

AcPI

Actualizaciones en Psicoterapia Integrativa

Vol. XVII, 2025



AcPI

*Actualizaciones
en
Psicoterapia Integrativa*

Editorial

Dentro del constante interés de revisión, actualización y contrastación de los planteamientos de nuestro Enfoque Integrativo Supraparadigmático, en este número de **AcPI** les presentamos una serie de trabajos de revisiones bibliográficas actualizadas, con análisis reflexivos y aportativos; tanto a nivel teórico como de aporte a la comprensión y abordaje de temáticas clínicas relevantes.

Es así como se aborda el Sistema Self y sus funciones propuesto en el EIS; con tres interesantes y aportativos artículos. El primero es un trabajo de revisión bibliográfica de artículos científicos recientes que analiza las funciones centrales del sistema Self en diálogo con estructuras cerebrales implicadas en su expresión, tales como la corteza prefrontal, la corteza cingulada anterior, la ínsula, la red de modo por defecto, el sistema límbico y el núcleo accumbens. Los resultados permiten observar una coherencia teórica entre las funciones del sistema Self propuestas por el EIS y los hallazgos neurocientíficos actuales, abriendo posibilidades para el desarrollo de intervenciones psicoterapéuticas más integradas. El segundo artículo corresponde a un análisis temático exhaustivo de las funciones y procesos del self a partir de una revisión bibliográfica de artículos científicos publicados entre 1950 y 2024; planteando en sus resultados convergencia entre la literatura científica contemporánea y los postulados del EIS, respaldando el funcionamiento multidimensional y dinámico propuesto por el enfoque. Finalmente, un artículo que propone que los procesos emocionales conllevan un rol fundamental y angular en el funcionamiento y desarrollo del Sistema Self; explorando, desde el marco de los aportes de la Terapia Focalizada en la Emoción (TFE), las emociones como núcleo organizador de la experiencia, enfatizando su potencial adaptativo innato y su papel en el despliegue de las seis funciones del Sistema Self, reflexionando sobre su relevancia clínica y experiencial.

En el plano de la aplicación práctica les presentamos artículos que relevan el aporte del EIS en temáticas de alta significación en la experiencia psicoterapéutica. Uno de ellos realiza un levantamiento de información válida existente en torno a la persona del terapeuta, para aproximarse hacia la elaboración de un Manual para el trabajo de la persona del terapeuta desde el Sistema Self del EIS. Otro artículo nos entrega una revisión de los fundamentos teóricos del Reprocesamiento por Movimientos Oculares (EMDR), en especial el Modelo de Procesamiento Adaptativo de Información (PAI), sus mecanismos de acción y evidencia empírica; a partir de lo cual se concluye que el EIS permite integrar los aportes válidos del EMDR, evitando reduccionismos y ampliando su aplicación clínica. También se presenta un trabajo que muestra como el Enfoque EIS proporciona una base integradora y ordenadora del conocimiento válido y científico actual sobre la temática de las experiencias de adversidad infantil. Y, otro artículo que se presenta nos entrega una revisión teórica bibliográfica de investigaciones y artículos publicados en revistas científicas que establecen un correlato existente entre el Duelo Complicado por fallecimiento del cónyuge y su impacto en los seis paradigmas planteados por el EIS, enfatizando la necesidad clínica de una mirada integrativa.

Estamos ciertos que en esta edición **número 17 de AcPI** sera de aporte a la reflexión y a la práctica clínica de nuestros lectores.

Verónica L. Bagladi L.
Directora

INDICE

Editorial	3
 Artículos	
Neurociencias aplicadas al Sistema Self, en el contexto del Enfoque Integrativo Supraparadigmático (EIS): una revisión bibliográfica descriptiva en base a sus funciones.	
<i>Matías Becerra Valenzuela.....</i>	6
 Análisis de las influencias de las Experiencias de Adversidad Infantil sobre el funcionamiento integral del adulto	
<i>Rocío Cáceres Melillo</i>	19
 Abordaje del trabajo de la Persona del Terapeuta desde el Sistema Self: Aproximación a un Manual para el psicoterapeuta	
<i>Alejandra Pavone.....</i>	54
 Comprensión y Abordaje Clínico de la Terapia con Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares (EMDR) Desde El Enfoque Integrativo Supraparadigmático (EIS)	
<i>Amalia Gómez Velasco</i>	68
 Duelo Complicado por fallecimiento de cónyuge. Una mirada desde el Enfoque Integrativo Supraparadigmático EIS	
<i>Karen Tengner Romero.....</i>	86
 El Self en el Devenir de la Experiencia: procesos emocionales como eje del funcionamiento y desarrollo	
<i>Anita Peró Jeanneret</i>	106
 Funciones y procesos del self: un análisis temático desde el Enfoque Integrativo Supraparadigmático (EIS)	
<i>René Sepúlveda Bravo.....</i>	121

AcPI

Actualizaciones en Psicoterapia Integrativa

Vol. XVII, 2025

Artículos

Neurociencias aplicadas al Sistema Self, en el contexto del Enfoque Integrativo Supraparadigmático (EIS): una revisión bibliográfica descriptiva en base a sus funciones.

Matías Becerra Valenzuela*

Abstract

This paper explores the relationship between the functions of the Self system, as proposed by the Supraparadigmatic Integrative Model (EIS), and their possible neurobiological correlates. Through a literature review of recent scientific publications, the core functions of the self-system are analyzed in relation to brain structures involved in their expression, such as the prefrontal cortex, anterior cingulate cortex, insula, default mode network, limbic system, and nucleus accumbens. The findings reveal a theoretical coherence between the psychological functions described and current neuroscientific evidence, suggesting pathways for more integrative psychotherapeutic interventions. The biological paradigm within the EIS model is emphasized, while maintaining the model's broad, supraparadigmatic perspective. Clinical implications are discussed, and future research is encouraged to examine how brain maturation influences the functional expression of the self-system.

Keywords: self-system, neuroscience, integrative psychotherapy, neural correlations, psychological functions, Supraparadigmatic Integrative Model (EIS),

Resumen

El presente trabajo explora la relación entre las funciones del sistema Self, propuesto por el Enfoque Integrativo Supraparadigmático (EIS), y sus posibles correlatos neurobiológicos. A partir de una revisión bibliográfica de artículos científicos recientes, se analizan las funciones centrales del sistema Self en diálogo con estructuras cerebrales implicadas en su expresión, tales como la corteza prefrontal, la corteza cingulada anterior, la insula, la red de modo por defecto, el sistema límbico y el núcleo accumbens. Los resultados permiten observar una coherencia teórica entre las funciones psicológicas descritas y los hallazgos neurocientíficos actuales, abriendo posibilidades para el desarrollo de intervenciones psicoterapéuticas más integradas. Se destaca la importancia de considerar el paradigma biológico dentro del modelo EIS, sin perder de vista su enfoque amplio y supraparadigmático. Finalmente, se discuten implicancias clínicas y se propone investigar cómo la madurez cerebral afecta la expresión funcional del sistema self.

