos claves para la promoción de la CD en la educación superior del país (Katalejo, 2022). Debido a esto, se realizó la presente investigación que tiene por objetivo conocer el estado de salud mental de estudiantes-deportistas de la Pontificia Universidad Católica de Chile (PUC) y su percepción sobre la CD en la universidad.

Conceptualización de la Carrera Dual

Los/as deportistas usualmente se ven enfrentados a diversos desafíos al intentar compatibilizar el deporte con los estudios o el trabajo. Independiente del nivel en que se encuentren, la búsqueda de su mejor rendimiento en sus disciplinas correspondientes supone responder efectivamente a las demandas de su deporte, y si es que no se dedican exclusivamente

a este, también a las del mundo académico o laboral. En este sentido, la psicología deportiva ha conceptualizado este fenómeno como Carrera Dual, la cual es definida como una carrera que tiene como foco principal el deporte y los estudios o el trabajo, y consta también de transiciones de CD que son transiciones simultáneas de los/as deportistas en el deporte y la educación o el trabajo (Stambulova & Wylleman, 2015).

El concepto carrera dual proviene de una comprensión del/la deportista desde la perspectiva de la psicología del desarrollo. Debido a esto, Wylleman y Lavallee (2004) propusieron el “Modelo de Desarrollo de las Transiciones que Enfrentan los/as Deportistas” (Wylleman & Lavalle, 2004) con el que reconceptualizaron la figura del/la deportista como una “persona completa” (Wylleman y Lavalle, 2004, p. 523), en la que su carrera no sólo tiene un desarrollo deportivo, sino que también a nivel familiar, académico, social y vocacional. Esta perspectiva fue revisada y complementada, reformulándose como el “Modelo Holístico de Carrera Deportiva” (Wylleman et al., 2019; como se citó en Asensio Castañeda et al., 2023) en el que se incluyó la dimensión económica y legal como niveles relevantes a incluir en el desarrollo del deportista como persona. Esta visión entrega un entendimiento de la carrera del/la deportista en su totalidad, incluyendo los diversos contextos en que este despliega su vida, lo cual permite identificar sus necesidades para llevar una carrera exitosa alineada a su bienestar personal.

Una perspectiva holística de la Carrera Dual

El modelo holístico de Carrera deportiva (Wylleman et al., 2019; como se citó en Asensio Castañeda et al., 2023), inserta los seis niveles de desarrollo (deportivo, psicológico, psicosocial, académico/vocacional, financiero y legal) dentro

del ciclo vital y fueron definidos y alineados con indicadores de edad cronológica. Cada nivel tiene etapas consecutivas que interactúan entre sí, emulando los estadios del desarrollo propuestos por Erikson (1963; como se citó en Wylleman & Lavallee, 2004). Para comprender lo anterior, se puede observar el nivel deportivo que se compone de las etapas y transiciones dentro del desarrollo atlético del deportista: una etapa de iniciación, una etapa de desarrollo durante la cual los jóvenes atletas talentosos intensifican su entrenamiento y competiciones, una etapa de perfeccionamiento o maestría que coincide con entornos atléticos de alto rendimiento y la etapa de retiro del deporte (Wylleman et al., 2019; como se citó en Castañeda et al., 2023).

Cada etapa del ciclo vital del deportista contiene transiciones asociadas, las cuales se definen como una fase de cambio en el desarrollo de los/as deportistas que conlleva un conjunto de demandas (generalmente evaluadas como estresores) y requiere de procesos de afrontamiento adecuados para continuar con la carrera deportiva y otras carreras paralelas, como la educación o el trabajo (Alfermann & Stambulova, 2007; Stambulova & Wylleman, 2014; como se citó en Stambulova, 2017). Existen dos taxonomías para comprender las transiciones del/la deportista. La primera distingue entre transiciones deportivas, no deportivas y de CD (Stambulova, 2017). La segunda taxonomía se basa en la probabilidad de que estas transiciones ocurran. En primer lugar, se tienen las transiciones normativas (que son comunes a la mayoría y generalmente predecibles, ej. la retirada deportiva), luego las transiciones cuasi-normativas (que son predecibles para sólo una parte de los/as deportistas, ej. transición cultural para deportistas que continúan su carrera en el extranjero) y transiciones no-normativas (no son

predecibles, ej. lesiones) (Stambulova, 2016; como se citó en Stambulova, 2017).

A lo largo de su trayectoria, los/as deportistas en CD generalmente atraviesan tres grandes transiciones de CD: (1) de la educación secundaria a la educación secundaria superior en escuelas nacionales de deporte de élite o similares (Stambulova et al., 2015; como se citó en Stambulova et al., 2024), en Chile, esta primera transición se comprende como el paso de educación básica a media en colegios que les permitan desarrollar su deporte; (2) de la educación secundaria superior (en Chile, educación media) a la educación superior (universidad, institutos técnicos, etc.), que a menudo coincide con la transición de junior a senior en el ámbito deportivo (Brown et al., 2015; Defruyt et al., 2020; Wylleman et al., 2020; como se citó en Stambulova et al., 2024); y tras la graduación de la educación superior, hacia una CD en el deporte y el trabajo (Torregrossa et al., 2015, como se citó en Stambulova et al., 2024).

Es relevante comprender las transiciones debido a que estas suponen la aparición de demandas o estresores que el/la deportista debe afrontar para poder adaptarse al contexto o etapa de su vida. Una transición exitosa es el resultado de un afrontamiento efectivo que presenta una buena correspondencia entre las demandas de la transición y los recursos del/la deportista (este es el camino de transición más favorable) (Stambulova, 2017). Una transición de crisis es el resultado de un afrontamiento ineficaz (causado, por ejemplo, por recursos limitados, barreras excesivas y estrategias de afrontamiento ineficaces) (Stambulova, 2017). La crisis puede tener dos resultados secundarios: una transición exitosa "retrasada" con la ayuda de una intervención efectiva (el segundo camino favorable), y una transición fallida (el camino

desfavorable) asociada con la retirada prematura del deporte u otras consecuencias negativas (por ejemplo, el desarrollo de psicopatologías como la depresión clínica) (Stambulova, 2017). En este sentido, es relevante mencionar que es común que existan crisis en el desarrollo de los/as deportistas, sin embargo, es importante que estas reciban el apoyo e intervención adecuada para que se puedan superar de buena manera y evitar consecuencias negativas para su bienestar y carrera deportiva.

Tipos de Carrera Dual

Una "Carrera Dual de excelencia" se define como la capacidad de mantener una carrera saludable, exitosa y duradera en el deporte, en combinación con la educación y/o el trabajo (Stambulova, 2022; como se citó en Stambulova et al., 2024). En esta definición, "saludable" implica la capacidad de ser adaptable y de contar con recursos de afrontamiento en el contexto de CD; "exitosa" significa buscar y mantener un equilibrio óptimo en la CD; y "duradera" implica transiciones fluidas en la CD (Stambulova, 2022; como se citó en Stambulova et al., 2024).

Existen diversas formas de realizar una CD. Pallarés et al. (2011; como se citó en Torregrosa et al., 2016) definieron tres modelos de trayectoria deportiva en función de la priorización de espacios de los deportistas. En primer lugar, está la carrera lineal, que supone la focalización exclusiva y única del deportista en su disciplina. Luego se añade la carrera convergente, que refiere a los deportistas que combinan el deporte con estudios o trabajo entregándole mayor importancia, preferencia y dedicación al deporte. En último lugar, está la carrera paralela, en la que el deporte y estudios o trabajo reciben el mismo nivel de atención, aunque en momentos puntuales se puede priorizar uno sobre otros o viceversa (Pallarés et al., 2011; como se citó en

Torregrosa et al., 2016). En este sentido, tanto la carrera convergente como la paralela encajarían con lo referido como CD. Sin embargo, es importante mencionar que también se ha hecho uso análogo de la trayectoria paralela con la convergente, dado que no se encontrarían diferencias significativas entre ambos estilos, por lo que para poder establecer una distinción en el tipo de trayectoria se indicaría como especificador que es una carrera convergente con foco en la educación/trabajo o con foco en el deporte (Cartigny et al., Chamorro et al.; Mateu et al.; Torregrosa et al., 2015; como se citó en Stambulova, 2024). Para el presente trabajo, se utilizará el término de carrera convergente con el de carrera paralela indistintamente, debido a que no presenta diferencias significativas para el objeto de estudio y también porque este uso responde a la literatura más actualizada que fue encontrada.

Desafíos en la Carrera Dual

La CD para los/as deportistas supone exigencias desde diversos contextos y espacios en los que este se despliega, esto implica que deben aprender a priorizar o gestionar las demandas que se le presentan de manera eficiente. Existen muchos desafíos y cada uno encuentra su lugar en una etapa y nivel determinado de la vida del/la deportista. A nivel deportivo, la transición de categorías junior a senior plantea retos significativos, como mayores niveles de entrenamiento, estándares de rendimiento más altos, cambios de equipo o entrenador y un incremento en las expectativas externas e internas (Torregrosa et al., 2016; Stambulova et al., 2024). Desde un punto de vista psicológico, los/as deportistas en esta etapa se encuentran en pleno desarrollo de su identidad y autonomía (principalmente asociado a la maduración adolescente y también al proceso de convertirse

en adultos/as), enfrentando además posibles conflictos de roles entre ser deportista y estudiante (Stambulova et al., 2024). En el ámbito psicosocial, deben equilibrar sus compromisos con una vida social limitada, lo que incluye mantener relaciones significativas en medio de sus numerosas responsabilidades (Stambulova et al., 2024).

En el contexto académico y vocacional, los desafíos son particularmente evidentes al ingresar a la universidad, donde los/as estudiantes-deportistas deben adaptarse a un entorno más autónomo y asumir mayores responsabilidades mientras eligen su trayectoria profesional (Stambulova et al., 2024). Además, el componente financiero juega un papel crucial, ya que muchos necesitan apoyo económico a través de becas, patrocinios o empleos flexibles para sostener su desarrollo académico y deportivo (Stambulova et al., 2024). También enfrentan limitaciones legales asociadas a la minoría de edad, lo que restringe su autonomía y les obliga a gestionar de manera cuidadosa los recursos disponibles para su trayectoria dual (Stambulova et al., 2024).

El Modelo Holístico de Carrera Deportiva (Wylleman et al., 2019) ofrece una perspectiva integral que facilita la identificación de factores protectores y de riesgo en las diversas áreas de la vida del/la deportista. Sin embargo, las dificultades para equilibrar estas demandas pueden generar presión, ansiedad y, en algunos casos, el abandono de una de las áreas involucradas (Gustafsson et al., 2008; Aquilina, 2013; O'Neill et al., 2013; Torregrosa et al., 2015; Sorkkila et al., 2017; Gavala-González et al., 2019; como se citó en Gavala-González et al., 2020). Por lo tanto, para que una CD sea exitosa, es fundamental implementar estrategias que promuevan una compatibilidad saludable entre los distintos roles, protegiendo tanto la salud

mental como el rendimiento integral del deportista.

Revisión de literatura – Nacional

En Chile, diversos estudios han abordado la Carrera Dual, analizando no solo los distintos apoyos que reciben, sino también los desafíos que enfrentan los/as deportistas en su desarrollo integral.

El primer estudio que resulta relevante destacar fue el realizado por Aguilar y Flández (2020), que tuvo como objetivo identificar factores obstaculizadores asociados al proceso académico de 19 medallistas de los Juegos Panamericanos Lima 2019 en la disciplina de Remo. En este, los/as deportistas encuestados manifestaron la falta de políticas deportivas en la educación superior, que tengan como fin el cuidado y la promoción de estos estudiantes, como el principal obstáculo identificado (Aguilar y Flández, 2020). A su vez, también se identificaron los bajos beneficios de arancel como una barrera que incide en cómo los/as estudiantes-deportistas perciben su CD (Aguilar y Flández, 2020). En base a estas problemáticas, los autores plantean la sugerencia de crear un currículum que sea flexible, con mayor oferta de becas para beneficiar a sus estudiantes-deportistas en el curso de su CD (Aguilar y Flández, 2020).

Por otro lado, Ibarra Del Canto (2020) buscó analizar la construcción de identidad de 6 atletas Federados de Chile de alta exigencia, que paralelamente cumplían con sus carreras universitarias. En particular, se destaca como dificultad la percepción de cansancio y sobre exigencia producto de la alta carga académica que puede llegar a afectar su rendimiento deportivo (Ibarra Del Canto, 2020). Se concluyó que, en la mayoría de las personas encuestadas, el rol

deportivo tiene mayor relevancia identitaria al compararla con su rol de estudiantes (Ibarra Del Canto, 2020). Sin embargo, se destaca que en Chile no es viable vivir exclusivamente del deporte, por lo que el mundo académico no puede ser dejado de lado (Ibarra Del Canto, 2020). A pesar de la escasa ayuda estatal que reciben, estos invierten un esfuerzo considerable para conciliar ambas carreras (Ibarra del Canto, 2020).

Soto-Lagos et al. (2021) estudiaron la CD desde la legislación laboral, analizando la demanda de los deportistas de alto rendimiento de nuestro país por ser reconocidos como trabajadores públicos. Los principales argumentos se dividieron en tres criterios: razones económicas, razones de subordinación y dependencia, y razones identitarias (Soto-Lagos et al., 2021). Se realizaron entrevistas a 17 deportistas con el objetivo de obtener relatos en torno a su percepción de la CD (Soto-Lagos et al., 2021). En particular, se destaca el argumento económico, donde se da a conocer la preocupación del futuro de aquellos deportistas debido a las altas exigencias y las pocas becas que existen que faciliten este curso de CD (Soto-Lagos et al., 2021).

Por último, Ardiles et al. (2023) estudiaron la motivación de los deportistas estudiantes en la PUC de Valparaíso, con una muestra de 105 estudiantes de 16 selecciones deportivas (Ardiles et al., 2023). Desde el análisis de los resultados, se destacó la carga académica como el principal factor que interfiere con el rendimiento deportivo de los encuestados (Ardiles et al., 2023). Además, se mostraron diferencias de género en la percepción de logros, donde los hombres tendían a considerar más importante los logros deportivos por sobre los académicos, mientras que las mujeres mostraban mayor tendencia preferir los logros académicos por sobre los deportivos

(Ardiles et al., 2023). Desde estos resultados, los autores enfatizan en la necesidad de crear un programa estatal que se encargue de acompañar al estudiante deportista en el proceso de Carrera Dual, brindando ayuda de distintos tipos (Ardiles et al., 2023).

Revisión de literatura – Internacional

El estudio de la CD en el ámbito universitario ha sido analizado a lo largo de los años por diversos autores/as y en diferentes contextos para dar cuenta de aquellos aspectos relacionados con la salud mental, factores de riesgo y posibles intervenciones que podrían realizarse para poder mejorar la salud mental de los/as estudiantes-deportistas. En particular, se destaca el estrés como un factor común en este grupo de personas el cual puede no sólo llevar a consecuencias negativas en su rendimiento académico sino también en el desarrollo de una buena salud mental (Kegelaers et al. 2022).

En España, Devoto et al. (2023) analizó las experiencias de carrera dual y salud mental en deportistas de alto rendimiento entre 14 y 35 años. Utilizaron un cuestionario con tres factores principales: competencias y beneficios, experiencias negativas y percepción de apoyo (Devoto et al., 2023). Se observó que los/as estudiantes-deportistas demostraron buen estado de salud mental gracias a sus recursos internos y externos para hacer frente a las múltiples demandas de realizar una carrera dual (Devoto et al., 2023). Sin embargo, se evidenciaron diferencias en el apoyo percibido, siendo mayor la percepción de apoyo en los menores de edad y deportistas de deportes en equipo (Devoto et al., 2023). El estudio subraya la importancia de la alfabetización en salud mental para prevenir estrés y deterioro psicológico (Devoto et al., 2023).

En segundo lugar, Moreno Peña et al. (2021) estudiaron la percepción de la Carrera Dual en deportistas de alto rendimiento en Perú, identificando como principales dificultades la gestión del tiempo (48%), la falta de apoyo económico (43%) y el área académica (31%). Además, el 80% de los participantes reportó no contar con tutores deportivos y el 42% no recibía ningún beneficio económico (Peña et al., 2021). La investigación destaca que las carencias económicas y de apoyo institucional dificultan la experiencia de carrera dual, siendo también este el principal foco de intervención (Peña et al., 2021), a diferencia de contextos como España, donde el enfoque de intervención se centra en la educación en salud mental (Devoto et al., 2023).

En México, Vanegas-Farfano et al. (2023) investigaron el estrés en deportistas universitarios, buscando evaluar signos y síntomas físicos y psicológicos en torno al estrés deportivo y cómo podía incidir en la práctica deportiva misma. Se observaron niveles moderados de estrés, con diferencias de género donde las mujeres reportaron mayores niveles (Vanegas-Farfano et al., 2023). Comparando con estudios en España (Vanegas-Farfano et al., 2023), los niveles de estrés reportados fueron menores, pero los autores recomiendan intervenciones para manejar este factor, dado su impacto en el rendimiento deportivo.

En Estados Unidos, Cutler et al. (2020) analizaron el estrés, las redes de apoyo y la búsqueda de servicios de salud mental en estudiantes-deportistas de cuatro universidades. La mayoría de los estudiantes-deportistas del estudio reportaron altos niveles de estrés tanto por sus responsabilidades académicas como atléticas, y mostraron mayor propensión a buscar ayuda social que profesional, lo que subraya la

necesidad de mejorar la calidad de las redes de apoyo (Cutler et al., 2020).

En Europa, Storm et al. (2021) analizaron siete modelos de carrera dual en distintos países del continente (Bélgica, Dinamarca, Finlandia, Reino Unido, Eslovenia, España y Suecia) y destacaron 10 características clave de los entornos de carrera dual: (1) un equipo de apoyo dedicado, que implica contar con un equipo o persona responsable de coordinar el deporte y los estudios; (2) la integración de esfuerzos en todo el entorno de desarrollo de carrera dual (DCDE), mediante una comunicación efectiva entre los ámbitos deportivo, académico y personal; (3) la comprensión de los desafíos de la carrera dual, lo que se traduce en un apoyo adaptado a las prioridades y necesidades cambiantes de los/as estudiantes-deportistas; (4) mentoría y modelos a seguir, a través de personas con experiencia en carrera dual que guíen, asesoren e inspiren a estudiantes-deportistas más jóvenes; (5) acceso a expertos en áreas como nutrición, psicología y medicina deportiva, ya sea mediante servicios internos o gestionados externamente; (6) un enfoque integral de la persona, reconociendo la interrelación entre deporte, estudio y vida personal; (7) un enfoque de empoderamiento, que fomenta la autonomía y brinda oportunidades para desarrollar competencias en la gestión de su carrera dual; (8) flexibilidad, mediante soluciones adaptadas a las necesidades individuales y contextos específicos; (9) cuidado de la salud mental y el bienestar, con un enfoque en la promoción de la salud mental y prácticas éticas; y (10) un enfoque abierto y proactivo para el desarrollo del entorno, que incluye el desarrollo profesional, la evaluación del entorno y la participación en proyectos científicos como base para compartir conocimientos y mejorar su funcionamiento. De esta forma, las características mencionadas subrayan la importancia de la

existencia de un enfoque holístico con una coordinación organizacional adecuada para brindar un apoyo institucional efectivo a los/as estudiantes-deportistas.

Finalmente, Fernández y Quintero (2018) estudiaron la carga mental y habilidades psicológicas en deportistas universitarios de alto rendimiento en Latinoamérica. Se estudiaron tres principales variables que un estudiante que practica deporte de alto rendimiento tiene: (1) presión por rendimiento académico, (2) estrés por exámenes, y (3) relaciones interpersonales y otros (Fernández y Quintero, 2018). Encontraron que factores como la presión académica y las relaciones interpersonales impactan significativamente su rendimiento (Fernández y Quintero, 2018). Destacan diferencias en torno a la motivación de aquellos que practican deportes individuales versus deportes de equipo, donde los primeros mostraron niveles de motivación menores (Fernández y Quintero, 2018). Los resultados enfatizan, por un lado, la relevancia de disminuir la carga mental de los estudiantes-deportistas con el fin de potenciar sus habilidades en el aspecto técnico y táctico, y por otro la necesidad de intervenciones psicológicas integrales para prevenir el *burnout* y fomentar el bienestar psicológico de los estudiantes de carreras duales (Fernández y Quintero, 2018).

MÉTODO

Como método de recolección de datos se construyó un cuestionario, cuyo objetivo era obtener información sobre la salud mental, principalmente sintomatología depresiva y ansiosa, y las experiencias de quienes enfrentan el desafío de combinar sus responsabilidades académicas con el alto rendimiento deportivo en la PUC.

El cuestionario está compuesto de cuatro secciones: una sobre información demográfica, otra sobre la carrera dual y el apoyo percibido y otro sobre la sintomatología. En el apartado de información demográfica se buscaron datos tales como sexo, carrera, año de la carrera, deporte practicado, etc., con el objetivo de identificar el perfil de los encuestados. En la sección de carrera dual, se preguntó sobre los recursos de apoyo que conocían de la universidad, al/los que acceden y el/los que consideran importante, pero no se tiene actualmente. Al final del cuestionario se incluyó una pregunta abierta sobre sus experiencias como estudiantes-deportistas universitarios/as, con el propósito de obtener información cualitativa sobre cómo se sienten ellos respecto a su experiencia global.

Se realizó un cuestionario a través de *Google Forms* para recoger los datos, ya que fue la manera más efectiva de hacerlo. El formato online ofreció tres beneficios: (1) permitió la difusión de la encuesta vía *WhatsApp*, facilitando el acceso a los/as participantes; (2) la realización del cuestionario desde el lugar que él/la encuestado considere cómodo y en poco tiempo; (3) la categorización automática de los datos favoreciendo el análisis de estos.

El cuestionario fue construido en base a tres principales modelos ya existentes: el cuestionario de la Federación Internacional de Deportes Universitarios *FISU questionnaire on dual career*, el GAD-7 y el PHQ-9. FISU es una organización global que provee eventos deportivos y educativos de clase mundial, con la misión de brindar a los estudiantes universitarios oportunidades para conectarse e intercambiar experiencias con estudiantes de todo el mundo, en un entorno colaborativo y competitivo, que también promueve programas que entregan apoyo a estudiantes-deportistas (FISU, s. f.). Han

creado distintos recursos en línea para apoyar a esta población (FISU, s.f.). Dentro de estos, crearon un cuestionario cuyo objetivo es recolectar información sobre los desafíos y apoyos con los que cuentan los deportistas estudiantes. Este ayuda a comprender los distintos factores de la situación de la persona pueden afectar su rendimiento tanto en el deporte como en los estudios.

El cuestionario GAD-7 consiste en una escala de autorreporte de 7 preguntas, basada en los criterios diagnósticos del DSM-IV (Crockett, 2022). Fue considerado adecuado, ya que “actualmente cuenta con un amplio consenso para su utilización a nivel internacional, ha sido adaptada a diversas culturas y puede ser descargada gratuitamente desde su sitio web” (Crockett, 2022, p. 459). Por otro lado, el cuestionario PHQ-9 es un instrumento ampliamente utilizado a nivel internacional, ya que sirve para identificar la gravedad de los síntomas en personas con trastorno depresivo (Saldivia, et al., 2019). Debido a la longitud del cuestionario en su totalidad, se omitieron ítems de ambos cuestionarios que se solapaban entre sí y se unificaron en una sección encargada del tamizaje de sintomatología depresiva y ansiosa.

RESULTADOS

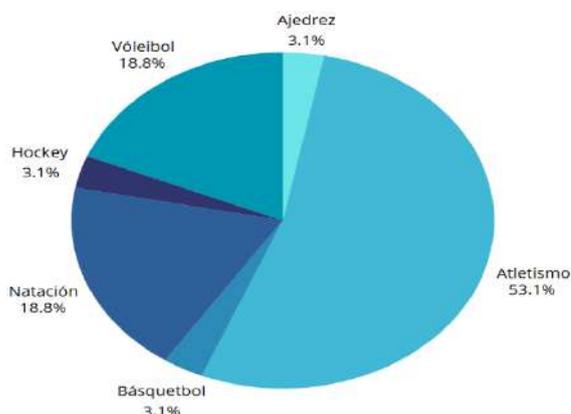
Características de la muestra

El cuestionario estuvo disponible para ser respondido durante una semana y se obtuvieron un total de 32 respuestas. De los/as participantes 56.2% eran mujeres y 43.8% eran hombres, con un promedio de edad de 21.8 años.

Se consiguieron respuestas de deportistas pertenecientes a seis selecciones de la PUC:

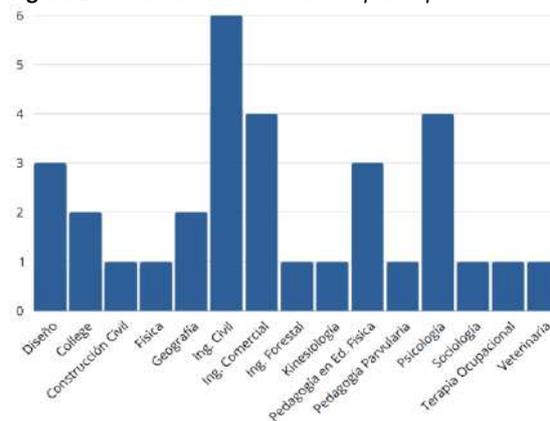
ajedrez, atletismo, básquetbol, hockey césped, natación y voleibol (Figura 1).

Figura 1 Deporte que practican los participantes.



Las más representativas fueron atletismo (53.1%), natación (18.8%) y vóleibol (18.8%). En cuanto a horas semanales dedicadas al entrenamiento de su respectiva disciplina, los participantes entrenan un promedio de 11 horas a la semana. entrenamiento de su respectiva disciplina, los participantes entrenan un promedio de 11 horas a la semana.

Figura 2 Carrera universitaria de los participantes



Carrera dual

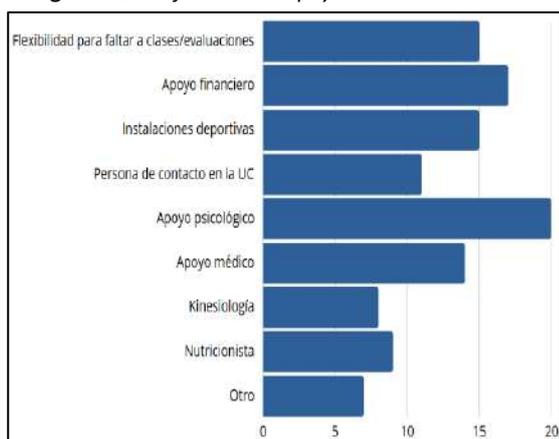
Para evaluar los desafíos que presentan los participantes en cuanto a su carrera dual, se realizó la siguiente pregunta: *¿Qué problemas tienes en cuanto a la combinación del deporte de alto rendimiento y los estudios?*

Los problemas más comunes que enfrentan los/as estudiantes-deportistas en la PUC en cuanto a la carrera dual son el poco tiempo libre que tienen disponible (87.5%), la ampliación del tiempo de estudio (81.3%) y la sobrecarga debido a la doble carga a la que están sometidos, es decir, carga académica y deportiva (78.1%). También se menciona la ausencia a clases universitarias debido al deporte (37.5%) y la ausencia a evaluaciones universitarias por la misma razón (31.3%).

En cuanto a los tipos de apoyo con los que cuentan los/as estudiantes-deportistas de la PUC, se rescata la presencia de buenas instalaciones deportivas (87.5%), seguido del servicio que ofrecen nutricionistas (78.1%) y kinesiólogos/as (75%) de la universidad. El 62.5% de los/as participantes también cuenta con la flexibilidad de sus respectivas unidades académicas para faltar a evaluaciones y clases.

Luego, se consultó sobre las deficiencias de la PUC en el apoyo que debieran recibir las personas con carrera dual (Figura 3).

Figura 3 ¿Qué falta como apoyo en la UC?



Un 62.5% de los/as participantes sienten que falta apoyo psicológico y un 53.1% siente que falta apoyo financiero en la PUC. También se mencionan faltas en cuanto a la flexibilidad para faltar a evaluaciones y clases (46.9%) y en las instalaciones deportivas de la universidad

(46.9%). Algunos/as participantes desarrollaron su respuesta y explicaron que la flexibilidad depende mucho de las facultades y de los/as profesores/as, generalmente sólo se les dan facilidades a los seleccionados nacionales, pero no a quienes forman parte únicamente de una selección de la universidad. Por otro lado, en cuanto a las instalaciones, se menciona que los/as deportistas aún no tienen pista de atletismo para poder entrenar en el campus y que estudiantes-deportistas que tienen sus unidades académicas en otros campus de la universidad no suelen ser considerados en cuanto a flexibilidad horaria y movilidad.

Finalmente, las redes de apoyo con la que cuentan los estudiantes deportistas para su carrera dual son principalmente sus padres (87.5%), sus amigos (84.4%) y sus compañeros deportivos o de equipo (84.4%).

Salud mental

Para evaluar la sintomatología depresiva y ansiosa, se tomaron como referencia los cuestionarios GAD-7 y PHQ-9, pero se les realizaron algunas modificaciones. Los/as participantes debían responder a la siguiente pregunta: *Durante las últimas dos semanas, ¿qué tan seguido has tenido molestias debido a los siguientes problemas?*

El 50% de la muestra manifestó que se han sentido nerviosos, ansiosos o con los nervios de punta varios días durante las últimas dos semanas, mientras que el 37.6% se ha sentido así más de la mitad de los días o casi todos los días (Figura 4). Por otro lado, 43.9% de los/as participantes se han sentido decaídos, deprimidos o sin esperanzas varios días y aproximadamente un 20% se siente así durante más de cuatro días a la semana o casi todos los días (Figura 5). Además, aproximadamente un 60% de los estudiantes-

deportistas de la PUC se han sentido mal consigo mismos, han sentido que son un fracaso o que han quedado mal consigo mismos o con sus familias, alguna vez durante las últimas dos semanas.

En cuanto a síntomas que presentan los participantes destaca la presencia de insomnio o hipersomnia (84,4%), irritabilidad (78.1%) y anhedonia (68.8%). Además, todos los participantes manifestaron dificultad para concentrarse y sentirse cansados o con poca energía al menos varios días durante las últimas dos semanas.

También se evaluaron problemas como el miedo de que algo terrible fuera a pasar, estar sin apetito o comer en exceso y presentar agitación o retraso psicomotor. Sin embargo, aproximadamente el 50% de la muestra no ha presentado alguno de estos problemas durante el tiempo establecido. A pesar de que el 90.3% de los participantes no ha presentado este problema, un 9.7% de los estudiantes deportistas de la PUC han pensado que estarían mejor muertos o han pensado en lastimarse de alguna manera, varios días (3.2%) o casi todos los días (6.5%).

Además de preguntar por la presencia de estos problemas en la vida de los/as estudiantes-deportistas, se indagó en cómo afecta la presencia de los síntomas en distintas áreas del funcionamiento de los participantes. La respuesta para esta pregunta fue abierta, por lo que se pueden encontrar respuestas de diversa índole que varían en cuanto a los niveles de dificultad (alta, moderada o baja) que perciben los participantes. Los temas que más se repiten son el cansancio generalizado y la falta de energía que terminan afectando el cumplimiento de responsabilidades y la motivación para cumplir con estas, generando ansiedad y culpa. También se menciona que, para cumplir con todas las

responsabilidades, tanto deportivas como académicas, *la salud mental se asume como un costo.*

Figura 4 ¿Qué tan seguido te has sentido nervioso(a), ansioso(a) o con los nervios de punta?

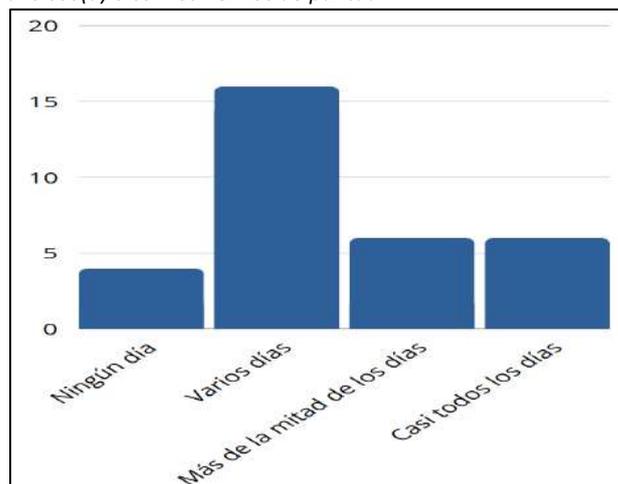
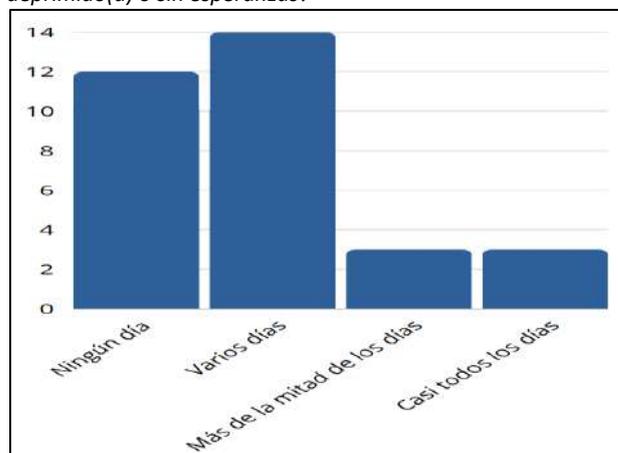


Figura 5 ¿Qué tan seguido te has sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas?



Experiencia personal

Finalmente, se realizó una pregunta abierta para que los/as participantes pudieran describir con mayor libertad cómo ha sido su experiencia como deportista y estudiante en la PUC. En general, las respuestas se pueden clasificar en dos grandes categorías. Por un lado, están quienes describen su experiencia de carrera dual de manera negativa y como una experiencia muy

difícil. Por otro lado, hay estudiantes-deportistas que la describen como una experiencia buena y satisfactoria.

Los/as estudiantes-deportistas que describen su experiencia con una carrera dual como difícil, enfatizan la falta de apoyo que perciben por parte de la universidad, principalmente en la falta de flexibilidad por parte de sus profesores y unidades académicas y en el hecho de no saber a quién acudir para pedir asesoramiento en ciertas circunstancias. Con respecto a esta idea se menciona que, al pedir ayuda, en muchos casos *no hay soluciones que no perjudiquen*. También se critica la falta de instalaciones deportivas para todos los deportes, principalmente para el atletismo, y la falta de gestión de beneficios para deportistas. Nuevamente surgen los desafíos que deben enfrentar los estudiantes deportistas de la PUC, como lograr compatibilizar las exigencias académicas con las exigencias propias del rendimiento deportivo y el poco tiempo con el que cuentan para cumplir con sus responsabilidades y obligaciones o para el tiempo de ocio:

Sobre todo, en un comienzo no lograba cumplir con todas mis obligaciones, la energía no alcanzaba. Después de regular cosas como la alimentación y el sueño, todavía el cansancio del entrenamiento hace que me demore mucho más en estudiar, se me haga muy difícil prestar atención en clases y despreocupe de las cosas de la casa.

Otra respuesta que fue relevante es el constante agotamiento físico y mental al que están sometidos los/as participantes, lo que afecta tanto su desempeño académico como deportivo y que tiene consecuencias negativas para su salud mental:

Gran parte de esta buena experiencia se contamina con el desgaste de la carga académica, física, emocional y mental que implica llevar un ritmo de entrenamiento semi profesional mientras se sigue rindiendo de

excelente manera académicamente. No todos logran mantener el ritmo a largo plazo (...) y muchos se queman en el camino al intentarlo.

Los/as participantes que describen su experiencia personal de manera positiva destacan la importancia de contar con redes de apoyo, sociales y familiares, como facilitador para que esta experiencia sea más llevadera. En cuanto a lo que entrega la universidad, hay participantes que perciben que sus carreras le otorgan la flexibilidad necesaria para poder compatibilizar estos dos ámbitos, pero que esta varía según la carrera que se está cursando: *Creo que en mi caso no ha sido tan difícil, ya que mi carrera es flexible en ese sentido (...), sí creo que hay carreras más exigentes y menos flexibles en que es mucho menos compatible*. También, se rescatan las ventajas y beneficios que se les da a los/as estudiantes por ser parte de una selección, como una mejor prioridad para poder tomar los ramos al comienzo de cada semestre y el acceso a las diversas instalaciones deportivas con las que cuenta la institución. En un ámbito más personal, se describe el hecho de entrenar y compartir con sus compañeros de equipo como *un método de distensión y liberación de carga emocional* o una *vía de escape* del estrés académico. En este sentido, formar parte de una selección deportiva de la PUC le proporciona, a los/as estudiantes-deportistas, una oportunidad para conocer nuevas personas y salir de la zona de confort. Un participante describe la experiencia como: *a veces complicada, pero la retribución del deporte es mucho más fuerte*. Los/as participantes que perciben esta experiencia como algo positivo no ignoran el hecho de que compatibilizar una carrera deportiva con una carrera académica es muy exigente y desgastante en muchos sentidos. Sin embargo, consideran que, pese a las dificultades, es una experiencia muy entretenida y llenadora: *al final estoy haciendo dos cosas que me gustan mucho*.