Palabras clave: sistema self, neurociencia, psicoterapia integrativa, correlatos neuronales, funciones psicológicas. Enfoque Integrativo Supraparadigmático (EIS)

Introducción

En las últimas décadas, la neurociencia ha emergido como un campo central en el estudio de la mente humana, ganando un lugar protagónico en la investigación psicológica y, de forma creciente, en la formación clínica de psicoterapeutas. Este auge responde no solo a los avances tecnológicos que han permitido explorar el cerebro en funcionamiento con una precisión sin precedentes, tales como la resonancia magnética funcional (fMRI) o la

electroencefalografía (EEG), sino también al reconocimiento de que la comprensión profunda de los procesos neuronales subyacentes al comportamiento humano puede enriquecer de forma significativa la práctica psicoterapéutica.

La relación entre neurociencia y psicoterapia ha dado paso a un enfoque transdisciplinario que busca integrar los hallazgos empíricos sobre el cerebro con los modelos teóricos y técnicos propios de las diversas escuelas psicológicas. Este acercamiento no pretende reducir la complejidad de la experiencia humana a mecanismos neuronales, sino establecer un diálogo fecundo entre niveles de análisis, donde el correlato neurobiológico de los procesos subjetivos se vuelve un insumo valioso para comprender mejor

* Ps. Pontificia Universidad Católica de Chile

Post Título Psicoterapia Integrativa ICPSI

mbecerra.icpsi@gmail.com

AcPI, vol. XVII, 6 -18

fenómenos como la regulación emocional, la memoria autobiográfica, la conciencia o la construcción de significado.

En este contexto, diversos programas de formación clínica han comenzado a incorporar contenidos de neurociencia afectiva, cognitiva y social en sus mallas curriculares, promoviendo en los futuros psicoterapeutas una comprensión más integrada del funcionamiento humano. A su vez, la investigación en psicoterapia ha empezado a apoyarse cada vez más en modelos neurocientíficos para explicar mecanismos de cambio terapéutico, como la plasticidad cerebral inducida por nuevas experiencias relacionales o la modulación de redes atencionales y emocionales.

Este cambio paradigmático no está exento de desafíos. Exige reflexionar acerca de la relación entre mente y cerebro, entre experiencia subjetiva y dinámica neural, sin caer en reduccionismos biologicistas, pero tampoco en una desconexión artificial entre cuerpo y mente. La neurociencia ofrece, en este sentido, una plataforma para revisar y expandir los modelos clínicos existentes, brindando nuevas herramientas para entender y abordar la experiencia humana desde una perspectiva más amplia y profundamente informada.

En esta línea, diversas propuestas contemporáneas han comenzado a vincular los modelos psicológicos de la identidad, el sentido, la autorregulación y la organización de la experiencia con sus posibles correlatos neuronales, abriendo un campo de investigación prometedor. En particular, se torna relevante explorar cómo un modelo integrativo, como el Enfoque Integrativo Supraparadigmático (EIS), pueden dialogar con los descubrimientos neurocientíficos recientes, y cómo este intercambio puede enriquecer tanto la teoría como la práctica clínica.

Marco Teórico

El sistema Self es un concepto integrador dentro del marco del Enfoque Integrativo Supraparadigmático (EIS), cuyo propósito es abarcar la totalidad del accionar de la dinámica psicológica. Se configura como una estructura que conecta y organiza distintos elementos válidos y diferenciados, permitiendo la construcción de una totalidad coherente en el individuo. En este sentido, el sistema Self no solo actúa como un eje articulador de los procesos psicológicos, sino que también facilita la integración de dimensiones más profundas de la experiencia humana. Opera como un marco orientador del desarrollo personal, diferenciándose de los paradigmas del enfoque integrativo supraparadigmático (EIS), que pueden ser comprendidos a partir de una función más periférica (Opazo, 2017).

Para comprender la amplitud de las variables que aborda el sistema Self, Opazo (2017) destaca que este concepto va más allá de los paradigmas, funcionando sobre ellos como una instancia psíquica que se sobrepone a la interacción individual con el entorno material y la vivencia social. De esta manera, el sistema Self actúa como una estructura basal que todo ser humano posee para interpretar tanto el mundo externo como su propia identidad. Según Opazo (2017), esta configuración se desarrolla progresivamente, evolucionando en función de las disposiciones biológicas y las experiencias de cada persona a lo largo de su vida. Así, cada individuo nace con un "código" que guía el desarrollo de su propio sistema Self, el cual sigue rigurosas instrucciones que permiten su mantenimiento dentro de ciertos parámetros comunes. Estos parámetros, a su vez, se fundamentan en la interacción y la integración de los distintos paradigmas que conforman el EIS.

El sistema Self, en su funcionamiento, se organiza a través de seis funciones principales: búsqueda de sentido, identidad, autoorganización, toma de conciencia, significación integral y conducción de vida. Se postula que cada una de estas funciones posee un correlato neurocientífico que permite su expresión y regulación en la experiencia humana.

Una mirada neurocientífica

La investigación neurocientífica del sistema Self permite validar su organización funcional en el cerebro, identificando qué redes neuronales intervienen en sus procesos y cómo estas interacciones posibilitan la integración de la experiencia psicológica. Si el Self opera como un eje funcional que organiza la identidad, la significación y la autorregulación, entonces su funcionamiento debe estar respaldado por circuitos cerebrales específicos que trabajan de manera coordinada. Además, la plasticidad cerebral sustenta la idea de que el sistema Self no es una estructura fija, sino un sistema dinámico que se adapta a nuevas experiencias y cambios del entorno (Opazo, 2017). Este principio explica cómo el sistema Self evoluciona a lo largo del desarrollo y cómo a nivel cerebral se reorganizan las funciones del self tras eventos significativos como el trauma, el aprendizaje o la neurorehabilitación, permitiendo la construcción continua de una identidad coherente.