DISCUSIÓN

Los/as estudiantes-deportistas pueden mantener un buen estado de salud mental, en la medida que se cuentan con recursos internos y externos suficientes para enfrentar las múltiples demandas de una carrera dual (Devoto et al., 2023). No obstante, estas demandas también han sido identificadas como factores de riesgo que pueden comprometer el bienestar psicológico de los/as estudiantes-deportistas (Kegelaers et al., 2022). De acuerdo con los datos obtenidos, en el caso de estudiantes-deportistas de la PUC, se presentan niveles significativos de malestar psicológico (60%), síntomas ansiosos (50%) y depresivos (43.9%). Además, un 62.5% de los/as participantes indica que falta apoyo psicológico y un 53.1% menciona que falta apoyo financiero dentro de la PUC, lo que evidencia que los recursos externos disponibles para estudiantes-deportistas de la PUC son insuficientes.

Estos resultados sugieren una carencia de recursos internos y externos para enfrentar las exigencias de la carrera dual, lo que concuerda con estudios previos que identifican esta carencia como un factor clave en el bienestar de los/as estudiantes-deportistas (Devoto et al., 2023; Peña et al., 2021). Estos hallazgos no solo sugieren barreras estructurales, como la falta de apoyo financiero, sino también en a un nivel individual como dificultades en la gestión del estrés o del tiempo.

En relación con lo anterior, los principales problemas descritos por los/as estudiantes-deportistas de la PUC son el poco tiempo libre que tienen disponible (87.5%), la ampliación del tiempo de estudio (81.3%) y la sobrecarga debido a la doble carga de responsabilidades académicas y deportivas (78.1%). Estos factores son consistentes con lo señalado en estudios previos,

donde el estrés generado por esta doble carga emerge como un obstáculo significativo (Cutler et al., 2020).

En Ibarra del Canto (2020), también se evidenció que una experiencia común en estudiantes-deportistas es el cansancio por sobre exigencia producto de la dificultad de abordar la carga académica en conjunto con la carga deportiva, lo que va en concordancia con lo reportado por los/as participantes de la PUC. Se observa que las exigencias de la CD emergen como un factor de riesgo para la salud mental de los/as estudiantes-deportistas, en el que el desarrollo de habilidades para gestionar de manera efectiva las responsabilidades académicas y deportivas es fundamental para mitigar el impacto negativo que la CD pueda tener en la salud mental de los/as estudiantes-deportistas.

Se destaca la importancia de que los entornos encargados del desarrollo de una CD cuenten con un equipo de apoyo dedicado, que implica contar con un grupo de trabajo o persona responsable de coordinar el deporte y los estudios (Storm et al., 2021). En el caso de la PUC, se evidenció un desconocimiento generalizado sobre una unidad responsable de coordinar las áreas deportiva y académica. A lo anterior, se añade que se presentan resultados contradictorios en torno a los apoyos recibidos por la universidad, un 62.5% de los/as participantes indicó contar con flexibilidad por parte de sus unidades académicas para ausentarse en evaluaciones y clases. Sin embargo, los datos cualitativos reflejan percepciones de falta de flexibilidad por parte de sus profesores y unidades académicas, como también que hay facultades en las que se tiene una peor respuesta a las demandas de la CD. Esta discrepancia podría estar vinculada a diferencias entre políticas institucionales formales y su implementación práctica, lo que sugiere una

desconexión entre directrices administrativas y experiencias individuales de los/as estudiantes-deportistas.

Los resultados evidencian una falta de articulación entre las unidades académicas de la PUC para gestionar de manera efectiva la carrera dual, lo que podría limitar la capacidad institucional para responder de manera adecuada a las necesidades de los/as estudiantes-deportistas, como también la ausencia de una entidad responsable de la coordinar la compatibilización del área académica y deportiva, esto se condice con lo planteado por Aguilar y Flández (2020) quienes encontraron que una dificultad para cursar una CD en Chile es la falta de políticas deportivas en la educación superior, destacando la necesidad de tener currículums con ajustes adecuados a los/as estudiantes-deportistas.

Esta carencia de políticas orientadas a la promoción y apoyo de la CD contradice las recomendaciones de la literatura, que sugieren que estos entornos deben ofrecer flexibilidad con soluciones que se ajusten a las necesidades individuales y del contexto de cada estudiante-deportista (Storm et al., 2021). En conclusión, los hallazgos destacan la necesidad urgente de la elaboración de estrategias y políticas institucionales más consistentes, flexibles y adaptadas a las demandas de la carrera dual y a las necesidades individuales de los/as estudiante-deportistas.

CONCLUSIONES

En el presente trabajo se buscó recopilar información acerca de la salud mental y la experiencia de personas que afrontan el desafío de combinar sus compromisos académicos con el

alto rendimiento deportivo en la PUC, es decir, de llevar una carrera dual.

Los resultados obtenidos muestran que la principal dificultad para los/as estudiantes-deportistas radica en la doble carga que supone cumplir con las exigencias académicas y deportivas, donde destacan problemas como la falta de tiempo libre y la sobrecarga debido a las altas demandas, que afectan de manera notable el bienestar y rendimiento de estos estudiantes. A nivel institucional, los/as participantes perciben carencias en cuanto al apoyo psicológico, al apoyo financiero que la universidad les ofrece y a la falta de flexibilidad por parte de ciertas unidades académicas para ausentarse de clases y evaluaciones en caso de tener compromisos deportivos. En cuanto al impacto en la salud mental, la presión constante y la sobrecarga de responsabilidades han llevado a la presencia de sintomatología ansiosa y depresiva en muchos estudiantes deportistas. Además, el hecho de que casi un 10% de los participantes presente pensamientos autolesivos o suicidas es una señal de alerta para la universidad, que indica la necesidad urgente de reforzar los sistemas de apoyo psicológico para este grupo en particular.

Relevancia

La Pontificia Universidad Católica de Chile como institución tiene la responsabilidad de velar por el bienestar integral de sus estudiantes. Recopilar información sobre la salud mental de estos, tal como se realizó en el presente trabajo, permite identificar y abordar problemas que podrían afectar su desarrollo, motivación y satisfacción a nivel global. Además, a partir de la información obtenida con el cuestionario, la institución puede diseñar e implementar diversos programas de apoyo en salud mental dirigido a estudiantes y a estudiantes-deportistas, teniendo en cuenta que factores como el estrés, la ansiedad

y el agotamiento influyen directamente en el rendimiento de las personas en sus estudios y actividades deportivas.

Proyecciones

Es importante recopilar y analizar esta información a nivel nacional, ya que la Pontificia Universidad Católica representa solo a una minoría del total de estudiantes-deportistas del país. A pesar de que los datos recopilados en la PUC pueden ofrecer una perspectiva inicial sobre las necesidades y condiciones de personas con una carrera dual, ampliar la investigación a nivel nacional ofrecería una comprensión más precisa de la realidad del país. Sería interesante conocer cómo es la experiencia de estudiantes-deportistas en diversas instituciones, regiones y contextos socioeconómicos y cómo es la salud mental de estas personas en estos distintos contextos, para ello es importante incluir investigaciones con muestras más grandes y diversas. En función de lo anterior, resulta necesario y relevante la adaptación y validación de un cuestionario en CD adecuado a la realidad nacional, con el objetivo de estandarizar un instrumento que pueda ser aplicado de forma periódica en las distintas instituciones educativas de Chile.

Limitaciones

El estudio realizado presenta diversas limitaciones que deben ser mencionadas. En primer lugar, destaca la escasa información disponible a nivel nacional sobre el tema, lo que dificulta la comprensión de la situación actual en Chile sobre la salud mental y la experiencia de las personas que llevan una carrera dual. Esta falta de datos en Chile representa un obstáculo para obtener una visión precisa y contextualizada de la realidad chilena en este tema. Debido a esto, fue necesario recurrir a información y estudios internacionales que, si bien ofrecen una buena

base de comparación, no logran representar en su totalidad las particularidades del contexto específico chileno.

En segundo lugar, este estudio se vio limitado por el tiempo y los recursos disponibles para la recolección de información. El cuestionario estuvo disponible para ser respondido solamente durante una semana, afectando el alcance al que podía llegar el cuestionario, así como el tamaño de la muestra. Tampoco se contó con recursos para promover la participación del estudio, lo que podría haber tenido un efecto positivo en la cantidad de respuestas recibidas.

En conclusión, en un contexto nacional donde el deporte aún no es plenamente reconocido como una profesión (Soto-Lagos et al., 2021), los/as deportistas enfrentan la necesidad de buscar alternativas que les permitan financiar su carrera deportiva. En este sentido, el desarrollo de carreras profesionales emerge como una opción que no solo les permite explorar otros intereses personales, sino que también les ofrece ingresos económicos formales y estables. No obstante, los resultados de la presente investigación evidencian que la conciliación de una carrera dual puede conllevar costos significativos en la salud mental, especialmente cuando el entorno presenta obstáculos que dificultan su realización. En particular, las barreras propias del ámbito académico universitario se configuran como un factor de riesgo para el bienestar psicológico de los/as estudiantes-deportistas.

Por lo tanto, los esfuerzos orientados al apoyo, promoción y prevención en el ámbito de la carrera dual deben considerarse un eje prioritario para el desarrollo del deporte a nivel nacional. Dado que diversos deportistas de élite en el país compaginan sus trayectorias deportivas con estudios universitarios, resulta fundamental implementar políticas y recursos que favorezcan

esta compatibilización. Esto no solo permitiría prevenir el abandono prematuro de las carreras deportivas, asegurando la continuidad del desarrollo de deportistas jóvenes con potencial en múltiples disciplinas, sino también impulsar la representación del país en competencias internacionales, como campeonatos mundiales, juegos panamericanos, olímpicos, entre otros. En este marco, la consolidación de apoyos integrales para estudiantes-deportistas se vislumbra como una estrategia clave para fortalecer el deporte nacional y garantizar un equilibrio sostenible entre sus trayectorias académicas y deportivas.

REFERENCIAS

- Aguilar, J. S., & Flández, J. (2020).** Identificación de factores obstaculizadores del proceso académico en deportistas federados y de elite en Chile. *Ciencias de la Actividad Física*, 21(2), 1-14. <https://doi.org/10.29035/rcaf.21.2.1>
- Ardiles, M., Delgado, D. Miralles, C. Ochoa, P. & Tapia, F. (2023).** Carrera dual: La motivación Deportiva-académica en estudiantes deportistas de la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso. *Latin American Journal of Sport Management 2023*, 7(1), 9-15.
- Asensio Castañeda, E., Navarro, R. M., Chamorro, J. L., & Ospina-Betancurt, J. (2023).** A Holistic Vision of the Academic and Sports Development of Elite Spanish Track and Field Athletes. *International journal of environmental research and public health*, 20(6), 5153. <https://doi.org/10.3390/ijerph20065153>
- Crockett, M., Martínez, V., & Ordóñez, J. (2022).** Propiedades psicométricas de la escala Generalized Anxiety Disorder 7-Item (GAD-7) en una muestra comunitaria de adolescentes en Chile. *Rev. méd. Chile*, 150(4), Santiago abr. 2022. https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872022000400458
- Cutler, B. A., & Dwyer, B. (2020).** Student-Athlete Perceptions of Stress, Support, and Seeking Mental Health Services. *Journal of Issues in Intercollegiate Athletics*, 13, Article 16.
- Devoto, M., Jordana, A., Bauzá, J. P., Zamora-Solé, R., Regüela, S., Kegelaers, J., De Brandt, K., & Torregrossa, M. (2023).** Experiencias de carrera dual y salud mental en estudiantes deportistas de alto rendimiento. *Revista Brasileira de Ciências do Esporte*, 45, e20230052.
- Dirección de Asuntos Estudiantiles. (s.f.).** Selecciones UC. Pontificia Universidad Católica de Chile. <https://asuntosestudiantiles.uc.cl/deportes/elecciones-uc-en-competencia/>
- European Commission. (2007).** *White paper on sport*. Directorate General for Education and Culture. Retrieved from <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX%3A52007DC0391>.
- European Commission. (2012).** *EU guidelines on dual careers of athletes: Recommended policy actions in support of dual careers in high-performance sport*. Retrieved from http://ec.europa.eu/sport/library/documents/dual-career-guidelines-final_en.pdf.
- FISU. (s. f.).** Fédération Internationale du Sport Universitaire. Recuperado 27 de noviembre de 2024, de <https://www.fisu.net/federation-internationale-du-sport-universitaire/>
- Fédération Internationale du Sport Universitaire. (s.f.).** Dual career: For student-athletes. *FISU*. <https://www.fisu.net/programmes/dual-career/for-student-athletes/>
- Fernández, J. C. M., & Quintero, J. A. P. (2018).** Psicología en deporte universitario: estudio de carga mental y habilidades psicológicas en deporte de alto rendimiento. *Trans-pasando Fronteras: Revista estudiantil de asuntos transdisciplinarios*, 11, 173-195.
- Gavala-González, J., Martins, B., Ponseti, F. J., & Garcia-Mas, A. (2020).** Studying Well and Performing Well: A Bayesian Analysis on Team and Individual Rowing Performance in Dual Career Athletes. *Frontiers In Psychology*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.583409>
- Ibarra del Canto, R. (2020).** ¿Estudiantes universitarios o deportistas? Dilemas de identidad en atletas que llevan una carrera dual.

<http://repobib.ubiobio.cl/jspui/handle/123456789/4056>

- Katalejo. (2022).** Estudio sobre beneficios de instituciones de educación superior para deportistas de alto rendimiento. Recuperado 7 de noviembre de 2024, de <https://ind.cl/wp-content/uploads/2022/09/Informe-final-Katalejo-con-recomendaciones-panel-11-08.pdf>
- Kegelaers, J., Wylleman, P., Defruyt, S., Praet, L., Stambulova, N., Torregrossa, M., Kentta, G., & De Brandt, K. (2022).** The mental health of student-athletes: a systematic scoping review. *International Review of Sport and Exercise Psychology*, 1–34. <https://doi.org/10.1080/1750984X.2022.2095657>
- Moreno-Peña, J., Briones, S. C., & Gutierrez, A. R. (2021).** Análisis de la carrera dual en deportistas peruanos de alto rendimiento. *Revista de Psicología Aplicada al Deporte y al Ejercicio Físico*, 6(1), 1-8.
- Saldivia, S., Aslan, J., Cova, F., Vicente, B., Inostroza, C., & Rincón, P. (2019).** Propiedades psicométricas del PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) en centros de atención primaria de Chile. *Revista médica de Chile*, 147(1), 53-60. https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872019000100053#:~:text=El%20PHQ-9%20utiliza%20como,11%20con%20propiedades%20satisfactorias16
- Soto-Lagos, R., Fernández, P., & Cáceres, J. (2021).** Reconocimiento laboral de deportistas de alto rendimiento en Chile: Percepción sobre su carrera dual. *Derecho y Deporte: Estudios Latinoamericanos*, 7(3), 89-110.
- Stambulova, N. B. (2017).** Crisis-transitions in athletes: current emphases on cognitive and contextual factors. *Current opinion in psychology*, 16, 62–66. <https://doi.org/10.1016/j.copsy.2017.04.013>
- Stambulova, N. B., & Wylleman, P. (2015).** Dual career development and transitions. *Psychology Of Sport And Exercise*, 21, 1-3. <https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2015.05.003>
- Stambulova, N. B., & Wylleman, P. (2019).** Psychology of athletes' dual careers: A state-of-the-art critical review of the European discourse. *Psychology of Sport and Exercise*, 42, 74–88. <https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2018.11.013>
- Stambulova, N., Wylleman, P., Torregrossa, M., Erpič, S. C., Vitali, F., de Brandt, K., Khomutova, A., Ruffault, A., & Ramis, Y. (2024).** FEPSAC Position Statement: Athletes' dual careers in the European context. *Psychology of sport and exercise*, 71, 102572. <https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2023.102572>
- Torregrossa, M., Chamorro, J. L., & Ramis, Y. (2016).** Transición de junior a senior y promoción de carreras duales en el deporte: una revisión interpretativa. *Revista de Psicología Aplicada Al Deporte y el Ejercicio Físico*, 1(1), 1-10. <https://doi.org/10.5093/rpadef2016a6>
- Vanegas-Farfano, M., Ródenas Cuenca, L., Contreras Puente, M. E., & Medina Villanueva, S. (2023).** Estrés en deportistas universitarios: revisión de la EEAD en jóvenes mexicanos. *Psicumex*, 13.
- Wylleman, P. (2019).** A developmental and holistic perspective on transitioning out of elite sport. In M. H. Anshel (Ed.), *APA Handbook of Sport and Exercise Psychology (Vol. 1, pp. 201-216)*. American Psychological Association Inc.
- Wylleman, P., & Lavallee, D. (2004).** A Developmental Perspective on Transitions Faced by Athletes. In M. R. Weiss (Ed.), *Developmental sport and exercise psychology: A lifespan perspective* (pp. 503–523). Fitness Information Technology.

La Atención Primaria en Salud Mental hacia Personas Inmigrantes en Chile

Rodrigo Unda Díaz*
Valeria Cortez Berríos*
Ágata Toro-Labarca*
Catalina Contreras Araya*

Abstract

This study examines primary care in mental health for migrants in Chile, focusing on the barriers, challenges, and opportunities in this field. The recent increase in the immigrant population highlights the need to ensure equitable access to culturally sensitive mental health services. Through a literature review and an interview with a professional in the field, the main barriers to accessing mental health care are identified, including migrants' lack of knowledge about the Chilean healthcare system, insufficient intercultural training among healthcare professionals, and resource limitations in primary care centers. Pre- and post-migration risk factors such as border mistreatment, discrimination, and job insecurity are emphasized, along with protective factors, including resilience and social support networks. Finally, an intervention is proposed involving the development of a guidance manual for clinical psychologists in primary care, providing specific information about the psychosocial needs of migrant communities from Venezuela, Peru, Colombia, and Haiti. This proposal aims to reduce inequities in mental health access and promote culturally competent practices, thereby improving the well-being and integration of the migrant population.