De este modo, un enfoque prometedor en la investigación del sistema Self es la posibilidad de predecir la vulnerabilidad a ciertos trastornos psicológicos a partir de la identificación de correlatos neuronales específicos asociados a sus funciones. Si cada dimensión del Self—como la autoorganización, la toma de conciencia o la regulación de la identidad—depende de redes cerebrales particulares, entonces un deterioro o disfunción en estas estructuras podría indicar una mayor predisposición a trastornos específicos. Por ejemplo, alteraciones en los circuitos implicados en la búsqueda de sentido podrían estar relacionadas con trastornos depresivos, mientras que deficiencias en la autoorganización podrían predisponer a dificultades en la planificación y el control ejecutivo, como se observa en el TDAH o los trastornos de personalidad. A futuro, este enfoque podría permitir desarrollar herramientas neurocientíficas para la detección temprana y la intervención personalizada, ajustando estrategias

terapéuticas según la función del Self que se vea comprometida en cada individuo.

Enfoque metodológico

Esta revisión bibliográfica se enmarca dentro de un enfoque descriptivo, cuyo objetivo es analizar la relación entre el sistema self del EIS y sus correlatos neurocientíficos, con especial énfasis en las bases neurales de las funciones del sistema self. Para ello, se realizó una búsqueda exhaustiva de literatura en bases de datos científicas de estándar Q1 y Q2, con el fin de seleccionar estudios relevantes y actualizados sobre la temática.

Los criterios de inclusión establecieron que los artículos debían haber sido publicados en los últimos 10 años, asegurando así la incorporación de hallazgos recientes en el campo de la neurociencia. Se incluyeron tanto estudios empíricos, que aportan evidencia experimental sobre los procesos neurobiológicos implicados en los diversos elementos de la dinámica psicológica enmarcados dentro de las funciones del sistema self, así como revisiones previas y metaanálisis, que ofrecen una visión integrada y comparativa de los avances en la disciplina. Adicionalmente, se consideraron algunos textos teóricos fundamentales que han servido como base para la conceptualización del sistema Self dentro del EIS.

La organización de la información se realizó en función de las seis funciones del Self propuestas en este modelo: búsqueda de sentido, identidad, autoorganización, toma de conciencia, significación integral y conducción de vida. De este modo, cada sección de la revisión se centra en una de estas funciones, estableciendo un puente entre la teoría del Self y los hallazgos neurocientíficos que sustentan su funcionamiento. Este enfoque permite no solo una comprensión más profunda de cada dimensión del Self, sino también una integración coherente de los datos neurocientíficos en un marco teórico unificado.

En cuanto a la estrategia de búsqueda, se emplearon combinaciones de palabras clave en inglés y español, asociadas a elementos del

funcionamiento del sistema self, estudios de neuroimagen y activación cerebral. Se aplicaron filtros para seleccionar únicamente artículos revisados por pares y publicados en revistas indexadas, garantizando así la validez y confiabilidad de las fuentes utilizadas.

Finalmente, el análisis de los estudios seleccionados se realizó a partir de una perspectiva comparativa, contrastando diferentes enfoques y metodologías para identificar patrones comunes y discrepancias en la literatura. Con ello, se pretende contribuir a la consolidación del sistema Self como un marco teórico respaldado por la evidencia neurocientífica actual.

Resultados

En el presente apartado se exploran las seis funciones del sistema Self desde una perspectiva neurocientífica, con el objetivo de identificar sus bases cerebrales y comprender su relevancia en la dinámica psicológica. Cada función desempeña un papel específico en la organización de la experiencia subjetiva, permitiendo la construcción de significado, la integración de la identidad, la toma de conciencia, la autoorganización, la conducción de vida y la búsqueda de sentido. A nivel neurobiológico, estas funciones se sustentan en redes y estructuras cerebrales interconectadas, cuya actividad permite el procesamiento de la información interna y externa, la adaptación conductual y la regulación emocional, entre otras áreas. A continuación, se analiza cada una de estas funciones en detalle, describiendo las áreas cerebrales implicadas y su contribución al funcionamiento del sistema Self.

Búsqueda de Sentido

La búsqueda de sentido es un proceso profundamente ligado a la reflexión, la toma de decisiones y el establecimiento de metas y valores. En este sentido, diversas áreas del cerebro están involucradas, especialmente aquellas relacionadas con la evaluación de significados y la integración de experiencias pasadas. Por lo tanto, la interacción

entre estas estructuras cerebrales es fundamental para dar sentido a nuestras vivencias y proyectar metas a futuro. A continuación, se detallan algunas de las principales áreas que participan en este proceso.

En primer lugar, la corteza prefrontal, particularmente la corteza prefrontal dorsolateral y ventromedial, es crucial para procesos como la toma de decisiones, la planificación y el autocontrol. La corteza prefrontal ventromedial, en particular, se ha asociado con la evaluación de recompensas y la toma de decisiones basadas en valores, aspectos esenciales cuando una persona busca sentido en sus experiencias o metas a largo plazo (Beadle et al., 2018). De manera complementaria, la corteza prefrontal dorsolateral también juega un papel importante en la cognición abstracta, como la reflexión sobre el propósito de la vida, lo que facilita la búsqueda de sentido en un contexto más amplio (Jung et al., 2022; Dumontheil, 2014).

Por otro lado, la corteza cingulada anterior (CCA) está implicada en la toma de decisiones y en la evaluación de conflictos emocionales y cognitivos. Específicamente, la CCA es clave en el proceso de evaluación del significado de las experiencias y eventos en la vida, ayudando a determinar qué es importante y qué no lo es (Bahlmann, Aarts & D'Esposito, 2015). Esta capacidad permite la construcción de un sentido personal de la vida y la asignación de valor a las vivencias individuales (Chen et al., 2024).

El sistema límbico, que incluye estructuras como la amígdala y el hipocampo, también tiene una función fundamental en este proceso. El sistema límbico está involucrado en las emociones, la memoria y la motivación, lo que lo convierte en un actor central en la búsqueda de sentido. En particular, la amígdala está implicada en la evaluación emocional de eventos que pueden ser percibidos como significativos (Zegarra-Valdivia & Chino-Vilca, 2019), mientras que el hipocampo facilita la memoria autobiográfica y la integración de experiencias pasadas, componentes esenciales

en la construcción de un propósito de vida (Audrain et al., 2022).

En conjunto, estas áreas cerebrales trabajan de manera coordinada para permitir que el cerebro procese y dé sentido a las experiencias, determine lo que es significativo para el individuo y construya una narrativa coherente de vida. En la búsqueda de sentido, no solo se involucra la toma de decisiones racionales, sino también una profunda evaluación emocional y autoconocimiento, que dependen de la interacción entre las áreas cognitivas y emocionales del cerebro.

Identidad

La función de identidad es un concepto complejo que involucra la autopercepción, el sentido de pertenencia, la coherencia de la vida personal y la autoconciencia. El proceso de construcción y mantenimiento de la identidad depende de la interacción de diversas áreas cerebrales que están involucradas en la autorreflexión, la memoria autobiográfica y la regulación emocional. La corteza prefrontal, especialmente la corteza prefrontal medial, ha mostrado niveles de activación diferenciales pero sistemáticos a través de técnicas de neuroimagen, dando cuenta de la relevancia de esta área para el autoconcepto y la reflexión. Esta región permitiría que las personas piensen sobre sí mismas, su pasado, su futuro y sus metas, lo que resulta esencial en la formación de la identidad. Sin embargo, el enfoque de contrastar las respuestas neuronales durante las tareas de autorreferencia y control para revelar la base neuronal del yo presenta varias limitaciones (Levorsen et al., 2023). Por otro lado, la corteza prefrontal ventromedial, que está asociada con la evaluación de recompensas y el procesamiento de la información relacionada con el bienestar, también juega un papel clave en cómo las personas se valoran a sí mismas y cómo interpretan sus experiencias personales (Hiser & Koenings, 2017).

En este proceso de adaptación y narración del yo, la corteza temporal medial, incluyendo el giro

parahipocampal y el hipocampo, juega un papel clave. Estas áreas son esenciales para la memoria autobiográfica (Sridhar et al., 2023), un componente crucial en la construcción de la identidad. Gracias a ellas, las personas pueden conectarse con sus experiencias pasadas y construir una narrativa coherente de sí mismas, integrando el pasado con el presente para mantener una identidad consistente.

Finalmente, la corteza parietal posterior desempeña un papel fundamental en la integración sensorial y la representación espacial del yo. Además de estar involucrada en la percepción del cuerpo, facilita la construcción del sentido de la identidad corporal (Whitlock, 2017). Esta área proporciona una representación coherente y estable del yo, vinculando el yo físico con el yo psicológico y ayudando a mantener una percepción consistente de la identidad a lo largo del tiempo.

En resumen, la identidad se construye mediante la integración de experiencias emocionales y cognitivas, en un proceso que involucra la memoria autobiográfica, la autoconciencia y percepción sensorial de sí mismo. Las interacciones entre estas áreas cerebrales son fundamentales para la creación de una narrativa interna consistente que dé forma a la identidad personal y mantenga la coherencia a lo largo de la vida.

Autoorganización

La función de autoorganización dentro del sistema Self se refiere a la capacidad del individuo para identificar qué experiencias generan desorganización en su estado emocional y cognitivo, así como a su habilidad para restablecer el equilibrio interno. Este proceso no solo implica la regulación de pensamientos y emociones, sino también la capacidad de adaptación y cambio sin perder la coherencia interna. La corteza prefrontal dorsolateral, además de su papel en la planificación y el control cognitivo, desempeña una función clave en la solución de problemas,

permitiendo evaluar situaciones estresantes, suprimir respuestas impulsivas y generar estrategias que faciliten la recuperación del equilibrio (Flores et al., 2023). Sin embargo, su disfunción puede aumentar la vulnerabilidad a la rigidez cognitiva y al descontrol emocional, afectando así la autoorganización.

La corteza prefrontal ventromedial, por su parte, contribuye a la toma de decisiones basada en experiencias previas y valores personales, asegurando que las acciones emprendidas sean beneficiosas a largo plazo. En conjunto con la corteza cingulada anterior, que monitorea el conflicto interno y detecta la necesidad de ajuste, estas estructuras permiten que la persona reorganice su estado interno en función de las circunstancias, asegurando una mayor flexibilidad y capacidad de regulación (Lieberman & Eisenberger, 2015). Cuando estos sistemas no funcionan adecuadamente, pueden surgir dificultades para reconocer la necesidad de cambio o, en el extremo opuesto, una sensación constante de desregulación que interfiere con el bienestar (Vogt, 2016).

La amígdala también desempeña un papel esencial en este proceso, al intervenir en la evaluación emocional y la respuesta ante situaciones de estrés. Su activación permite gestionar el miedo y la incertidumbre en momentos de desafío, promoviendo la perseverancia frente a obstáculos. No obstante, se observa que un mayor tamaño de la amígdala puede hacer que la persona reaccione de manera desproporcionada a experiencias desorganizadoras, dificultando la restauración del equilibrio emocional (Villegas et al., 2015). En este sentido, la toma de decisiones no ocurre en un vacío emocional, sino que está influenciada por los estados afectivos del individuo. Como señalan Lempert y Phelps (2015), el estrés puede afectar significativamente la toma de decisiones, lo que resulta particularmente relevante dado que en la vida cotidiana las elecciones se realizan con distintos niveles de estrés y en presencia de

múltiples agentes estresores. Este fenómeno se manifiesta en un aumento del arousal fisiológico y la generación de emociones negativas, lo que, a nivel neurobiológico, se traduce en una mayor activación de la amígdala y en la inhibición del adecuado funcionamiento de la corteza prefrontal (Sarmiento & Ríos-Flores, 2017).

Por otra parte, la ínsula permite la percepción del estado interno del cuerpo y de sus emociones, favoreciendo la identificación temprana de signos fisiológicos de desregulación, como el aumento del ritmo cardíaco o la tensión muscular. Cuando esta estructura no funciona correctamente, la persona puede no reconocer estos signos hasta que el descontrol se haya instaurado, dificultando la regulación efectiva de su estado emocional y cognitivo. Por otra parte, cuando funciona correctamente se ha observado un aumento en la eficiencia local de la ínsula derecha que permite la compensación de la desregulación emocional (Viering et al., 2021).

En conjunto, estas estructuras trabajan de manera interconectada para que el individuo pueda detectar, procesar y regular experiencias desorganizadoras, al mismo tiempo que planifica y dirige su vida de manera coherente. La integración funcional de estos procesos es esencial para garantizar que las decisiones tomadas contribuyan al bienestar y al crecimiento personal, reflejando la estrecha relación entre neurociencia y el funcionamiento del Self.

Toma de conciencia

La función de toma de conciencia en el sistema Self permite la observación de la propia experiencia, la identificación de patrones de comportamiento y la comprensión del impacto de las propias acciones. A través de la introspección, los individuos pueden reconocer sus estados internos, detectar puntos ciegos en su funcionamiento psicológico y analizar la relación entre estímulos, emociones y respuestas. Este proceso no solo facilita el autoconocimiento, sino

que también posibilita ajustes en la conducta para mejorar la adaptación y el bienestar.

Desde la neurociencia, esta función se sustenta en diversas estructuras cerebrales que permiten la observación y regulación de la experiencia subjetiva. La corteza prefrontal medial juega un papel central en la autorreflexión y la evaluación de los propios estados mentales, permitiendo analizar pensamientos y emociones en relación con la identidad y experiencias previas (Smith et al., 2018). Su adecuado funcionamiento es clave para mantener una percepción realista de uno mismo, ya que su disfunción puede generar dificultades para reconocer la propia conducta o interpretar la realidad interna de manera objetiva.