Keywords: *Primary health care, mental health, immigrants, psychosocial barriers, clinical psychology*

Resumen

Este estudio analiza la atención primaria en salud mental dirigida a personas migrantes en Chile, enfocándose en las barreras, desafíos y oportunidades presentes en este ámbito. El incremento reciente de la población migrante resalta la necesidad de garantizar un acceso equitativo a servicios de salud mental culturalmente sensibles. A través de una revisión bibliográfica y una entrevista con un profesional del área se identifican las principales barreras en el acceso a salud mental como el desconocimiento del sistema de salud chileno por parte de los migrantes, la falta de formación intercultural en los profesionales de salud y las limitaciones de recursos en los centros de atención primaria. Se destacan factores de riesgo pre y postmigratorios como el maltrato fronterizo, la discriminación y la precariedad laboral; así como factores protectores, incluyendo la resiliencia y las redes de apoyo social. Finalmente, se propone una intervención basada en la elaboración de una guía de orientación dirigida para psicólogos clínicos en atención primaria, con información específica acerca de las necesidades psicosociales de comunidades migrantes provenientes de Venezuela, Perú, Colombia y Haití. Esta propuesta busca reducir las inequidades en el acceso a la salud mental y promover prácticas culturalmente competentes, contribuyendo así a mejorar el bienestar e integración de la población migrante.

Palabras clave: *Atención primaria de salud, salud mental, personas inmigrantes, barreras psicosociales, psicología clínica*

* 4º año Psicología Pontificia Universidad Católica de Chile. rounda90@uc.cl

* 4º año Psicología Pontificia Universidad Católica de Chile. valeria.cortez@uc.cl

* 4º año Psicología Pontificia Universidad Católica de Chile. atoro1@uc.cl

* 4º año Psicología Pontificia Universidad Católica de Chile. ccontreras8@uc.cl

INTRODUCCIÓN

En Chile, se define a una persona migrante como alguien que ha dejado su lugar de residencia habitual para trasladarse a otro país, independientemente de si el desplazamiento fue voluntario o forzado, su situación legal, los motivos de su traslado o la duración de su estancia (Servicio Nacional de Migraciones [SERMIG], 2024). En la última década, Chile ha registrado un incremento significativo en la población migrante, lo que ha consolidado este fenómeno como un tema de alta relevancia. Según el Instituto Nacional de Estadística y el Servicio Nacional de Migraciones (2023), durante el año 2022 hubo un incremento relativo acumulado del 25% de la población extranjera en relación con la que existía el año 2018. Junto a esto, surgen nuevas problemáticas para el país relacionadas con la aseguración de los derechos de la población migrante, como aquellos relacionados con la salud física y mental.

En concordancia con lo anterior, uno de los grupos que enfrenta grandes barreras para acceder a servicios de salud mental es la población migrante (Derr, 2016). Asimismo, se sabe que un 16,3% de este grupo reporta no pertenecer a un sistema previsional de salud (Cabieses et al., 2012), valor siete veces mayor que la población nacida en Chile (Cabieses y Oyarte, 2020). En estudios con métodos cualitativos, se observa que las personas migrantes relatan un gran desconocimiento sobre el funcionamiento del sistema de salud chileno en Atención Primaria de Salud (APS), lo cual podría implicar una barrera importante en el acceso a este (Astorga-Pinto et al., 2019; Obach et al., 2020). Otro estudio menciona que reconocen una falta de capacitación en cuanto a aspectos culturales por parte de los mismos proveedores de salud, por lo que es esencial que estos puedan tener una mejor

comprensión de la cultura, costumbres y el idioma del paciente (Cabieses et al., 2019; Riveros et al., 2023).

Además de lo que concierne a acceso y capacitación de profesionales, el estudio de poblaciones migrantes es aún más necesario teniendo en cuenta que gran parte de esta población proviene de países cuyo contexto sociopolítico y económico ha propiciado la vivencia de situaciones que afectan e incrementan la vulnerabilidad de su salud mental (Blukacz et al., 2020; Coello, 2019; Pereira, 2011; Rihm y Sharim, 2018). Adicionalmente, se ha evidenciado que, al momento de llegar al país de destino, las personas migrantes experimentan otras dificultades como el maltrato fronterizo, la distancia con su país natal, dificultades en relaciones sociales, discriminación y condiciones laborales desfavorables, emergiendo nuevamente la salud mental como un asunto urgente en materia de migración (Sarpi et al., 2023).

CONTEXTUALIZACIÓN DE LA PROBLEMÁTICA A NIVEL INTERNACIONAL Y NACIONAL

I. CONTEXTO INTERNACIONAL

A) *Situación migratoria a nivel internacional*

De acuerdo con la Organización Internacional para las Migraciones, en 2020 la cifra estimada de migrantes internacionales alcanzaba el 3,6% de la población total mundial; números que casi duplican la cantidad que existía en 1990 y triplican la cifra de 1970 (Organización Internacional para las Migraciones [OIM], s.f.). Desde 1970 Estados Unidos ha sido el destino principal de migrantes internacionales, recibiendo población originaria principalmente desde México y países de Asia, mientras que Alemania corresponde al segundo país con mayor influjo de migración recibiendo

personas provenientes de Polonia y Turquía (OIM, s.f.). Por otra parte, de acuerdo con el Informe sobre la Migraciones en el Mundo 2024, la guerra entre Rusia-Ucrania y el conflicto Palestino-israelí en Gaza han generado un cambio en el panorama mundial, con severas consecuencias tanto regionales como globales, produciendo que actualmente existan millones de personas buscando refugio y protección (McAuliffe y Oucho, 2024). La migración sigue siendo una solución para múltiples familias y comunidades, significando nuevas oportunidades y un aumento en los ingresos del hogar, además de un apoyo económico para familiares que aún residen en el país de origen (McAuliffe y Oucho, 2024).

B) El derecho a la salud en el mundo

Desde 1948 que con la Declaración Universal de Derechos Humanos (DUDH) se establece que todas las personas tienen derecho a acceder a una vida que asegure tanto su salud y bienestar como el de su familia, sobre lo que en 1976 el Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales añade que cada persona tiene derecho a disfrutar del nivel más alto posible de salud, tanto mental como física (Pastene, 2024). Este énfasis en el mayor nivel que sea posible acceder deja patente la obligación de los estados de propiciar que esto sea así, y que se pueda responder a ese objetivo (Pastene, 2024). Esta obligación fue reafirmada a través de diversos otros protocolos establecidos más adelante, determinando que los estados deben responsabilizarse de adoptar todas las precauciones y medidas necesarias para asegurarse de que los servicios de salud cuenten con personal capacitado e instalaciones que puedan facilitarle a la población el acceso al nivel más alto, de forma que las personas puedan alcanzar una mejoría (Pastene, 2024). Al mismo tiempo, se ha propuesto que estas medidas deben

ser implementadas velando por el acceso igualitario y la no discriminación de las personas, independientemente de su estatus, nacionalidad o condición, siendo otra responsabilidad de los estados, el diseño de sistemas de salud en que la atención logre ser integral, previniendo eventos de maltrato, abuso y discriminación (Pastene, 2024).

Agregando una visión hacia el futuro, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) formula la Agenda de Desarrollo Sostenible, cuyos objetivos fueron aprobados por los 193 Estados miembros, y dentro de los cuales se destaca el compromiso global por alcanzar la cobertura sanitaria universal y de calidad para el año 2030 (Naciones Unidas Chile, s.f.).

C) Acceso a salud mental en otros sistemas de salud

Los sistemas de salud de otros países como Reino Unido ofrecen acceso desde la atención primaria a terapias psicológicas en población adulta, esto con el fin de abarcar tratamientos para trastornos depresivos y ansiosos (De la Parra et al., 2019). Algo similar ocurre en Uruguay, donde se reconoce a la atención psicológica como algo que debe ser implementado de manera universal en las prestaciones de salud, y se han tomado medidas para llevarlo a cabo (De la Parra et al., 2019).

En relación con el acceso a APS y salud mental en los principales países receptores de población migrante a nivel mundial, en Estados Unidos se ha evidenciado que personas migrantes provenientes de Latinoamérica, Asia y África usan en menor cantidad los servicios de salud mental en comparación con las personas originarias de ese país, a pesar de que igualmente estén viviendo una gran necesidad. Esto ocurre a causa de barreras estructurales como los altos costos, diferencias idiomáticas y la accesibilidad (Derr,

2016). En el caso de Alemania, a pesar de que existen seguros públicos encargados de financiar el tratamiento psicoterapéutico de ciertos trastornos (De la Parra et al., 2019), también se observan dificultades por parte de la heterogénea población migrante, desde la cual se evidencia una necesidad urgente de mejoras en el acceso a salud mental y opciones de tratamiento — especialmente para personas que buscan asilos y refugiados (Schouler-Ocak, 2015).

II. CONTEXTO NACIONAL

A) *Marco Legal en Chile*

La Constitución chilena establece que es responsabilidad del Estado garantizar el derecho a la salud mediante el acceso equitativo y libre a acciones orientadas a su protección, recuperación y promoción (Pastene, 2024). Asimismo, el Estado debe velar por la integridad física y psíquica de las personas, en concordancia con estándares internacionales, como los de la Organización Mundial de la Salud, que define la salud como un estado integral que abarca dimensiones físicas, mentales y sociales (Pastene, 2024).

B) *El funcionamiento del Sistema de Salud en Chile*

El sistema de salud chileno se caracteriza por ser mixto, lo que quiere decir que está compuesto por un sistema privado denominado Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE), y un sistema público que se denomina Fondo Nacional de Salud (FONASA) (Superintendencia de Salud, s.f). El sistema público está organizado de manera tal que existen tres niveles de atención: primaria, secundaria y terciaria, según el grado de complejidad (MINSAL, 29 de julio de 2024).

La atención primaria corresponde a los servicios de primer contacto que otorgan

atenciones ambulatorias y de rápida resolución, cuyos objetivos son la prevención, promoción y rehabilitación de salud (MINSAL, 29 de julio de 2024; OIM Chile, 2022). En este nivel se encuentran establecimientos como los Centros de Salud Familiar (CESFAM), los Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOSF), los Centros de Salud Mental (COSAM), postas rurales, Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU) y Servicios de Atención de Urgencia de Alta Resolutividad (SAR) (OIM Chile, 2022; Servicio de Salud Metropolitano Sur [SSMS], s.f.).

En los servicios de atención secundaria se ofrece atención a pacientes que hayan sido derivados desde el nivel primario cuando se requiere atención de mayor complejidad y la evaluación de un especialista (MINSAL, 29 de julio de 2024; OIM Chile, 2022). Pertenecen a este nivel los Centros de Referencia de Salud (CRS), Centros de Diagnóstico y Tratamiento (CDT) y otros centros de especialidades (SSMS, s.f.).

Por último, la atención terciaria está constituida por establecimientos hospitalarios y otorga atención a los casos de mayor nivel de complejidad como hospitalizaciones por enfermedades o accidentes y procedimientos como cirugías mayores y partos (MINSAL, 29 de julio de 2024; OIM Chile, 2022).

C) *Atención en salud mental en la Atención Primaria de Salud chilena*

En Chile el acceso a atención en salud mental desde la APS se fue implementando y desarrollando progresivamente desde que se decretó por el MINSAL el primer Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría (PNSMP) en el año 2000, actualmente Plan Nacional de Salud Mental (PNSM) (De la Parra et al., 2019; Scharager y Molina, 2007), incorporándose en el 2015 a un Plan de Salud Familiar que incluía actividades

asociadas a la salud mental, a las que posteriormente se fueron incluyendo más programas e incluso consultorías con el objetivo del fortalecimiento de este proyecto (Alvarado et al., 2024). Entre los programas que abarca la APS en Chile se encuentra el programa para detectar, diagnosticar y tratar trastornos depresivos en población desde los 15 años (que luego se incluiría en GES) y programas orientados al tratamiento y prevención de diversas problemáticas como: consumo de drogas y alcohol, violencia intrafamiliar (VIF) y apoyo para niños, niñas y adolescentes (NNA) víctimas de maltrato o en elevado riesgo psicosocial (Alvarado et al., 2024). De esta forma, la salud mental en APS se ha ido fortaleciendo a medida que se han ido implementando nuevas políticas, hasta finalmente abordarse de manera transversal al interior del sistema de salud chileno (Alvarado et al., 2024).

D) La labor de los psicólogos clínicos en Atención Primaria de Salud

En cuanto al papel de la psicología clínica en la APS, luego de implementarse el PNSMP, los centros de APS con psicólogos aumentaron en casi cinco veces en número (De la Parra et al., 2019). En esa misma línea, de acuerdo con Scharager y Molina (2007) para el año 2004 existía una recomendación por parte del PNSMP a adoptar un enfoque comunitario enfocado en la promoción y prevención en la atención, sin embargo, los psicólogos dentro de este nivel desempeñaban principalmente labores de asistencia con foco en la realización de intervenciones directas individuales (alrededor del 93.4% de un total de 166 psicólogos clínicos afirmó esto), esto debido a la alta demanda y la falta de recursos; además, se enfrentaban desafíos laborales como la inestabilidad y condiciones poco favorables en el trabajo. En cuanto al tipo de intervención realizada, se llevaban a cabo consultas de salud

mental con énfasis en la evaluación y el diagnóstico psicológico, siendo algunas de las problemáticas más observadas la depresión, trastornos ansiosos y violencia intrafamiliar (Scharager y Molina, 2007).

En un estudio reciente se obtuvo que los psicólogos eran quienes tenían una mayor cantidad de horas programadas para la atención en salud mental en los centros de APS (Pinto et al., 2023), participando de consultas de salud mental, intervenciones psicosociales y de la visita domiciliaria integral, incluyendo psicoterapia para el caso de trastornos depresivos, a pesar de que existe conocimiento de que la psicoterapia individual no corresponde a este nivel de atención (De la Parra et al., 2019). Los psicólogos en APS se encargan del diagnóstico y tratamiento de vulnerabilidades en los niveles individual, grupal y comunitario, al igual que la mantención de la salud mental de quienes consultan, asegurando la continuidad y adherencia de la asistencia (Pérez-Ayala, 2023). Sin embargo, las exigencias que propone el nivel de atención primario han llevado a que en ocasiones incluso se deban desempeñar tareas que exceden las labores de la disciplina, como la realización de actividades de gestión y mediación, y el despliegue de habilidades de resolución de conflictos interpersonales e interprofesionales al interior de los establecimientos (Pérez-Ayala, 2023). Esto último deja en evidencia los limitados recursos con los que se dispone en la APS en Chile, lo que finalmente impacta en la calidad de la atención que entregan estos profesionales (Pérez-Ayala, 2019; Pérez-Ayala, 2023; Pinto et al., 2023).

E) El sistema de salud chileno en perspectiva

Por otra parte, al colocar al sistema de salud chileno en perspectiva con los sistemas de otros países, se puede advertir en materia de recursos que:

Chile dispone de 6 a 8 veces más recursos económicos que la mediana de los países de ingresos medio bajo y medio alto, pero que tiene solamente $\frac{1}{4}$ de la mediana de estos recursos en los países de ingreso alto (Minoletti y Sepúlveda, 2017, p. 76).

En otras palabras, Chile destinaría mayor cantidad de recursos en este sector que otros países que se clasifican en el mismo nivel de ingresos, como países latinoamericanos y del Caribe (Minoletti y Sepúlveda, 2017). Esto se explicaría gracias a las progresivas reformas que se han ido integrando y que benefician favorablemente a la APS en comparación a países del mismo sector, permitiendo especialmente que en el área de salud mental exista un espectro más amplio de atención (Minoletti y Sepúlveda, 2017). Este sistema incluye a personas de edades diversas y con variedad de trastornos mentales también, y se ha favorecido de que el número de horas por semana promedio en que hay psicólogos en los centros de atención primaria ha ido en aumento en los últimos veinte años (Minoletti y Sepúlveda, 2017). No obstante, el monto asignado a salud mental en Chile sigue siendo inferior al que se destina en países de ingresos medios altos, lo que deja en evidencia que no se ha priorizado del todo este ámbito (Minoletti y Sepúlveda, 2017). Aún hay una alta prevalencia de trastornos mentales, y la cobertura es insuficiente y poco efectiva, existiendo menos personas tratadas por año que en países que disponen de un menor presupuesto (Minoletti y Sepúlveda, 2017). De este modo, el resultado de una distribución ineficiente de los recursos para la salud mental afecta la cobertura del sistema de salud, generando que las poblaciones que más necesitan soluciones en esta materia tengan menor acceso a estas (Saxena et al., 2007), entre ellas, la población migrante (Sarpi et al., 2023).

F) El incremento de la inmigración en Chile

Respecto a la situación migratoria en Chile, de acuerdo con el Instituto Nacional de Estadísticas y el Departamento de Estudios del Servicio Nacional de Migraciones, en el 2022 había 1.625.074 personas extranjeras estimadas residiendo en el país, concentrándose principalmente en la Región Metropolitana, y caracterizada en su mayoría por población adulta entre 25 y 39 años, pero también NNA que comprenden un 13% del total estimado (Instituto Nacional de Estadísticas [INE] y Servicio Nacional de Migraciones [SERMIG], 2023). La población migrante en el país principalmente provendría de Venezuela, Perú, Colombia y Haití, en orden de mayor a menor presencia en el territorio durante el 2022 (INE y SERMIG, 2023). Por último, es relevante mencionar que, del total de la población estimada durante ese año, un 6,6% se encontraría residiendo en situación de irregularidad (INE y SERMIG, 2023).