Junto con ello, la corteza cingulada anterior es crucial en el monitoreo del conflicto y la autocorrección, al detectar discrepancias entre el comportamiento esperado y el comportamiento real. Su participación facilita la toma de conciencia de errores o patrones desadaptativos, posibilitando ajustes en la conducta (Apps, Lockwood & Balsters, 2013). Cuando esta región no funciona adecuadamente, pueden surgir dificultades para percibir fallos o aprender de experiencias previas, lo que compromete la capacidad de cambio y mejora personal. (Billeke et al., 2020).

La ínsula, por su parte, contribuye a la conciencia interoceptiva y emocional, registrando sensaciones corporales asociadas a estados emocionales como ansiedad, miedo o bienestar. Su conexión con el sistema interoceptivo permite que las personas perciban y regulen su estado interno en función de sus emociones (Wang et al., 2019). Una disfunción en esta área puede generar una desconexión entre la experiencia subjetiva y la percepción del estado interno, dificultando la toma de conciencia emocional. En esta línea, se ha observado que deficiencias en la conectividad de la ínsula, así como cambios funcionales en su actividad, se asocian a sintomatología del espectro autista (TEA), especialmente en lo referido a la dificultad para identificar estados emocionales

propios y ajenos, lo que refuerza su rol clave en la integración de la experiencia interoceptiva y emocional (Gogolla, 2017).

A nivel más amplio, la red de modo por defecto, que integra estructuras como el precúneo, la corteza prefrontal medial y el hipocampo, facilita la autoconciencia y la construcción de una narrativa sobre uno mismo (Levorsen et al., 2023; Dadario & Sughrue, 2023). Su actividad permite la introspección y la integración de experiencias en el sentido de identidad, ayudando a la persona a comprender su historia personal y a darle coherencia a su experiencia subjetiva. Cuando esta red presenta alteraciones, pueden aparecer dificultades en la autoobservación o una visión fragmentada del Self, afectando la continuidad y estabilidad de la identidad personal.

Finalmente, el hipocampo cumple un rol esencial en la memoria y la contextualización de experiencias. Gracias a su capacidad para registrar eventos pasados y compararlos con el presente, permite analizar cómo ciertos estímulos han generado respuestas previas y prever consecuencias futuras en base a aprendizajes anteriores (Plitt & Giocomo, 2021). Su correcto funcionamiento en la toma de conciencia permite que el individuo relacione sus experiencias de manera significativa y construya una percepción más clara de su propio desarrollo.

En conjunto, estas estructuras permiten que la toma de conciencia opere como un proceso dinámico y adaptativo, ayudando a los individuos a interpretar sus experiencias, ajustar su comportamiento y mantener una relación coherente consigo mismos a lo largo del tiempo.

Conducción de vida

La función de conducción de vida dentro del sistema Self se refiere a la capacidad de un individuo para establecer, perseguir y alcanzar sus metas de manera sostenida. No solo implica la perseverancia y regulación del esfuerzo, sino también la habilidad para posponer impulsos inmediatos en favor de objetivos a largo plazo.

Además, está relacionada con la capacidad de evaluar la calidad de las propias decisiones, identificar si las necesidades psicológicas y afectivas están siendo satisfechas y comprometerse activamente con el desarrollo personal.

Desde la neurociencia, esta función se sustenta en diversas estructuras cerebrales que permiten la planificación, la motivación y la regulación de la conducta dirigida a objetivos. Un componente clave en este proceso es la corteza prefrontal dorsolateral, encargada de diseñar estrategias, evaluar riesgos y mantener la atención en metas a largo plazo (Jung et al., 2022). Su papel resulta fundamental en la inhibición de respuestas impulsivas y en la flexibilidad cognitiva necesaria para ajustar planes según las circunstancias. Cuando esta región presenta déficits, pueden surgir dificultades en la toma de decisiones estratégicas y en la persistencia frente a desafíos, afectando la capacidad de conducir la propia vida de manera efectiva.

Este proceso de regulación no solo depende de la planificación, sino también de la evaluación de las decisiones a partir de valores y experiencias previas. En este sentido, la corteza prefrontal ventromedial contribuye al análisis de consecuencias y la asignación de valor a distintas opciones, permitiendo discernir qué cursos de acción son más beneficiosos a largo plazo (Hiser & Koenings, 2019). Su adecuada funcionalidad facilita la claridad en la dirección personal, mientras que su alteración puede generar dificultad para mantener una trayectoria estable, propiciando decisiones impulsivas o falta de motivación sostenida.

Junto a estas áreas prefrontales, el núcleo accumbens desempeña un rol central en la motivación y el refuerzo positivo. Como parte del sistema de recompensa dopaminérgico, esta estructura media la sensación de satisfacción al lograr avances hacia una meta, promoviendo la persistencia en el esfuerzo. No obstante, su disfunción puede derivar en una disminución del

interés y apatía (Ding et al., 2022), o bien, en una búsqueda de gratificación inmediata que obstaculiza el compromiso con objetivos a largo plazo. Por ejemplo, el consumo crónico de drogas provoca una disfunción en la liberación y captación del glutamato por parte de los astrocitos, lo cual altera los niveles de glutamato extrasináptico (Scofield et al., 2016). Esta disrupción afecta a los receptores que contribuyen a la regulación del comportamiento dirigido a metas. Como resultado, se debilita el control ejecutivo mediado por la corteza prefrontal, y se amplifican las respuestas impulsivas a estímulos asociados a recompensas inmediatas. Estas disfunciones pueden inducir plasticidad sináptica anómala que refuerza patrones de búsqueda de recompensa inmediatos, disminuyendo la capacidad del individuo para mantener el comportamiento necesario para lograr metas a largo plazo.

Asimismo, la regulación emocional influye directamente en la capacidad de perseverar ante dificultades, y en este punto, la amígdala juega un papel crucial. Aunque se asocia comúnmente a la respuesta emocional, también interviene en la gestión del miedo y la incertidumbre frente a desafíos (West et al., 2021). Un equilibrio adecuado en su activación permite afrontar dificultades sin rendirse; sin embargo, una hiperactivación puede generar evitación o bloqueo frente al esfuerzo sostenido, mientras que una hipoactivación podría llevar a una menor sensibilidad ante riesgos y consecuencias. Además, las decisiones son susceptibles de ser influenciadas por los estados emocionales. Lempert y Phelps (2015) señalan que el estrés, por ejemplo, puede afectar significativamente la toma de decisiones, lo que resulta especialmente relevante considerando que en el día a día se suelen tomar decisiones bajo distintos niveles de estrés y en presencia de múltiples agentes estresores. Este fenómeno se manifiesta en un aumento del arousal fisiológico y la generación de emociones negativas, lo que, a nivel neurobiológico, se traduce en una mayor activación de la amígdala y en una inhibición del

adecuado funcionamiento de la corteza prefrontal (Sarmiento & Ríos-Flores, 2017).

Más allá de la regulación cognitiva y emocional, la conducción de vida implica una dimensión reflexiva que permite evaluar si las decisiones y el camino elegido están alineados con los valores personales. En este sentido, la red de modo por defecto, con la participación del precúneo y la corteza prefrontal medial (Hiser & Koenings, 2019; Dadario & Sughrue, 2023), facilita los procesos introspectivos necesarios para la construcción de una narrativa coherente sobre la propia vida. Alteraciones en esta red pueden generar dificultades para encontrar un propósito o para integrar experiencias en un sentido unificado, afectando la orientación general de la persona.

En conjunto, estas estructuras interactúan de manera dinámica, permitiendo que una persona planifique, evalúe y sostenga su camino hacia objetivos significativos. La integración de estos procesos asegura que las decisiones tomadas contribuyan de manera consistente al bienestar y desarrollo personal, destacando la importancia de un equilibrio funcional entre la planificación, la motivación, la regulación emocional y la introspección en la conducción de la propia vida.

Significación Integral

La función de significación integral dentro del sistema Self se refiere a la capacidad de analizar las experiencias desde múltiples perspectivas, lo que permite una interpretación flexible y objetiva de la realidad. Este proceso implica la habilidad para evitar los sesgos cognitivos que limitan la comprensión de una situación, así como la disposición a considerar diferentes ángulos antes de emitir un juicio. Además, esta función abarca la conciencia de los propios filtros perceptivos, es decir, la habilidad para reconocer cuándo una persona selecciona o evita ciertos aspectos de una dinámica, situación o problema, ya sea de manera consciente o inconsciente.

Desde la neurociencia, esta capacidad depende de diversas estructuras cerebrales que facilitan la

evaluación de la realidad, la flexibilidad cognitiva y el ajuste de las interpretaciones ante nueva información. En primer lugar, la corteza prefrontal dorsolateral (CPFdl) es fundamental para la flexibilidad cognitiva y la evaluación de alternativas. Esta región permite analizar una situación desde distintas perspectivas, comparar diferentes enfoques y reestructurar interpretaciones cuando la evidencia lo requiere (Jung et al., 2022). De este modo, su funcionamiento adecuado facilita la apertura a nuevas ideas y previene el pensamiento rígido. Por el contrario, un déficit en la CPFdl puede generar interpretaciones inflexibles, sesgadas o extremas, limitando la capacidad de adaptarse a nuevas informaciones o situaciones.

Por otro lado, la corteza prefrontal ventromedial (CPFvm) juega un papel crucial en la evaluación subjetiva de significados, ya que integra información emocional y experiencial relevantes para la persona (Hiser & Koenings, 2017). En este sentido, su rol es esencial para la construcción del significado personal de las experiencias vividas. No obstante, cuando esta área está alterada, una persona puede sobreinterpretar situaciones de manera emocionalmente sesgada o, por el contrario, tener dificultades para darles un sentido coherente, lo que afecta su capacidad para construir significados adecuados.

Asimismo, la corteza cingulada anterior (CCA) actúa como un regulador clave que detecta discrepancias entre diferentes puntos de vista o entre la interpretación inicial y la nueva información disponible. Esta actividad permite ajustar el significado de una experiencia en función de los datos más recientes (Cole et al., 2024). Sin embargo, cuando esta área no funciona correctamente, pueden surgir dificultades para revisar y modificar creencias erróneas o parciales, lo que resulta en una visión distorsionada o fija de las situaciones.

Un ejemplo concreto de la función anterior puede observarse en el juego del ultimátum, una tarea experimental utilizada en estudios de

neurociencia social. En este juego, una persona (quien propone) recibe una suma de dinero y debe decidir cómo dividirla con otra (quien evalúa la oferta). Si quien evalúa acepta la propuesta, ambos reciben las cantidades acordadas; si la rechaza, ninguno recibe nada. Desde una perspectiva racional, aceptar cualquier monto positivo sería lo más conveniente. Sin embargo, muchas personas rechazan ofertas que consideran injustas, como aquellas donde reciben un porcentaje muy bajo, evidenciando en los estudios una activación de la corteza cingulada anterior. Este rechazo evidencia que las decisiones humanas no se basan exclusivamente en el beneficio inmediato, sino también en juicios sobre la equidad, el valor subjetivo de la experiencia y la carga emocional asociada. (Kirk et al., 2011).

En conjunto, estas estructuras cerebrales permiten que una persona analice sus experiencias de manera flexible, identifique sesgos en su interpretación y ajuste su perspectiva en función de nueva información. De este modo, favorecen una visión más objetiva y adaptable del mundo, lo que resulta esencial para la construcción de una interpretación precisa y coherente de la realidad.

Discusión

Las funciones del sistema Self no deben ser entendidas como procesos aislados, sino como interconectadas y dependientes de una red compleja de estructuras cerebrales. Aunque la corteza prefrontal tiene un papel destacado en varias de estas funciones, otras áreas cerebrales como la amígdala, la corteza cingulada anterior y el sistema de recompensa también influyen significativamente en el funcionamiento del sistema Self. Esta red de interacción asegura la flexibilidad cognitiva y emocional que permite que las funciones del sistema Self operen de manera coherente. La comprensión de cómo estas estructuras se interrelacionan será clave para futuras investigaciones que busquen clarificar cómo la disfunción en alguna de estas áreas puede

afectar las distintas funciones del Self y, por ende, el bienestar psicológico de los individuos.

A pesar de los avances en la investigación sobre el sistema Self y sus correlatos neurocientíficos, existen varias limitaciones en la comprensión actual del modelo. Las investigaciones, aunque prometedoras, aún enfrentan desafíos en cuanto a la precisión de las mediciones de la actividad cerebral en ciertas áreas, especialmente aquellas involucradas en funciones psicológicas complejas y dinámicas. La heterogeneidad de los resultados en los estudios empíricos también plantea la necesidad de un enfoque más riguroso y sistemático para estudiar el sistema Self en contextos naturales. Además, el análisis de la interacción entre los diferentes sistemas cerebrales que contribuyen a las funciones del Self sigue siendo un área de estudio en expansión, lo que indica que todavía hay mucho por descubrir.