G) Leyes y Medidas Nacionales en cuanto al acceso a la salud de la población migrante

Respondiendo a las responsabilidades que el Estado de Chile ha suscrito (Naciones Unidas Chile, s.f.), el Ministerio de Salud de Chile (Ministerio de Salud [MINSAL], 15 de enero de 2019) se ha ocupado de tomar medidas de protección dirigidas específicamente hacia la población inmigrante, dentro de las cuales se identifican: 1) la constitución del Equipo Asesor Sectorial de Salud de Inmigrantes en el MINSAL, cuyo objetivo es desarrollar políticas de salud para la población migrante; 2) el Decreto N°67, establecido el año 2015, que incorpora a inmigrantes en situación irregular, es decir, sin visa o sin documentos, como beneficiarios de FONASA – fondo de salud público; 3) el Piloto de Salud de Inmigrantes que se impulsó en algunas comunas con el propósito de reducir las barreras

de acceso; 4) la capacitación y sensibilización de los funcionarios de salud en el fenómeno de Migración y Derechos Humanos. Adicionalmente, se creó el Número de Identificación Provisorio (NIP), pensado especialmente para personas carentes de recursos, en situación migratoria irregular y sin permisos de residencia, que permite recibir atenciones de salud durante un año - aunque renovable- de manera gratuita, pudiendo prescindir del RUT chileno para acceder a prestaciones de salud (Organización Internacional para las Migraciones Chile [OIM Chile], 2022). Con el NIP se puede acceder a: 1) Inscripción en consultorios de APS, 2) Recibir prestaciones de salud en los hospitales de la red pública de salud y 3) Acceder a las prestaciones de la Ley de Garantías Explícitas de Salud (OIM Chile, 2022).

CUESTIONAMIENTOS, BARRERAS Y DESAFÍOS

I. Barreras intrapersonales y estructurales

Los desafíos que enfrenta la atención primaria de salud mental en la población migrante son tanto diversos como complejos, abarcando desde factores intrapersonales hasta cuestiones estructurales del sistema de salud. En cuanto a los factores intrapersonales, tanto el personal de salud como los pacientes migrantes coinciden en que existe un desconocimiento significativo respecto al funcionamiento del sistema de salud chileno en atención primaria (Astorga-Pinto et al., 2019; Bernales et al., 2017; Cabieses et al., 2019; Obach et al., 2020; Pastene, 2024). En el caso particular de los migrantes solicitantes de asilo y refugio, esta falta de conocimiento se extiende a sus derechos y a las leyes que los protegen en el ámbito sanitario (Carreño et al., 2020). Adicionalmente, en uno de los estudios de Cabieses et al. (2019) se revelan varias barreras percibidas por personas migrantes para acceder al sistema de salud, entre las cuales se encuentran:

la falta de cédula de identidad (se desconoce la posibilidad de acceso a APS sin esta), la insuficiente información manejada por parte de los asistentes de salud, el desconocimiento del sistema y de los beneficios que este puede proveer, el estigma y la discriminación, y las barreras lingüísticas. Además, se ha observado una asociación relevante entre el estatus socioeconómico, migración y el acceso a la asistencia de salud: las personas inmigrantes en el quintil de menores ingresos reportaron la falta de prestación de salud cuatro veces más que la población chilena (Cabieses et al., 2012).

Entre las barreras estructurales, destaca la falta de inscripción de las personas migrantes en el sistema de salud, lo cual afecta la asignación de recursos estatales per cápita y limita los recursos disponibles (Bernales et., 2017). Asimismo, personas migrantes describen que una barrera propia del sistema de salud chileno es la falta de disponibilidad de trabajadores de salud mental, lo cual se ve reflejado en la dificultad para obtener horas psicológicas (Astorga-Pinto et al., 2019). Las limitaciones en el acceso a atención primaria implican una movilización voluntaria de los recursos personales de los trabajadores en APS para poder derivar a los pacientes a fundaciones o instituciones que puedan atender estos casos (Calderón y Saffirio, 2017; Carreño et al., 2020).

Además de la carencia de profesionales disponibles y la demora en conseguir citas, la observación de una falta de capacitación y sensibilización del equipo de salud mental en temas de interculturalidad y salud mental de inmigrantes afectan la atención (Astorga-Pinto et al., 2019). Asimismo, las personas inmigrantes señalaron que, aparte de resolver cuestiones administrativas y técnicas, es esencial que los proveedores de salud comprendan las costumbres, cultura y el idioma de los pacientes

para así poder establecer una mejor relación con ellos (Cabieses et al., 2019).

En esa misma línea, en el estudio exploratorio y transversal realizado por Obach et al. (2020) se propuso el objetivo de identificar el conocimiento, acceso y uso del sistema de salud, junto a sus barreras, en población adolescente migrante de Chile. Mediante la realización de encuestas, grupos y talleres participativos con una muestra de 30 adolescentes migrantes, se encontró que perciben que las diferencias culturales, el desconocimiento del territorio local, las experiencias de discriminación y estar lejos de sus seres queridos afectan su salud mental, provocando sentimientos de soledad y depresión (Obach et al., 2020).

Por otra parte, en este grupo se ha observado una desconfianza hacia los servicios de salud mental en atención primaria provocada por las barreras ya existentes y por la dificultad para reconocer sus propias necesidades emocionales como prioritarias (Carreño et al., 2020). Así, otro estudio cualitativo describió la percepción que tienen diversos actores respecto del acceso y uso de los servicios de salud mental por parte de personas migrantes, lo que reveló la existencia de barreras incluso antes de llegar al centro de salud, como el miedo de ser deportado (Astorga-Pinto et al., 2019). De esta manera, otra barrera identificada que se ha asociado a esta desconfianza es el temor a ser maltratados por los trabajadores de la salud o por otros usuarios, sustentado en la creencia de no tener derecho a la atención en salud en Chile (Astorga-Pinto et al., 2019; Sarpi et al., 2023). De esta forma, son preocupantes las limitaciones en la atención oportuna y la baja adherencia, en parte debido a experiencias negativas vivenciadas en los servicios de salud mental (Obach et al., 2020).

II. Factores asociados a desafíos en la salud mental de personas migrantes.

Ahora, se busca explorar el panorama de la salud mental de personas migrantes, a través de factores premigratorios, factores postmigratorios y factores protectores que están presentes en la experiencia migratoria. Todo aquello debe ser comprendido como un proceso que inicia mucho antes que la persona cruce las fronteras nacionales, ya que las condiciones que se viven en el país de origen, así como las experiencias de tránsito y los desplazamientos realizados son tan importantes como las condiciones y accesos que les facilita el país de llegada, tanto durante los primeros años, como a lo largo de todo el proceso de integración en la sociedad que reciben las personas migrantes (Calderón, 2021). Sin embargo, los estudios sobre la salud mental de esta población aún son escasos en Chile, aunque si existen algunos registros de realidades locales, como las vivenciadas al norte del país y en comunas con alta concentración de migrantes internacionales (Astorga-Pinto, 2019; Calderón, 2021).

A) Factores premigratorios

Se ha investigado que los factores pre migratorios influyen significativamente en la salud mental de personas migrantes, especialmente traumas previos a la migración, como se estudió en refugiados e inmigrantes en EE. UU (Sangalang et al., 2018). Otro estudio estadounidense, postula que la exposición a desastres naturales, violencia y accidentes graves en el país natal de inmigrantes latinos, está asociada con mayores síntomas mentales, destacando con ello la importancia de una evaluación clínica integral y un tratamiento para quienes experimentaron eventos traumantes durante el proceso de migración (Cleary et al., 2017).

Desde una perspectiva clínica, se considera

fundamental tener en cuenta la situación de salud mental como factor premigratorio, ya que esta puede variar según la nacionalidad (Sarpi et al., 2023). En cuanto al panorama de salud mental de los países con mayor migración a Chile, se destaca la prevalencia de trastornos afectivos en la población adulta de Colombia (Ministerio de Salud de Colombia y COLCIENCIAS, 2015, como se citó en Sarpi et al., 2023), mientras que en Haití existe mayor presencia de trastornos depresivos (Zubieta et al., 2020). Respecto a ese país, hay que considerar que, de acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (Organización Panamericana de Salud [PAHO], 2020, citada en Sarpi et al., 2023) faltan datos oficiales en materia de salud mental. Resulta relevante también la presencia de trastornos afectivos como depresión y ansiedad en países como Perú, Bolivia y Venezuela (PAHO, 2020, como se citó en Sarpi et al., 2023). Además, en estos últimos dos países se resalta la recurrente prevalencia de epilepsia en población infantil y la enfermedad de Alzheimer en adultos mayores (PAHO, 2020, como se citó en Sarpi et al., 2023). Cabe destacar, que el contexto socioeconómico y político de los países mencionados también juega un rol en aumentar la vulnerabilidad de salud mental, con una especial incidencia en poblaciones desfavorecidas (Blukacz et al., 2020; Coello, 2019; Pereira, 2011; Rihm y Sharim, 2018).

Por otra parte, también influyen en la salud mental migrante las situaciones de maltrato fronterizo, y la vulneración arbitraria de derechos en el control de los pasos fronterizos del norte de Chile, especialmente en personas afrodescendientes (Sarpi et al., 2023). A nivel mundial, se han descrito situaciones similares de salud mental de migrantes, afectados por la distancia del país de origen, dificultades en relaciones sociales, la discriminación y malas condiciones laborales, siendo la salud mental un asunto urgente en la materia de migración (Sarpi

et al., 2023).

B) Factores postmigratorios

Sarpi y autores (2023) también identificaron varios factores que afectaron la salud mental de algunas personas migrantes luego de haberse establecido en Chile, entre ellos, la aculturación, fenómeno derivado de “cambios en los patrones culturales, sociales y psicológicos que vive una población migrante al enfrentarse a una nueva cultura” (Sarpi et al., 2023, p. 11). También se vivencian problemáticas asociadas al acceso laboral, tales como mayor exposición a salarios inferiores, peores condiciones laborales y más horas de trabajo que la población no migrante (Sarpi et al., 2023). Respecto a las relaciones interpersonales, existe una mayor propensión a vivir maltrato, y discriminación, lo cual también termina afectando la esfera emocional de estas personas, manifestando sintomatología de ansiedad, depresión y desadaptación a los roles que deben asumir (Sarpi et al., 2023).

Por otro lado, la dificultad del acceso a la salud también se identifica como un factor postmigratorio, en que se ven involucrados varios elementos, como la disponibilidad limitada de los profesionales de salud; la existencia de posibles diferencias en las concepciones que se tienen de salud y enfermedad; las barreras lingüísticas; el temor al maltrato por parte de los funcionarios; precariedades propias del sistema de salud; y la situación habitacional en que se hallen esas personas, especialmente si se encuentran en condición de hacinamiento, puesto que esto se relaciona con síntomas depresivos (Sarpi et al., 2023).

C) Factores protectores

En cuanto a los factores protectores, se logró encontrar en el trabajo de revisión documental de Albornoz-Arias (2024) que la existencia de ayuda

y proyectos colectivos contrarrestan los sentimientos estresores de personas migrantes, como también las intervenciones psicosociales en el proceso de adaptación e integración de la población migrante al país de llegada. Las iniciativas existentes hasta la fecha en Chile coinciden con recomendaciones que hoy en día promueve la OMS, basadas en diversas intervenciones realizadas en el mundo (Albornoz-Arias, 2024). La OMS identifica 4 áreas claves para promover salud mental en las comunidades migrantes y realizar intervenciones efectivas en los casos específicos en que éstas se requieran: 1) Generar políticas integradas para eliminar discriminación en las relaciones entre migrantes, refugiados e integrantes de la sociedad de arribo, 2) Disminución de barreras para el acceso a salud mental, 3) Facilitar el compromiso con el tratamiento de salud mental, y 4) Realizar intervenciones específicas con migrantes y refugiados que manifiestan trastornos mentales (Priebe et al., 2016).

Por otra parte, Blouin y autores (2019) señalan que, además del apoyo institucional, las redes de apoyo proporcionadas por el círculo social y familiar desempeñan un papel clave en la protección de la salud mental de la población migrante (como se citó en Albornoz-Arias, 2024). Son relevantes también las experiencias de aceptación por parte de la cultura en la cual se inserta la persona migrante, el acceso al conocimiento sobre la propia cultura de origen, y el sentirse parte de una comunidad de referencia y soporte (Vargas, 2022). Un estudio enfocado en población adolescente indígena y migrante, cuyo objetivo fue realizar recomendaciones para la prevención de las conductas suicidas, demostró que desarrollar su identidad en relación con su cultura de origen representa un factor protector de su salud mental (Vargas, 2022). Además, se recomienda que las intervenciones realizadas en

la población adolescente migrante logren apuntar a priorizar el fortalecimiento de vínculos mutuos y relaciones familiares, promoviendo la participación activa de estas familias, el mantenimiento de prácticas familiares culturales y la resolución de conflictos (Vargas, 2022).

III. Desafíos y cuestionamientos propios de psicólogos clínicos en APS

Entre los principales desafíos que enfrentan los psicólogos clínicos en APS se encuentran los limitados recursos con los que estos profesionales disponen (Pérez-Ayala, 2023), al igual que los extensos períodos entre atenciones, que pueden superar los 45 días (De la Parra et al., 2019; Pérez-Ayala, 2019). Todo esto ha llevado a que en muchas ocasiones se lleven a cabo tratamientos o intervenciones inadecuadas en aras de una mayor efectividad de la atención frente a la baja frecuencia de los controles, esto es a pesar de que se contradigan los lineamientos de las labores que le corresponden a un psicólogo clínico en el nivel primario de salud, como, por ejemplo, proveer atención psicoterapéutica sin tener las condiciones adecuadas para realizarlo (De la Parra et al., 2019).

Algo que también se evidencia es la sobredemanda de funciones a la que se ven expuestos los profesionales en la APS, que en muchas ocasiones deben encargarse de múltiples obligaciones, las cuales no necesariamente les corresponden y terminan afectando en la atención (Pérez-Ayala, 2019) y aumentando la carga laboral a la que se enfrentan (Pinto et al., 2023).

Por otra parte, los desafíos que enfrentan los trabajadores de salud ante la diversidad cultural también son significativos. El estudio de Bernal et al. (2017) profundiza en los desafíos que enfrenta la atención sanitaria de las personas migrantes en Chile. Dentro de estos, los

trabajadores de salud primaria identifican el reto de interactuar con un contexto culturalmente diverso, que implica diferencias en costumbres, creencias y lenguaje, lo que con frecuencia dificulta la comunicación efectiva con los pacientes (Bernales et al., 2017). Esta diversidad también resalta la necesidad de un tratamiento eficaz y culturalmente adaptado, ya que algunas creencias migrantes pueden conducir a conductas perjudiciales para la salud (Bernales et al., 2017). Se ha llegado a conclusiones similares en otros estudios donde se reconoce que existe una falta de capacitación del personal sanitario en materia de interculturalidad y salud mental de la población migrante (Astorga-Pinto et al., 2019).

En esa misma línea, los psicólogos clínicos en APS identificaron que, incluso cuando hay capacitaciones en temas de interculturalidad, la formación y experiencia previa, al igual que la exigencia que significa el trabajo en APS, llevaban a hacer “siempre lo mismo” (Abarca-Brown y Montenegro, 2023, p. 133). De esta forma, se reconoce un deseo de capacitarse para poder entregar un servicio integral que otorgue la mejor atención posible a personas inmigrantes, pero que, sin embargo, las condiciones laborales lo dificultan, ya que “el cuero no da” (Abarca-Brown y Montenegro, 2023, p. 133), siendo este uno de los principales obstáculos para el trabajo intercultural con personas inmigrantes (Abarca-Brown y Montenegro, 2023).

LINEAMIENTOS DE INTERVENCIÓN

Respecto a los lineamientos de tipos de acciones clínicas existentes dentro de la temática, se encuentran diversas medidas orientadas a la atención primaria. Entre los proyectos, se resalta la existencia del Folleto de la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) que explica los derechos de las personas migrantes en

Chile en áreas de salud y educación, informando los accesos de una manera fácil y rápida (OIM, 2022). Además, está el folleto del Servicio Nacional de Migraciones de Chile (2024) sobre el duelo migratorio en NNA, guía que resalta la validación de sentimientos relacionados al duelo migratorio y el fomento de redes de apoyo significativas. Además, informa de señales de alerta para detectar malestares psicológicos asociados.

Entre otras iniciativas encontradas, la página del Ministerio de Salud de Chile (15 de enero de 2019) dedicada a la salud de las personas inmigrantes ofrece información y recursos que buscan garantizar el acceso a la atención sanitaria en el país, independientemente del estatus migratorio. Esta sección proporciona detalles acerca de las normativas, como circulares de políticas que aseguran el acceso a la salud para inmigrantes sin documentación al día, y en especial, para casos de emergencia, como atención dirigida a mujeres embarazadas y menores de edad (MINSAL, 15 de enero de 2019). Hay que tener en cuenta que esta página podría estar desactualizada, al referir información de años anteriores, sin reflejar posibles cambios en las necesidades actuales de la población migrante o desafíos emergentes en la salud pública.

Considerando los lineamientos de acción, la falta de herramientas de sensibilización cultural en la acción clínica es una crítica importante, ya que los profesionales de salud enfrentan desafíos en contextos multiculturales cotidianamente (Oliveira et al., 2021). La atención a personas migrantes requiere competencias culturales que van más allá del conocimiento técnico, incluyendo habilidades para comprender costumbres, valores e idiomas diferentes (Oliveira et al., 2021). Aunque algunos profesionales se adaptan mediante experiencia y creatividad, es

fundamental integrar en su formación inicial estrategias prácticas para desarrollar estas competencias, promoviendo una atención respetuosa y adecuada a las necesidades culturales de cada paciente (Oliveira et al., 2021).

De esta forma, se encontró que el entrenamiento cultural por parte del personal puede mejorar las actitudes clínicas y también la satisfacción de los pacientes con esta atención (Giacco et al., 2014). Al momento de aproximarse a la salud mental de población migrante, una práctica no tan extendida, pero de gran utilidad, es la atención informada en el trauma, este enfoque ha demostrado ser una de las mejores prácticas al momento de abordar a esta población, sin embargo, en múltiples servicios de atención primaria estos temas no se discuten con los pacientes, o existe la percepción de que no existe preparación para hacerlo (Lu et al., 2020). Asimismo, es importante que, en el caso de poblaciones vulnerables, los padres puedan identificar las problemáticas más inmediatas de forma que puedan estabilizar a sus familias y beneficiarse de la terapia (Lu et al., 2020).

ENTREVISTA A PROFESIONAL EN EL ÁREA

Para apoyar los hallazgos de la revisión bibliográfica, se decidió realizar una entrevista semiestructurada (De Toscano, 2009) a un psicólogo con experiencia en APS con personas inmigrantes. El entrevistado, de aquí en adelante "Carlos", es un psicólogo clínico cuya trayectoria en APS comenzó en su práctica profesional, y se prolongó luego en su quehacer profesional y formación continua. Actualmente trabaja en un CESFAM de Maipú, y ha realizado estudios de postgrado en salud familiar y psicoterapia estratégica breve ericsoniana.