Sin embargo, una mayor comprensión del sistema Self desde la neurociencia puede tener implicaciones importantes en el ámbito terapéutico. El conocimiento de los correlatos neuronales que sustentan funciones como la autoorganización, la toma de conciencia y la conducción de vida podría ser utilizado para desarrollar intervenciones más personalizadas que ayuden a fortalecer estas capacidades en los individuos. Técnicas basadas en la neuroplasticidad, como el entrenamiento cognitivo y la psicoeducación sobre regulación emocional, podrían facilitar la mejora de las funciones del Self y ayudar a las personas a enfrentar mejor las dificultades emocionales y psicológicas. A medida que la investigación avance, será posible implementar enfoques terapéuticos más eficaces para mejorar el bienestar general de la población.

Finalmente, si el análisis aquí realizado se sostiene en la actividad de un cerebro adulto, completamente desarrollado, cabe preguntarse: ¿cómo se manifiestan estas funciones del sistema Self en un cerebro inmaduro, como el de niños o adolescentes? ¿Podemos esperar que dichas

funciones operen con la misma complejidad, integración y regulación? Estas preguntas abren una vía de investigación necesaria y aún poco explorada: la relación entre el desarrollo neurobiológico progresivo y la emergencia funcional del Self. La comparación entre distintas etapas del desarrollo puede ofrecer claves relevantes sobre cómo se configura gradualmente la experiencia subjetiva, y de qué manera el cerebro, en su maduración, posibilita nuevas formas de conciencia, coherencia y orientación personal. Por ejemplo, la corteza prefrontal, especialmente involucrada en la planificación, la inhibición de impulsos y la toma de decisiones complejas, continúa su maduración hasta bien entrada la adultez. Esto podría explicar por qué ciertas funciones del Self, como la evaluación reflexiva de consecuencias o la conducción de vida basada en metas, no emergen plenamente durante la infancia o adolescencia, lo que invita a comprender estas etapas no como formas deficitarias del Self, sino como fases necesarias de su construcción progresiva.

Conclusión

Esta revisión ha explorado la relación entre el sistema Self propuesto por el Enfoque Integrativo Supraparadigmático (EIS) y distintos hallazgos neurocientíficos actuales, revelando una notable convergencia entre las funciones psicológicas descritas teóricamente y sus posibles correlatos cerebrales. Esta articulación permite observar que el Self no es una entidad abstracta o meramente simbólica, sino un sistema dinámico cuya expresión se sustenta en una red compleja de estructuras y procesos neurobiológicos. En ese sentido, el Self puede entenderse como una instancia que organiza la experiencia humana desde una perspectiva multidimensional, abarcando desde lo emocional y lo cognitivo hasta lo corporal y lo existencial.

En este marco, resulta especialmente relevante destacar el lugar que ocupa la neurociencia dentro del paradigma biológico planteado por el EIS. A

diferencia de otros modelos que solo consideran el aporte de la biología en la práctica clínica, el EIS reconoce el paradigma biológico como uno de sus seis pilares constitutivos, en equilibrio con los otros paradigmas. Esta inclusión permite que la Psicoterapia Integrativa EIS no rechace la dimensión biológica ni la evidencia empírica proveniente de la neurociencia, sino que las integre críticamente en diálogo con otras formas de comprensión humana. Así, la relación entre el Self y su base neuro funcional no se impone como una verdad reductiva, sino como una vía complementaria que enriquece el abordaje clínico y permite responder con mayor profundidad a la complejidad de la experiencia humana.

A lo largo de esta revisión, se ha identificado que las funciones clave del Self, como la toma de conciencia, la autoorganización, o la significación integral, se vinculan a circuitos cerebrales específicos, como la corteza prefrontal, el sistema límbico, la ínsula y estructuras relacionadas con la memoria autobiográfica y la regulación emocional. Estos hallazgos, aunque todavía en desarrollo, son altamente prometedores: ofrecen un marco comprensivo que fortalece el diálogo entre teoría clínica y evidencia neurocientífica, y aportan pistas relevantes para el diseño de intervenciones terapéuticas más ajustadas a la realidad neuropsicológica de cada persona.

Esta línea de investigación abre, además, un campo fértil para repensar el diagnóstico clínico desde una perspectiva funcional, donde las disfunciones no se entienden solo como síntomas, sino como fallos en alguna de las dimensiones del sistema Self. El reconocimiento de los correlatos neuronales de estas funciones permite vislumbrar nuevas formas de evaluación y de intervención, basadas tanto en el trabajo experiencial como en la modulación de patrones neurofuncionales. No se trata de reemplazar lo psicológico por lo biológico, sino de comprender cómo ambos niveles interactúan de forma única en cada persona.

En definitiva, el diálogo entre el EIS y la neurociencia no solo refuerza la validez del sistema

Self como modelo explicativo, sino que también proyecta un horizonte clínico más amplio, integrador y profundo. La inclusión crítica del paradigma biológico, en diálogo con los otros cinco paradigmas del modelo, constituye una de las fortalezas más significativas del EIS: una psicoterapia que no renuncia a la complejidad, que reconoce la pluralidad de niveles del funcionamiento humano y que se propone, desde allí, como una vía sólida para comprender y acompañar la transformación de la experiencia.