Los resultados fueron categorizados y sintetizados en cinco ejes temáticos, los cuales serán descritos a continuación:

(1) Práctica clínica en APS

En primer lugar, se indagó respecto al rol percibido que tienen los psicólogos clínicos a nivel de atención primaria. Carlos señaló considerar que existe una especie de contradicción en el quehacer de esta área, dado que la expectativa es que la clínica sea exclusivamente psicoterapia, no obstante, el trabajo que se realiza en el nivel primario es distinto:

... muchas veces el rol del psicólogo clínico en atención primaria es más un rol de acompañamiento, de contención, de educación, de prevención, de promoción. Más que un rol como clínico terapéutico (...) se busca abrir la canasta de prestaciones de salud mental a la mayor población posible, no el uno a uno de la psicoterapia clínica quizás; sino que talleres, actividades grupales, psicoeducación (Carlos, párr. 14).

Además, el entrevistado destacó el carácter interdisciplinario del trabajo a nivel de CESFAM, y recalcó el desafío que supone trabajar con pocos recursos y una agenda sobre-demandada en comparación a la capacidad del establecimiento.

(2) Atención primaria en salud mental a personas inmigrantes

En segundo lugar, se obtuvo información sobre la experiencia atendiendo a personas inmigrantes. Carlos señaló que los lugares de origen más comunes de los usuarios de otros países que acuden al CESFAM en el que trabaja, son Venezuela, Colombia y Argentina. A su vez, indicó que los principales factores de vulnerabilidad observados son: (1) la crisis no normativa que supone el duelo migratorio, (2) discriminación por parte de chilenos ante el hecho de que personas inmigrantes reciban beneficios sociales, y (3) una serie de condicionantes sociales de la salud (condiciones de la vivienda y hacinamiento, pobreza y precariedad, privación educacional y

desconocimiento de las normativas legislativas chilenas). No obstante, también destacó la resiliencia y la oportunidad de acceder a un sistema de salud que las personas identifican como mejor que el de sus países de origen, como factores protectores relevantes.

A su vez, los trastornos de ansiedad y estrés fueron identificados como los más prevalentes en esta población: "son personas que vienen muy dañadas en términos de crianza, de situaciones de alto impacto traumático, por lo tanto, ya recibes una persona con un cuadro de ansiedad con características de un estrés agudo o un estrés postraumático propiamente" (Carlos, párr. 37).

Por otro lado, se indagó en las actividades de prevención y promoción en salud, las cuales no diferirían de las implementadas a nivel de la población chilena. En otras palabras, la realización de operativos en establecimientos educacionales, procedimientos como el examen médico preventivo del adulto, la ficha integral de salud del adolescente, o la implementación de diversos talleres, serían actividades dirigidas a la población tanto nacional como inmigrante.

Finalmente, cabe destacar que la atención en salud mental a personas migrantes implica desafíos importantes para los profesionales, los cuales serán abordados en el cuarto eje temático.

(3) Barreras para el acceso

En tercer lugar, se indagó respecto a las principales barreras que tienen las personas inmigrantes para acceder a APS, especialmente en salud mental. Estas se dividen en dos tipos:

Por un lado, existen una serie de barreras estructurales para el acceso. Dentro de estas se destaca la dotación de profesionales del CESFAM, en comparación al número de personas inscritas –

donde, por ejemplo, un establecimiento con profesionales contratados para atender 30.000 personas debe prestar servicios a 46.000 inscritos. Además, existen barreras económicas, como la incapacidad de algunos usuarios de financiar el transporte para acudir al CESFAM. Más aún, el entrevistado enfatizó en que existiría un "temor infundado" (párr. 24) de los inmigrantes de que puedan ser denunciados a extranjería y deportados, dado que para la inscripción se solicitan datos prácticos como la dirección de su vivienda actual.

Por otro lado, también existen barreras personales para el acceso, dentro de las que destacan los prejuicios y la falta de comprensión que estas personas puedan tener sobre la salud mental. El entrevistado explicó que a nivel cultural la atención con profesionales en salud mental en otros países (como Venezuela) es vista como exclusiva para cuadros graves. Es decir que, para ellos, acudirían a los psicólogos "las personas que están locas, que están enajenadas, qué están psicóticas, etcétera" (Carlos, párr. 24), lo cual supone una limitación para que personas sin cuadros con ese nivel de gravedad puedan consultar. Además, el desconocimiento de las leyes del marco normativo chileno respecto a las prestaciones de salud supondría también una dificultad. Finalmente, cabe destacar que, en base a los hallazgos encontrados en la literatura, se indagó sobre si la no inscripción de las personas inmigrantes supone actualmente una barrera para el acceso a las prestaciones de salud. El entrevistado señaló que actualmente esto es un problema "en retirada" (párr. 25) y que ha disminuido mediante la educación y entrega de información, por lo que no se destaca como un desafío relevante en la actualidad.

(4) Desafíos en la atención primaria en salud mental a personas inmigrantes

En cuarto lugar, se abordaron los desafíos que tienen los psicólogos a la hora de atender a personas inmigrantes a nivel de APS. Sobre ello, destaca una problemática transversal en la atención, tanto a población nacional como extranjera, que es la alta demanda y la cantidad acotada de sesiones que se pueden realizar en el CESFAM. Luego, respecto a la atención a personas inmigrantes en específico, la adquisición de competencias culturales emerge como un desafío constante. Carlos enfatiza en la relevancia de conocer los valores culturales de los usuarios, dado que estos dan sentido a sus esquemas mentales. Sobre ello, señala que:

... para profesionales como nosotros, es un conocimiento yo creo que más que necesario. Porque muchas veces puedes desde ahí persuadir y mostrarle, desde la misma creencia de la persona, mostrarle otras alternativas quizás de, no sé, estilos parentales o estilos de crianza distintos; y le va a hacer más sentido a que tú le vengas a imponer (o como entre comillas colonizar) a este consultante con esto se hace en Chile usted adáptese ¿no? (Carlos, párr. 32)

Esto último se relaciona a un tercer desafío: la autoformación en competencias culturales. El entrevistado señala que la mayoría de los profesionales intentan compensar aquella carencia formándose de manera independiente, dado que no existirían programas de capacitación adecuados en esta materia.

Finalmente, la atención a personas inmigrantes también implicaría un “choque cultural” (párr. 6) para el profesional, donde se ve interpelado por normas sociales que difieren significativamente de las propias. El entrevistado destaca los roles y expectativas de género, las formas de crianza y el conocimiento respecto al funcionamiento del sistema de salud, como puntos de encuentro relevantes en esta convergencia cultural. Sobre esto, explica:

... en temática de violencia intrafamiliar, de abuso sexual, etcétera (...) y el rol y la obligatoriedad que

tienen los profesionales de salud públicos de poner en conocimiento de las autoridades situaciones como esas. También hay ahí una barrera que también a los profesionales nos pone en una situación incómoda, porque queremos prestar la ayuda, el apoyo, la atención de salud, pero por otra parte estamos en la obligación legal; porque si tú no denuncias como funcionario público a ti se te hace un sumario que puede arriesgarte incluso tu destitución entonces te ves en esta como disyuntiva (Carlos, párr. 24).

Por lo tanto, el encuentro entre las prácticas culturales extranjeras y las normativas locales supondría un desafío relevante a la hora de realizar atención primaria en salud mental a personas inmigrantes.

(5) Abordajes y recomendaciones

Finalmente, se indagó respecto a instancias existentes para el abordaje de las problemáticas levantadas a lo largo de la entrevista. Carlos señaló que (en Maipú) existen Organizaciones no Gubernamentales (ONGs) que realizan trabajo en terreno con personas inmigrantes, entregando una primera acogida, orientación y vinculación al CESFAM.

A su vez, se le preguntó al entrevistado por recomendaciones para futuras intervenciones en la línea de la temática abordada. Carlos señaló que sería relevante enfocarse en condicionantes sociales de salud mental, ya que son los que más agudizan los casos. A modo de ejemplo, indicó como temáticas a intervenir la VIF, abuso sexual infantil y prevención del suicidio.

Finalmente, se le consultó sobre qué acciones se podrían realizar desde los psicólogos en formación para intervenir en las problemáticas planteadas a lo largo de la entrevista. Ante ello, Carlos indicó que la realización de voluntariados sería un aporte, dado que se podría colaborar “en la línea de, por ejemplo, primeros auxilios psicológicos, intervenciones en crisis, orientación,

psicoeducación” (párr. 38). A su vez, indicó que existen ONGs de voluntariados donde estudiantes y recién egresados de psicología pueden participar.

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

A raíz de los antecedentes levantados a través de la búsqueda bibliográfica y la entrevista, emergen dos problemáticas principales asociadas a la APS y la atención a pacientes inmigrantes: 1) El desconocimiento respecto al sistema de salud chileno y sus beneficios por parte de las personas inmigrantes y 2) La falta de comprensión de la cultura, las costumbres y el idioma del paciente por parte de los profesionales de la salud. La primera de estas problemáticas ha sido abordada mediante iniciativas impulsadas por el Ministerio de Salud, tales como infografías informativas que ofrecen guías claras para acceder al sistema de salud, independientemente de la situación migratoria regular o irregular del individuo, contribuyendo de esta manera a mitigar esta barrera informativa (ver *Lineamientos de intervención*).

Ante este contexto, se propone una intervención específica orientada a abordar la segunda problemática. La propuesta consiste en diseñar y distribuir una guía breve y concisa dirigida a psicólogos clínicos en APS, de forma que sea un apoyo para estos profesionales y no signifique una carga adicional. El objetivo principal de este material será mejorar la comprensión y el abordaje de temáticas psicosociales relevantes para la atención de la población inmigrante. Este documento se enfocará en las comunidades inmigrantes provenientes de los cuatro países con mayor representación en Chile: Venezuela, Perú, Colombia y Haití (INE y SERMIG, 2023).

El contenido de la guía comienza con una introducción al concepto de persona migrante, los objetivos de la guía y un análisis de la situación migratoria actual en Chile. Seguidamente, se explican las problemáticas generales que enfrentan las personas migrantes, como el duelo migratorio, el maltrato fronterizo, el proceso de aculturación, el acceso laboral, la discriminación, los aspectos habitacionales y las posibles situaciones de irregularidad. Posteriormente, el contenido aborda las problemáticas psicosociales específicas que afectan a las principales comunidades migrantes en Chile. En el caso de la población venezolana, se analizan aspectos como la ola migratoria, la inseguridad alimentaria, la violencia, la disminución de la felicidad y el descontento generalizado. Para la población peruana, se incluyen temas como la VIF, la violencia contra la mujer y las conductas de riesgo en jóvenes. En cuanto a la población colombiana, se abordan el conflicto armado, el desplazamiento forzado y los problemas de salud mental asociados. Finalmente, respecto a la población haitiana, se exploran cuestiones relacionadas con la salud reproductiva, el acceso a la atención de salud mental, la pobreza, el desempleo, el bajo nivel de confianza en las instituciones públicas y el impacto de las diferencias culturales en la APS. Para ver la guía completa dirigirse a **Anexo I**.

Con esta intervención, se busca fortalecer la atención integral en la APS, promoviendo interacciones culturalmente adecuadas, que contribuyan a reducir desigualdades en el acceso a la salud y a mejorar la atención sanitaria dirigida hacia la población migrante. En última instancia, esta propuesta se alinea con los principios rectores mencionados en la Estrategia Nacional de Salud del Ministerio de Salud de Chile, los cuales enfatizan la importancia de reducir las inequidades de sanidad presentes en la población

y alcanzar una cobertura de salud universal (MINSAL, 2022).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La migración es un fenómeno sumamente relevante tanto a nivel mundial como local, siendo la salud mental de personas inmigrantes una problemática creciente a medida que este grupo aumenta. El sólo hecho de encontrarse en un territorio extranjero ya supone en sí mismo un factor de riesgo psicosocial, lo cual se ve atravesado por una serie de potenciales factores de vulnerabilidad asociados, como la precariedad laboral y salarial, las condiciones de vivienda, y la discriminación, entre otros elementos. En otras palabras, la migración puede convertirse en un punto de encuentro entre distintos tipos de vulnerabilidades sociales que se entrecruzan de manera interseccional (Azmitia y Mansfield, 2021), lo cual no sólo se debe considerar a la hora de enfrentarse al trabajo con este grupo a nivel profesional, sino también a la hora de evaluar la relevancia de generar instancias de atención y contención apropiadas a nivel de salud mental.

En Chile, la primera línea de atención en este ámbito se realiza desde el sector primario y, a pesar de los múltiples avances que se han efectuado en términos de acceso y legislaciones, pareciesen aún existir barreras estructurales y personales que dificultan una atención oportuna y contingente a la población migrante. Ahora bien, debe destacarse que barreras como el trabajo con pocos recursos, las brechas entre una sesión y otra, entre otros factores mencionados a lo largo del artículo, son transversales a toda la población (es decir, no exclusivas en la atención a personas extranjeras). No obstante, dado el carácter interseccional del fenómeno migratorio, que es atravesado por diversos factores de

vulnerabilidad, se plantea la necesidad de generar espacios y focos de trabajo específicos para este grupo.

El presente trabajo, en base a la integración de información teórica junto al levantamiento de datos cualitativos realizado, propone una intervención en la línea de facilitar información relevante y específica a psicólogos prestadores de APS. De esta manera se facilita la autoformación en competencias culturales, lo cual recaería a su vez en una mejor atención a personas inmigrantes. Si bien se pretende ser un aporte en esta temática, el alcance del producto dependerá no sólo de su difusión, sino también de la disponibilidad y motivación que tengan los profesionales a leerlo y aplicarlo en la clínica, tal como se levantó en la entrevista y en la revisión bibliográfica. En otras palabras, si bien se intenta aportar a la problemática, también existen presiones estructurales que podrían impedir el uso de la guía en su potencial, lo cual supone una limitación del producto diseñado. Además, desde un punto de vista ético, este debe ser escudriñado y utilizado considerando que son lineamientos generales basados en literatura y datos disponibles, y no perfiles psicológicos rígidos de personas provenientes de ciertos países. En otras palabras, se debe prevenir el uso de la guía de maneras que estigmaticen a las poblaciones descritas o atribuyan problemáticas a ciertos individuos sólo por pertenecer a cierta cultura o país de origen.

Finalmente, en cuanto a proyecciones que emergen de la investigación realizada, esta queda al debe de datos actualizados respecto a las percepciones que tanto psicólogos en APS como personas inmigrantes que reciben o podrían acceder a estos servicios, tienen de la situación de salud mental en aquella población. Futuras investigaciones deberían ahondar en estas

temáticas, de manera que se pueda obtener más información para generar intervenciones apropiadas en este ámbito. Finalmente, se recalca la necesidad de incorporar la formación en competencias culturales en los currículums universitarios de futuros profesionales de la salud, de manera que estos cuenten con una preparación apropiada para atender a este sector de la población.

REFERENCIAS

- Abarca-Brown, G., y Montenegro, C. (2023).** La (de) colonización va por dentro: Profesionales de salud mental en el trabajo con migrantes haitianos y agrupaciones de usuarios y exusuarios activistas de servicios de salud mental en Chile. *Revista de Antropología Social*, 32(2), 129-140. <https://dx.doi.org/10.5209/raso.91746>
- Albornoz-Arias, N. (2024).** *Salud mental de personas y familias inmigrantes: Implicaciones del duelo, desprotección, rechazo y estrés transnacional*. Recuperado de <https://www.researchgate.net/publication/380205352>
- Alvarado, R., Toro, O. y Soto, G. (2024).** El rol de la atención primaria en la red de servicios comunitarios de salud mental. En J. Jiménez, J. Acuña y A. Botto, *Salud mental y psiquiatría en la práctica de atención primaria de salud* (pp. 51 – 74). Editorial Catalonia Ltda.
- Astorga-Pinto, S. (2019).** Salud mental de migrantes internacionales en América Latina: insuficiencia de fuentes de información poblacional. *Revista del Instituto de Salud Pública de Chile*, 3(1), 15-18. <https://doi.org/10.34052/rispach.v3i1.70>
- Astorga-Pinto, S. M., Cabieses, B., Calderon, A. C., y McIntyre, A. M. (2019).** Percepciones sobre acceso y uso de servicios de salud mental por parte de inmigrantes en Chile, desde la perspectiva de trabajadores, autoridades e inmigrantes. *Revista del Instituto de Salud Pública de Chile*, 3(1). <https://doi.org/10.34052/rispach.v3i1.49>
- Azmitia, M., y Mansfield, K. C. (2021).** Intersectionality and identity development: How do we conceptualize and research identity intersectionalities in youth meaningfully? *Frontiers in psychology*, 12, 625765. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.625765>
- Blukacz, A., Cabieses, B., y Markkula, N. (2020).** Inequities in mental health and mental healthcare between international immigrants and locals in Chile: A narrative review. *International Journal for Equity in Health*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12939-020-01312-2>
- Bernales, M., Cabieses, B., McIntyre, A. M., y Chepo, M. (2017).** Desafíos en la atención sanitaria de migrantes internacionales en Chile. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 34(2), 167-175. <http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2017.342.2510>
- Cabieses, B., Chepo, M., Obach, A., y Espinoza, M. (2019).** Towards universal coverage for international migrants in Chile: accessibility and acceptability indicators from a multi-methods study. *Medical Research Archives*, 7(1), 1-20. <https://doi.org/10.18103/mra.v7i1.1889>
- Cabieses, B., y Oyarte, M. (2020).** Health access to immigrants: identifying gaps for social protection in health. *Revista de Saúde Pública*, 54, 1–13. <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2020054001501>
- Cabieses, B., Tunstall, H., Pickett, K. E., y Gideon, J. (2012).** Understanding differences in access and use of healthcare between international immigrants to Chile and the Chilean-born: a repeated cross-sectional population-based study in Chile. *International Journal for Equity in Health*, 11(1), 1–16. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-11-68>
- Calderón, A. C. (2021).** Debates y estrategias para el abordaje de la salud mental de migrantes internacionales en América Latina. En B. Cabieses, A. Obach y C. Urrutia (Eds.), *INTERCULTURALIDAD EN SALUD Teorías y experiencias para poblaciones migrantes internacionales* (pp. 123-138). Universidad del Desarrollo.
- Calderón, F., y Saffirio, F. (2017).** Avances y desafíos en el ejercicio del derecho a la salud desde la experiencia del SJM. La migración internacional como determinante social de la salud en Chile. En B. Cabieses, M. Bernales y A. McIntyre (Eds.), *La migración internacional como determinante social de la salud en Chile: evidencia y propuestas para políticas públicas* (pp. 51–59). Repositorio UDD.

- <https://repositorio.udd.cl/items/7eadecd2-f3d2-4834-8b10-c6662aec98b6>
- Carreño, A., Blukacz, A., Cabieses, B., y Jazanovich, D. (2020).** “Nadie está preparado para escuchar lo que vi”: atención de salud mental de refugiados y solicitantes de asilo en Chile. *Salud Colectiva*, 16, 1-16. <https://doi.org/10.18294/sc.2020.303>
- Cleary, S. D., Snead, R., Dietz-Chavez, D., Rivera, I., y Edberg, M. C. (2017).** Immigrant trauma and mental health outcomes among Latino youth. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 20(5), 1053-1059. <https://doi.org/10.1186/s12939-020-01312-2>
- Coello, L. M. (2019).** Gobernabilidad por niveles: El caso del flujo de migración haitiano en América. *Migraciones Internacionales*, 10, 1-22. <https://doi.org/10.33679/rmi.v1i1.2155>
- De la Parra, G., Errázuriz, P., Gómez-Barris, E., y Zúñiga, A. K. (2019).** Propuesta para una psicoterapia efectiva en atención primaria: Un modelo basado en la experiencia y la evidencia empírica. *Temas de la Agenda Pública*, 14(113), 1-20. <https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2019/06/Art%C3%ADculo-Propuesta-para-una-psicoterapia-G-de-la-Parra-y-otros-CPolIP%C3%BABlicas-UC-junio2019.pdf>
- Derr, A. S. (2016).** Mental health service use among immigrants in the United States: A systematic review. *Psychiatric services*, 67(3), 265-274. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201500004>
- De Toscano, G. T. (2009).** La entrevista semi-estructurada como técnica de investigación. *Graciela Tonon (comp.)*, 46, 45-73.
- Giacco, D., Matanov, A., y Priebe, S. (2014).** Providing mental healthcare to immigrants: current challenges and new strategies. *Current opinion in psychiatry*, 27(4), 282-288. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000065>
- Instituto Nacional de Estadísticas y Servicio Nacional de Migraciones (2023).** Informe de resultados de la estimación de personas extranjeras residentes en Chile. <https://serviciomigraciones.cl/wp-content/uploads/2023/12/Estimacion-2022.zip>
- Lu, J., Jamani, S., Benjamen, J., Agbata, E., Magwood, O., y Pottie, K. (2020).** Global mental health and services for migrants in primary care settings in high-income countries: a scoping review. *International journal of environmental research and public health*, 17(22), 8627. <https://doi.org/10.3390/ijerph17228627>
- McAuliffe, M., y Oucho, L. A. (2024).** *World Migration Report 2024*. International Organization for Migration. <https://www.iom.int/world-migration-report-2024>
- Ministerio de Salud (15 de enero de 2019).** *Salud del Inmigrante*. <https://www.minsal.cl/salud-del-inmigrante/>
- Ministerio de Salud (2022).** *Estrategia Nacional de Salud para los Objetivos Sanitarios al 2030*. <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/03/Estrategia-Nacional-de-Salud-2022-MINSAL-V8.pdf>
- Ministerio de Salud (29 de julio de 2024).** *Buscador de Establecimientos de Salud*. <https://saludresponde.minsal.cl/buscador-de-establecimientos-de-salud/>
- Minoletti, A., y Sepúlveda, R. (2017).** Situación de la atención de salud mental en el sistema público chileno en comparación con otros países. *Revista GPU*, 13(1), 75-81.
- Naciones Unidas Chile (s.f.).** *Acerca de nuestro trabajo para los Objetivos de Desarrollo Sostenible en Chile*. Recuperado 01 de diciembre de 2024 de <https://chile.un.org/es/sdgs>
- Obach, A., Hasen, F., Cabieses, B., D’Angelo, C., y Santander, S. (2020).** Conocimiento, acceso y uso del sistema de salud en adolescentes migrantes en Chile: resultados de un estudio exploratorio. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 44. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.175>
- Oliveira, C. P., Rosa, M. B., y Ribeiro, L. S. (2021).** Características personales y profesionales de la enfermería en la atención cultural de poblaciones migrantes en atención primaria. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 42(e20200270). <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200270>
- Organización Internacional para las Migraciones Chile. (s.f.).** Informe sobre las migraciones en el mundo 2024. Recuperado 15 de octubre de 2024 de <https://worldmigrationreport.iom.int/msite/wmr-2024-interactive/?lang=ES>
- Organización Internacional para las Migraciones Chile (2022).** *Lo que debes saber sobre acceso a salud*. <https://chile.iom.int/sites/g/files/tmzbd1906/files/documents/2024-08/folletoim-derechosaludededucacion.pdf>

- Pastene, S. (2024).** El derecho a salud mental de las personas migrantes en Chile: ¿Existe un marco normativo que regule las prestaciones psicológicas para personas migrantes? [memoria para licenciatura, Facultad de Derecho Universidad de Chile]. *Repositorio Académico de la Universidad de Chile*. <https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/198205>
- Pereira, R. (2011).** *Estudio sobre el perfil socioeconómico de la población venezolana y sus comunidades de acogida: Una mirada hacia la inclusión*. Buenos Aires: Organización Internacional para las Migraciones. <https://publications.iom.int/books/perfil-migratorio-de-bolivia-2011>
- Pérez-Ayala, M. A. (2019).** Conflictos éticos detectados por psicólogos/as de la atención primaria de salud. *Acta bioethica*, 25(1), 85-94. <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2019000100085>
- Pérez-Ayala, M. A. (2023).** Digitalización de la comunicación y atención a personas LGBTIQ+: dos conflictos éticos emergentes para la psicología en la Atención Primaria de Salud chilena. *Revista de Bioética y Derecho*, (59), 49-62. <https://doi.org/10.1344/rbd2023.59.41189>
- Pinto, P. D., Valdebenito, M. G., Gana, C. L., Jara-Quemada, F. Q., y Retamal, S. S. (2023).** Ocio y Bienestar Subjetivo: Un análisis de las Experiencias de Psicólogos/as Clínicos/as en el Sector Público de Salud en Chile. *INVESTIGACIONES DE ESTUDIANTES DE PREGRADO DE PSICOLOGÍA UDP2023 Bienestar, Educación y Sociedad*. Pp. 95-129. <https://psicologia.udp.cl/cms/wp-content/uploads/2024/11/Libro-Escuela-2024.pdf#page=98>
- Priebe, S., Giacco, D., y El-Nagib, R. (2016).** *Public health aspects of mental health among migrants and refugees: A review of the evidence on mental health care for refugees, asylum seekers and irregular migrants in the WHO European Region*. World Health Organization. Regional Office for Europe. <https://iris.who.int/handle/10665/326308>
- Rihm, A., y Sharim, D. (2018).** Migrantes colombianos en Chile: Tensiones y oportunidades en la articulación de una historia personal. *Universitas Psychologica*, 16(5), 206–220. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy16-5.mcta>
- Riveros, C. C., Macaya-Aguirre, G., Urzúa, A., y Cabieses, B. (2023).** Barreras para la utilización de servicios de Atención Primaria de Salud en Personas migrantes internacionales. *Metas de enfermería*, 26(6), 57-63. <https://hdl.handle.net/11447/8435>
- Sangalang, C. C., Becerra, D., Mitchell, F. M., Lechuga-Peña, S., Lopez, K., y Kim, I. (2018).** Trauma, post-migration stress, and mental health: A comparative analysis of refugees and immigrants in the United States. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 21(5), 909-919. <https://doi.org/10.1007/s10903-018-0826-2>
- Sarpi, K., Villa, F., Acuña, D., Guzmán, J., y Trujillo, M. (2023).** Acercamiento a la salud mental de inmigrantes en Chile: revisión de la bibliografía. *Rev. méd. Maule*, 8-18. <https://search.bvsalud.org/gim/resource/en/biblio-1562292>
- Saxena, S., Thornicroft, G., Knapp, M., y Whiteford, H. (2007).** Resources for mental health: scarcity, inequity, and inefficiency. *The lancet*, 370(9590), 878-889. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61239-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61239-2)
- Servicio de Salud Metropolitano Sur (s.f.).** *Rol de la Red Asistencial*. Recuperado 01 de diciembre de 2024 de <https://ssms.gob.cl/como-metatiendo/rol-de-la-red-asistencial/>
- Servicio Nacional de Migraciones (22 de octubre de 2024).** *Trámites Migratorios: Glosario de Términos*. Recuperado 3 de noviembre de 2024 de <https://serviciomigraciones.cl/glosario-de-terminos/#:~:text=Migrante%3A%20persona%20que%20se%20ha,o%20cu%C3%A1nto%20tiempo%20planea%20quedarse>.
- Servicio Nacional de Migraciones. (2024).** *Duelo migratorio en NNA*. Recuperado 3 de noviembre de 2024 de <https://serviciomigraciones.cl/wp-content/uploads/2024/06/Duelo-migratorio-en-NNA.pdf>
- Scharager, J., y Molina, M. L. (2007).** El trabajo de los psicólogos en los centros de atención primaria del sistema público de salud en Chile. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 22, 149-159. http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892007000800001
- Schouler-Ocak, M. J. D. N. (2015).** Mental health care for immigrants in Germany. *Der Nervenarzt*,

86, 1320-1325.

<https://doi.org/10.1007/s00115-015-4333-6>

Superintendencia de Salud (s.f). *Cómo funciona el Sistema de Salud en Chile*. Recuperado 01 de diciembre de 2024 de <https://www.superdesalud.gob.cl/orientacion-en-salud/como-funciona-el-sistema-de-salud-en-chile/#:~:text=El%20sistema%20de%20salud%20chileno,ISAPRE%2C%20Instituciones%20de%20Salud%20Previsional>.

Vargas, B. (2022). Prevención del suicidio en personas adolescentes indígenas y migrantes. *Revista Chilena de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia*, 33(2). <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/09/1392349/rev-sopnia-2022-2-ok2-69-74.pdf>

Zubieta, C., Lichtl, A., Trautman, K., Mentor, S., Cagliero, D., Mensa-Kwao, A., et al. (2020). Perceived feasibility, acceptability, and cultural adaptation for a mental health intervention in rural Haiti. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 44(1), 110–134. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6925348/>

ANEXOS

Anexo I: Guía de Orientación en el Abordaje Psicoterapéutico a Personas Migrantes en la Atención Primaria de Salud



Guía de Orientación en el Abordaje Psicoterapéutico a Personas Migrantes en Atención Primaria de Salud



¿Qué es una persona migrante?

Es la persona que ha dejado su lugar de residencia habitual para trasladarse a otro país, independientemente de si su desplazamiento fue forzado o voluntario, de su situación legal, de los motivos de su traslado o de la duración de su estancia (Servicio Nacional de Migraciones [SERMIG], 2024).

¿Por qué se ha decidido diseñar esta guía?

Se ha demostrado que el entrenamiento cultural por parte de personal de salud puede mejorar las actitudes clínicas y también la satisfacción de los pacientes con esta atención (Giacco et al., 2014). Al momento de aproximarse a la salud mental de población migrante una práctica de gran utilidad, pero que no está tan extendida, es la atención informada en el trauma, este enfoque ha demostrado ser una de las mejores prácticas al momento de abordar a estas poblaciones, sin embargo, en múltiples servicios de APS estos temas no se discuten con los pacientes, o se percibe que no existe preparación para hacerlo (Lu et al., 2020).

Es por esto por lo que ha sido diseñada esta guía con el objetivo de poder brindar apoyo a psicólogas y psicólogos clínicos en contexto de APS, a través de informar acerca de prácticas culturales y factores de riesgo psicosociales principales que enfrentan las personas pertenecientes a las cuatro principales nacionalidades que deciden migrar a Chile.

¿Cuál es la situación migratoria en Chile?

Respecto a la situación migratoria en Chile, de acuerdo con el Instituto Nacional de Estadísticas y el Departamento de Estudios del Servicio Nacional de Migraciones, en el 2022 había 1.625.074 personas extranjeras estimadas residiendo en el país, concentrándose principalmente en la Región Metropolitana, y caracterizada en su mayoría por población adulta entre 25 y 39 años (Instituto Nacional de Estadísticas [INE] y Servicio Nacional de Migraciones [SERMIG], 2023). La población migrante en el país principalmente provendría de Venezuela, Perú, Colombia y Haití, en orden de mayor a menor presencia en el país durante el 2022 (INE y SERMIG, 2023).



1. Problemáticas generales que viven las personas migrantes

1.1 Duelo migratorio

Este fenómeno se relaciona con las pérdidas que conllevan dejar atrás el país de origen, generando emociones adversas en las personas migrantes (SERMIG, 2024). En el caso de niños, niñas y adolescentes existen además elementos propios del desarrollo que en este contexto podrían desestabilizarlos, entre las señales de alerta principales se encuentran sentimientos de soledad, tristeza, temor, ansiedad, frustración, angustia, inseguridad, presencia de llanto, y en algunos casos malestares fisiológicos (SERMIG, 2024).

1.2. Maltrato fronterizo

Entre elementos para tener en cuenta, es relevante conocer que han sido descritas vulneraciones de derechos en las fronteras al norte del país, especialmente contra personas afrodescendientes, y la mayoría de estas han sido arbitrarias (Sarpi et al., 2023). El maltrato puede llegar a originar trastornos mentales como el trauma (Sarpi et al., 2023).

1.3. Llegar a una nueva cultura

En general se ha identificado que las diferencias culturales, el desconocimiento del territorio local al que se ha llegado, la vivencia de experiencias de discriminación y el estar lejos de los seres queridos que se encuentran en el país de origen, son elementos que afectan la salud mental de las personas migrantes provocando sentimientos de soledad y depresión (Obach et al., 2020). En ese sentido surge la aculturación, entendida como modificaciones en los patrones culturales, psicológicos y sociales experimentados por una población al encontrarse con una nueva cultura, esto conlleva alto estrés, pues implica cambios incluso en actitudes, valores y formas de relacionarse (Sarpi et al., 2023).



1.4. Acceso laboral

Las personas migrantes constituyen un grupo muy vulnerable en cuanto a fuerza laboral, puesto que se exponen a menor salario, condiciones de trabajo más precarias, y horarios de trabajo más extensos e irregulares que las personas no migrantes (Sarpi et al., 2023). Esto, por lo tanto, podría conllevar también una mayor tasa de pobreza, a pesar de que parte de la población migrante cuente con niveles de estudio superiores (Sarpi et al., 2023).

1.5. Discriminación

Entendida como cualquier tipo de restricción, exclusión, distinción o preferencia basada en motivos raciales u étnicos (Sarpi et al., 2023). La discriminación se puede dar tanto a nivel individual como grupal y puede afectar en aspectos como la autonomía, autoestima, el propósito y el crecimiento personal, trayendo consecuencias en la salud mental como trastornos depresivos, conflictos de identidad y desánimo (Sarpi et al., 2023).

1.6. Aspecto habitacional y posible situación de irregularidad

No está de más agregar que es relevante mencionar que, del total de la población estimada de inmigrantes en Chile durante el año 2022, un 6,6% se encontraría residiendo en situación de irregularidad (INE y SERMIG, 2023). Por otra parte, la población migrante en Chile está expuesta a niveles más altos de hacinamiento, lo que también se relaciona con la aparición de síntomas depresivos (Sarpi et al., 2023).



2. Problemáticas específicas de las principales nacionalidades que migran a Chile

2.1. Problemáticas psicosociales que afectan específicamente a la población venezolana

A continuación, se presentan los hallazgos respecto a los factores psicosociales prevalentes en Venezuela. Sin embargo, es clave advertir que, desde el año 2013, no hay acceso a información oficial respecto a aspectos económicos o sociales del país (Acosta, 2019). Las estadísticas actuales que existen sobre la demografía de la población venezolana son datos estimados en base al último Censo realizado en 2011 (Instituto Nacional de Estadísticas, 2024). Debido a estas limitaciones en los datos oficiales, los principales puntos que se exponen a continuación se basan en una revisión bibliográfica de múltiples autores e instituciones no gubernamentales; no obstante, se advierte que estas fuentes pueden presentar limitaciones en cuanto a la representatividad de la población completa, lo que implica una restricción en la generalización de los resultados.

a. Ola de migración en Venezuela

Para empezar, se identifica una gran ola de migración en Venezuela, que según la Encuesta Nacional de Condiciones de Vida (ENCOVI), realizada por la Universidad Católica Andrés Bello (2022), desde el año 2015 hasta el 2022 presenta más de cinco millones de habitantes que emigraron de Venezuela. Esta última ola de migración se ha dado principalmente posterior a la elección de Nicolás Maduro la cual a partir del 2015 trajo desabastecimiento de alimentos, inestabilidad en el ámbito político, persecución de personas opuestas al gobierno, inseguridad, violencia y disminución de las garantías constitucionales, forzando la migración de personas perteneciente a múltiples estratos socioeconómicos (Sáez, 2021).

b. Inseguridad alimentaria

La Encuesta Nacional de Condiciones de Vida (ENCOVI) de 2023 (Universidad Católica Andrés Bello, 2024) revela que un tercio de la población venezolana enfrenta inseguridad alimentaria de nivel moderado o severo, y que el 51,9% vive en situación de pobreza. Este contexto es especialmente relevante, ya que la desnutrición severa en la primera infancia y en la niñez afecta el desarrollo cognitivo, resultando en menores niveles de coeficiente intelectual, función cognitiva reducida, bajo rendimiento escolar y mayores problemas de comportamiento en la etapa escolar (Grantham-McGregor, 1995; Pizzol et al., 2021). A su vez, la pobreza actúa como un factor desencadenante de trastornos mentales, como la depresión y la ansiedad, mediante mecanismos como la pérdida de ingresos y la exposición a factores de estrés ambiental (Ridley et al., 2020). Sin embargo, intervenciones terapéuticas de bajo costo han mostrado eficacia para reducir estos síntomas (Singla et al., 2017).

c. Violencia

El Informe Anual de Violencia del Observatorio Venezolano de Violencia (2023) reporta que en 2023 hubo 6.973 personas fallecidas por causas violentas, con una marcada prevalencia de víctimas masculinas: 61,4% en casos de lesiones personales, 88,4% en asesinatos, y 98,6% de muertes causadas por intervención policial. Además, se registraron 4.064 muertes violentas cuya causa está en investigación, 1.956 homicidios y 953 muertes por intervención policial. En cuanto a las muertes autoinfligidas, la tasa fue de 8,2 por cada 100 mil habitantes, con un incremento del 6,5% respecto a la estimación del año 2022, y con una prevalencia del género masculino en el 82% de los casos. En el análisis de suicidios, la depresión fue identificada como la causa presunta en el 86,1% de los casos. Aunque se ha identificado, en el caso de un estudio de campo, que existen instrucciones para evitar registrar el suicidio como causa de muerte en las actas de defunción, lo cual podría estar generando una subestimación de estas cifras (Acosta, 2019).

d. Disminución de la felicidad y descontento

Asimismo, es relevante destacar que Lafontaine (2021) señala que la tendencia a la baja en el índice de felicidad del Reporte Anual de Felicidad Mundial (Helliwell et al., 2020), donde Venezuela ha mostrado el mayor descenso registrado, coincide, al analizar los reportes año tras año, con el deterioro de los indicadores económicos del país y con la disminución de la confianza en las figuras políticas.



2.2. Problemáticas psicosociales que afectan específicamente a la población peruana

a. Violencia intrafamiliar y violencia contra la mujer

En el caso de Perú alrededor del 80% de los adultos que fueron maltratados en la infancia también maltratan a sus hijos, y el 41% de las mujeres son víctimas de violencia doméstica (Spyridou et al., 2016). Se reporta que para el año 2011 el 41% de los padres integra castigos a través de violencia física para educar a sus hijos (Spyridou et al., 2016). Perú presenta uno de los niveles de mayor prevalencia de violencia contra las mujeres, un 84,4% de las mujeres en Lima ha sufrido violencia psicológica, un 30,9% violencia física y 48,5% ha experimentado violencia sexual (Castro et al., 2017). Además, mujeres en áreas más marginalizadas y de sectores vulnerables experimenten altos niveles de estrés y experiencias traumáticas que se exacerban por su contexto (Spyridou et al., 2016).

De esta manera, entre los factores de riesgo principales para la violencia contra las mujeres se encuentra la transmisión intergeneracional de violencia, el estatus de empleo de las mujeres (siendo las mujeres empleadas en Latinoamérica más propensas a sufrir abuso doméstico) y un nivel socioeconómico bajo (Castro et al., 2017).

b. Conductas de riesgo en jóvenes

Es relevante destacar también que 1 de cada 2 personas en Perú presenta conductas de riesgo a los 19 años, participando de al menos una actividad riesgosa como consumo temprano de alcohol, de tabaco y actividad sexual sin protección (Favara y Sánchez, 2017). De esta forma, se encontró que los jóvenes con baja autoestima en etapas tempranas serían más propensos a posteriormente involucrarse en comportamientos de riesgo (Favara y Sánchez, 2017).



2.3. Problemáticas psicosociales que afectan específicamente a la población colombiana

Desde los años sesenta, Colombia ha enfrentado un conflicto armado que involucra a diversos actores, como grupos paramilitares de derecha, guerrillas de izquierda, narcotraficantes, las fuerzas armadas, el gobierno y la sociedad civil. Este conflicto tiene sus raíces en "La Violencia", una guerra civil desarrollada entre 1946 y 1966, durante la cual el país se dividió entre partidarios de los partidos Liberal y Conservador. Desde entonces, han surgido distintas guerrillas, organizaciones de narcotráfico y grupos paramilitares (Yaffe, 2011).

A lo largo de las décadas, el conflicto ha pasado por varias fases de intensificación, siendo la más severa entre 1988 y 2002 (Restrepo et al., 2006). En años recientes, la violencia ha disminuido gracias a la desmovilización de las FARC-EP en 2016 y las AUC en 2006 (Restrepo et al., 2006). Sin embargo, en 2021 se reportó una reactivación del conflicto en 12 regiones del país (Jurisdicción Especial Para La Paz, 13 de octubre de 2022).

a. Conflicto armado en Colombia y estigmatización

El prolongado fenómeno de violencia social y política que se ha vivenciado en Colombia ha generado un elevado número de víctimas, y familias desplazadas, lo que a su vez ha originado segregación y estigmatización de estos grupos a causa del conflicto armado en ese país (Campo-Arias y Herazo, 2014). Entre los factores que han contribuido a esta estigmatización se encuentran las desigualdades socioeconómicas, empobrecimiento en espiral de las víctimas, criminalización de la población marginada enraizada en las justificaciones para los desplazamientos ("limpieza social"), la región de origen, entre otras (Campo-Arias y Herazo, 2014).

b. Desplazamiento forzado y problemas de salud mental

A partir de los desplazamientos forzados se han reportado problemáticas de salud mental asociadas a la pobreza derivada del proceso y un deterioro en la comunicación entre los miembros del grupo familiar (Venegas et al., 2017). Todo esto deriva en prevalencia de problemas psicológicos y síntomas emocionales (Campo-Arias y Herazo, 2014; Martínez et al., 2016), siendo los cuadros psicopatológicos más presentes el Trastorno de estrés postraumático y trastorno depresivos y alimenticios (Venegas et al., 2017). La violencia del conflicto armado logra permear en las vidas individuales de las personas desplazadas (Venegas et al., 2017).

2.4. Problemáticas psicosociales que afectan específicamente a la población haitiana

Haití es un país que cuenta con una gran cantidad de factores estresantes (Zubieta et al., 2020; Vásquez, 2016) desde la pobreza, la alta mortalidad infantil, historial de desastres naturales y una inestabilidad política recurrente (Zubieta et al., 2020). Respecto a índices de salud mental de Haití, se tiene poca información oficial, en particular en las zonas rurales, pero hay estudios que permiten dar una idea del panorama de salud mental (Sarpi et al., 2023; Zubieta et al., 2020) Zubieta y autores (2020) señalan que una clínica móvil en zonas rurales haitianas identificó trastornos mentales comunes, como trastornos depresivos (33%), el síndrome convulsivo (16%) y la migraña (12%).

a. Factores estresantes de la salud reproductiva

En Haití, se estima que el 35,3% de las mujeres tienen una necesidad anticonceptiva insatisfecha, una de las más altas a nivel mundial, según la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional [USAID] (2017) citado en Zubieta y autores (2020), incluye razones de desigualdad de género, falta de recursos, falta de conocimiento, la religión y una población rural en la mayoría del país (Zubieta et al., 2020). Hay escasez de información sobre iniciativas de salud mental y salud reproductiva que se lleven a cabo simultáneamente en el país, pero según Logie y autores (2014) se sabe que la mayoría de las intervenciones basadas en los derechos sexuales y reproductivos se centran en VIH/ITS (citado en Zubieta et al., 2020). En cuanto a factores de estrés de las mujeres haitianas, un estudio de la zona de Léogâne, se encuentra que hay menor autonomía reproductiva y económica, factores de estrés relacionados con la crianza de los hijos y malos resultados en materia de salud física y mental (Kaiser, 2017, citado en Zubieta et al., 2020).



b. Acceso a la atención de salud mental

Respecto al acceso, en Haití aproximadamente el 40% de la población carece de acceso a la atención sanitaria (USAID, 2017, citado en Zubieta et al., 2020). El acceso a los servicios de salud en general es limitado, especialmente de salud mental, dadas las faltas de recursos y personal, con la mayoría de los profesionales concentrados en la capital (Zubieta et al., 2020). Aunque algunas ONG, como Partners in Health (PIH) y Zanmi Lasante (ZL), colaboran para integrar atención psicológica en servicios de salud primaria, estos esfuerzos son insuficientes y requieren expandirse para abordar las necesidades del país (Zubieta et al., 2020)

c. Pobreza

Haití se ha posicionado como el país con el Índice de Desarrollo Humano más bajo de Latinoamérica (PNUD, 2013, como se citó en Vásquez, 2016); reflejo de una situación socioeconómica y sociopolítica compleja. Desastres humanitarios (como el terremoto ocurrido el año 2010) y coyunturas políticas han atravesado la vida de las personas y a la sociedad haitiana en su totalidad, siendo la pobreza, a nivel multidimensional, un aspecto relevante a considerar (Vásquez, 2016).

d. Desempleo

Haití se enfrenta a una tasa de desempleo creciente, especialmente en la población joven y mujeres (pero incluyendo también a hombres). Con un porcentaje considerable de personas inactivas disponibles para trabajar, el desempleo se posiciona como una problemática relevante en la vida de las personas de origen haitiano (Vásquez, 2016).



e. Bajo nivel de confianza en las instituciones públicas

A nivel social, los múltiples fallos percibidos por parte del Estado Haitiano, su falta de gobernabilidad, las relaciones sociopolíticas tensas con países aledaños, entre otros factores, han provocado una desconfianza y descrédito generalizado a las instituciones públicas. Elementos como la presencia de tropas extranjeras en el territorio, asentamientos desplazados y el éxodo masivo de profesionales calificados, son ejemplo de otros elementos que exacerban esta desconfianza, dificultando así el trabajo a nivel de salud pública (Zubieta et al., 2020).

f. Efecto de diferencias culturales en la atención primaria de salud mental a migrantes haitianos en Chile

Cabe mencionar que la salud mental en Haití no se entiende ni expresa de la misma forma "occidental" de las enfermedades psicológicas. Por ejemplo, muchos modismos de angustia en Haití son distintos a los modismos de angustia usados para diagnosticar síntomas físicos, que no transmiten lo mismo para culturas occidentales (Zubieta et al., 2020) En Chile, tanto en el CESFAM como en otros centros especializados de la red de salud –por ejemplo, Centros Comunitarios de Salud Mental y Hospital Psiquiátrico–, los profesionales comenzaron paulatinamente a interrogar sus cuerpos disciplinares a partir de variados desencuentros con conocimientos, prácticas, valores y agentes médicos haitiano-creole, así como a religiones como el catolicismo, el protestantismo y la práctica del vudú (Abarca-Brown & Montenegro, 2023).



Referencias

- Abarca-Brown, G., & Montenegro, C. (2023). La (de) colonización va por dentro: Profesionales de salud mental en el trabajo con migrantes haitianos y agrupaciones de usuarios y exusuarios activistas de servicios de salud mental en Chile. *Revista de Antropología Social*, 32(2), 129-140.
- Acosta, Y. (2019). Venezuela. Normalidad en un país anormal. En N. Molina (Ed.), *10-11 de 2019: Psicología Política en Latinoamérica* (pp. 141-158). ASCOFAPSI. <https://doi.org/10.1111/psicopol.12111>
- https://d1wqxts1zkle7.cloudfront.net/64105467/Psicologia_Politica_en_La.pdf&Expires=1730771561&Signature=60w-ug5C2sJvXmMlpp8OCB7bT1L4VXal-vLMQyc2Jf6-PzrF-UjIPWdK-b81vTm5-KAGv-2BPR5KH9PbCXTLnmMuFehmEV0gOZ0exmi8AZUU6gWlqPaaAE5bulZ99F8BoTIUB2d0in-jsjdisdyevchV0tQsoStfG3lL1z7DyGjwwZ2G5YXlFid8VWMm0NUQpX4Eal5Lalm47X2jUj-RRd1h5-Gl8R5zovEHM-N2Gk3g-O-ETq8dCwtdWtHxjYkx8nvcqLwW6BAK0dASKIH0clYR5G0axThev-A7ClnyxLwUyEu0FX1ayffnYCY9eDcf4OolMzoO5o9IH0_&Key-Pair-Id=APKAILOHF5GGSLRBV4ZA&page=141
- Campo-Arias, A., & Herazo, E. (2014). Estigma y salud mental en personas víctimas del conflicto armado interno colombiano en situación de desplazamiento forzado. *Revista colombiana de psiquiatría*, 43(4), 212-217.
- Castro, R. J., Cerellino, L. P., & Rivera, R. (2017). Risk factors of violence against women in Peru. *Journal of family violence*, 32, 807-815.
- Favara, M., & Sanchez, A. (2017). Psychosocial competencies and risky behaviours in Peru. *IZA Journal of Labor & Development*, 6, 1-40.
- Giacco, D., Matanov, A., & Priebe, S. (2014). Providing mental healthcare to immigrants: current challenges and new strategies. *Current opinion in psychiatry*, 27(4), 282-288.
- Grantham-McGregor, S. (1995). A Review of Studies of the Effect of Severe Malnutrition on Mental Development. *The Journal of Nutrition*, 125(8), 2235S-2238S. https://doi.org/10.1093/jn/125.suppl_8.22335
- Instituto Nacional de Estadísticas y Servicio Nacional de Migraciones (2023). *Informe de resultados de la estimación de personas extranjeras residentes en Chile*. <https://serviciomigraciones.cl/wp-content/uploads/2023/12/Estimacion-2022.zip>
- Instituto Nacional de Estadística (2024). *Resumen de Estadísticas INE, 1999-2023*. https://ine.gob.ve/wp-content/uploads/2024/08/Resumen_de_estadisticas_1999-2023.pdf
- Jurisdicción Especial Para La Paz. (13 de octubre de 2022). *En 2021 el conflicto armado se reactivó en 12 zonas del país*. <https://www.jep.gov.co/Sala-de-Prensa/Paginas/En-2021-el-conflicto-armado-se-reactivo-en-12-zonas-del-pais>
- Lu, J., Jamani, S., Benjamin, J., Agbata, E., Magwood, O., & Pottie, K. (2020). Global mental health and services for migrants in primary care settings in high-income countries: a scoping review. *International journal of environmental research and public health*, 17(22), 8627.
- Martínez, N. T., Rodríguez, C. J. R., de Santacruz, C., Bautista, N. B., Collazos, J., & Gómez-Restrepo, C. (2016). Problemas mentales, trastornos del afecto y de ansiedad en la población desplazada por la violencia en Colombia, resultados de la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. *Revista colombiana de psiquiatría*, 45, 113-118.
- Observatorio Venezolano de Violencia (28 de diciembre de 2023). *Informe anual de violencia 2023*. <https://observatoriodeviolencia.org.ve/news/informe-anual-de-violencia-2023/>
- Pizzol, D., Tudor, F., Rocalbuto, V., Bertoldo, A., Veronese, N., & Smith, L. (2021). Systematic review and meta-analysis found that malnutrition was associated with poor cognitive development. *Acta Paediatrica*, 110(10), 2704-2710. <https://doi.org/10.1111/apa.15964>
- Restrepo, J., Spagat, M., Vargas, J., Gutiérrez, F., Emma Wills, M., & Sánchez, G. (2006). *El conflicto en Colombia: ¿quién hizo qué a quién? Un enfoque cuantitativo* (pp. 505-542). Editorial Norma.
- Ridley, M., Rao, G., Schilbach, F., & Patel, V. (2020). Poverty, depression, and anxiety: Causal evidence and mechanisms. *Science (American Association for the Advancement of Science)*, 370(6522). <https://doi.org/10.1126/science.aay0214>

- Sáez, F. A. A. (2021). Causas de la migración forzada de Venezuela a Colombia. *AULA Revista de Humanidades y Ciencias Sociales*, 67(2), 67-77.
- Sarpi, K., Villa, F., Acuña, D., Guzmán, J., & Trujillo, M. (2023). Acercamiento a la salud mental de inmigrantes en Chile: revisión de la bibliografía. *Rev. méd. Maule*, 8-18
- Servicio Nacional de Migraciones. (2024). *El duelo migratorio en niños, niñas y adolescentes*. <https://serviciomigraciones.cl/wp-content/uploads/2024/06/Duelo-migratorio-en-NNA.pdf>
- Servicio Nacional de Migraciones (22 de octubre de 2024). *Trámites Migratorios: Glosario de Términos*. Recuperado el 3 de noviembre de 2024 de <https://serviciomigraciones.cl/glosario-de-terminos/#:~:text=Migrante%3A%20persona%20que%20se%20ha,o%20cu%C3%A1nto%20tiempo%20planea%20quedarse>.
- Singla, D. R., Kohrt, B. A., Murray, L. K., Anand, A., Chorpita, B. F., & Patel, V. (2017). Psychological Treatments for the World: Lessons from Low- and Middle-Income Countries. *Annual review of clinical psychology*, 13, 149-181. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032816-045217>
- Spyridou, A., Schauer, M., & Ruf-Leuschner, M. (2016). Prenatal screening for psychosocial risks in a high risk-population in Peru using the KINDEX interview. *BMC pregnancy and childbirth*, 16, 1-18.
- Universidad Andrés Bello (2022). *ENCOVI 2022. Condiciones de vida de los venezolanos*. https://assets.website-files.com/5d14c6a5c4ad42a4e794d0f7/636d0009b0c59ebfd2f24acd_Presentacion%20ENCOVI%202022%20completa.pdf
- Universidad Andrés Bello (2024). *ENCOVI 2023. Radiografía de la Vulnerabilidad Social de Venezuela y Propuestas de Políticas Públicas*. [https://assets.website-files.com/5d14c6a5c4ad42a4e794d0f7/65f8aa0a4054c8b7a93fe274_Presentacio%CC%81n%20ENCOVI%202023%20Integrada%20prensa%20v1303%20\(1\).pdf](https://assets.website-files.com/5d14c6a5c4ad42a4e794d0f7/65f8aa0a4054c8b7a93fe274_Presentacio%CC%81n%20ENCOVI%202023%20Integrada%20prensa%20v1303%20(1).pdf)
- Vásquez, J. I. (2016). Pobreza y pobreza infantil: elementos para el debate en la elaboración de una política de protección social en Haití. *Lo esencial no puede ser invisible a los ojos: pobreza e infancia en América Latina*, 159-178.
- Venegas Luque, R., Gutiérrez Velasco, A., & Caicedo Cardeñosa, M. F. (2017). Investigaciones y comprensiones del conflicto armado en Colombia. Salud mental y familia. *Unversitas Psychologica*, 16(3), 277-286.
- Yaffe, L. (2011). Conflicto armado en Colombia: análisis de las causas económicas, sociales e institucionales de la oposición violenta. *Cs*, (8), 187-208.
- Zubieta, C., Lichtl, A., Trautman, K., Mentor, S., Cagliero, D., Mensa-Kwao, A., et al. (2020). Perceived feasibility, acceptability, and cultural adaptation for a mental health intervention in rural Haiti. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 44(1), 110-134. <https://doi.org/10.1007/s11013-019-09640-x>