Referencias

- Apps MA, Lockwood PL, Balsters JH (2013)** The role of the midcingulate cortex in monitoring others' decisions. *Front Neurosci* 7:251. <https://doi.org/10.3389/fnins.2013.00251>
- Audrain, S., Gilmore, A.W., Wilson, J.M., Schacter, D.L., Martin, A. (2022)**. A role for the anterior hippocampus in autobiographical memory construction regardless of temporal distance. *The Journal of Neuroscience*, 42(33), 6445-6452). <https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.0832-22.2022>
- Bahlmann, J., Aarts, E., D'Esposito, M. (2015)**. Influence of motivation on control hierarchy in the human frontal cortex. *The Journal of Neuroscience*, 35(7), 3207-3217. <https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.2389-14.2015>
- Beadle, J.N., Paradiso, S. & Tranel, D. (2018)**. Ventromedial prefrontal cortex is critical for helping others who are suffering. *Frontiers in Neurology*, 9, 1-13. <https://doi.org/10.3389/fneur.2018.00288>
- Billeke, P., Ossandon, T., Perrone-Bertolotti, M., Kahane, P., Bastin, J., Jerbi, K., Lachaux, J.P. & Fuentealba, P. (2020)**. Human anterior insula encodes performance feedback and relays prediction error to the medial prefrontal cortex. *Cerebral Cortex*, 30(7), 4011-4025. <https://doi.org/10.1093/cercor/bhaa017>
- Cabrales, A. (2015)**. Neuropsicología y la localización de las funciones cerebrales superiores en estudios de resonancia magnética funcional con tareas. *Acta Neurológica Colombiana*, 31(1), 92-100.
- Cole, N., Harvey, M., Myers-Joseph, D., Gilra, A. & Khan, A.G. (2024)**. Prediction-error signals in anterior cingulate cortex drive task-switching. *Nature Communications*, 15. <https://doi.org/10.1038/s41467-024-51368-9>
- Gogolla, N. (2017)**. The insular cortex. *Current Biology*, 27(12), 580-586. <https://doi.org/10.1016/j.cub.2017.05.010>
- Dadario, N.B. & Sughrue, M.E. (2023)**. The functional role of the precuneus. *Brain*, 146(9), 3598-3607. <https://doi.org/10.1093/brain/awad181>
- Ding, Y., Chen, X., Chen, Z., Li, L., Li, X., Castellanos, F., Bai, T., Bo, Q., Cao, J., Chang, Z., Chen, G., Cheng, N., Chen, W., Cheng, C., Cheng, Y., Cui, X., Duan, J., Fang, Y., Gong, Q. & Hou, Z. (2022)**. Reduced nucleus accumbens functional connectivity in reward network and default mode network in patients with recurrent major depressive disorder. *Translational Psychiatry*, 12. <https://doi.org/10.1038/s41398-022-01995-x>
- Dumontheil, I. (2014)**. Development of abstract thinking during childhood and adolescence: The role of rostral-lateral prefrontal cortex. *Developmental Cognitive Neuroscience*, 10, 57-76. <https://doi.org/10.1016/j.dcn.2014.07.009>
- Flores, V., Ponce, A., Vásquez de la Bandera, F. & Campaña, C. (2023)**. Corteza dorsolateral frontal y memoria en personas consumidoras de sustancias. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades*, 4(2). <https://doi.org/10.56712/latam.v4i2.941>
- Hiser, J. & Koenings, M. (2017)**. The multifaceted role of ventromedial prefrontal cortex in emotion, decision-making, social cognition, and psychopathology. *Biol Psychiatry*, 83(8), 648-647. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2017.10.030>
- Kirk, U., Downar, J. & Montague, P.R. (2011)**. Interoception drives increased rational decision-making in meditators playing the ultimatum game. *Frontiers in Neuroscience*, 18, 5-49. <https://doi.org/10.3389/fnins.2011.00049>
- Lempert, K. & Phelps, E. (2015)**. Neuroeconomics of emotion and decision making. In P. Glimcher (Ed.), *Neuroeconomics, second edition, decisión making and the brain*. Academic Press.
- Levorsen, M., Aoki, R., Matsumoto, K., Sedikides, C. & Izuma, K. (2023)**. The self-concept is represented in the medial prefrontal cortex in terms of self-importance. *Journal of Neuroscience*, 43(20), 3675-3686. <https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.2178-22.2023>
- Lieberman, M.D. & Eisenberger, N.I. (2015)**. The dorsal anterior cingulate cortex is selective for pain: Results from large-scale reverse inference. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 112, 15250-15255. <https://doi.org/10.1073/pnas.1515083112>
- Opazo, R. (2017)**. El sistema self como epicentro del supraparadigma integrativo. En R. Opazo (Ed.), *Psicoterapia Integrativa EIS*. Pehoe Ediciones.

- Plitt, M.H. & Giocomo, L.M. (2021).** Experience-dependent contextual codes in the hippocampus. *Nature Neurosciente*, 24, 705-714. <https://doi.org/10.1038/s41593-021-00816-6>
- Ramos, C. (2015).** The Gambler: Afectación neuropsicológica en la toma de decisiones. Cuadernos de Neuropsicología. *Panamerican Journal of Neuropsychology*, 9(13), 1-7. <https://doi.org/10.7714/cnps/9.3.701>
- Ríos-Florez, J. & Cardona-Agudelo, V. (2016).** Ruptura del paradigma subcortical en los procesos emocionales. *Revista Poiésis*, 31(1); 132-140. <https://doi.org/10.21501/16920945.2100>
- Sarmiento Rivera, L. F., & Ríos Flórez, J. A. (2017).** Bases neurales de la toma de decisiones e implicación de las emociones en el proceso. *Revista Chilena de Neuropsicología*, 12(2), 32-37.
- Scofield, M.D., Heinsbroek, J.A., Gipson, C.D., Kupchik, Y.M., Smith, A., Roberts-Wolfe, D. & Kalivas, P.W. (2016).** The nucleus accumbens: mechanisms of addiction across drug classes reflect the importance of glutamate homeostasis. *Pharmacological Reviews*, 68(3), 816-871. <https://doi.org/10.1124/pr.116.012484>
- Smith, R., Lane, R., Alkozei, A., Bao, J., Smith, C., Sanova, A., Nettles, M. & Killgore, W. (2018).** The role of medial prefrontal cortex in the working memory maintenance of one's own emotional responses. *Scientific Reports*, 8. <https://doi.org/10.1038/s41598-018-21896-8>
- Sridhar, S., Khamaj, A. & Kumar-Asthana, M. (2023).** Cognitive neuroscience perspective on memory: overview and summary. *Frontiers in Human Neuroscience*, 17. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2023.1217093>
- Touroutoglou, A., Andreano, J., Dickerson, B. & Feldman, L. (2019).** The tenacious brain: How the anterior mid-cingulate contributes to achieving goals. *Cortex*, 123, 12-29. <https://doi.org/10.1016/j.cortex.2019.09.011>
- Viering, T., Hoekstra, P., Philipsen, A., Naaijen, J., Dietrich, A., Hartman, C., Buitelaar, J., Hildebrandt, A., Gießing, C. & Thiel, C. (2021).** Functional network topology of the right insula affects emotion dysregulation in hyperactive-impulsive attention-deficit/hyperactivity disorders. *Scientific Reports*, 11. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-94426-8>
- Villegas, O., Luna, F., Jaldo, R., García, R., Leaniz, F., Urioste, S., Foa-Torres, G., Acosta-Mesas, A., Buhlmann, A. & Marino, J. (2015).** El volumen de la amígdala como predictor de desempeño en tareas de regulación emocional: aplicación de nuevas técnicas de morfometría basada en véxeles. *Neurología Argentina*, 7(3), 148-155. <https://doi.org/10.1016/j.neuarg.2015.02.006>
- Vink, M., Gladwin, T.E., Geeraerts, S., Pas, P., Bos, D., Hofstee, M., Durston, S. & Vollebergh, W. (2020).** Toward an integrated account of the development of self-regulation from a neurocognitive perspective: A framework for current and future longitudinal multi-modal investigations. *Developmental Cognitive Neuroscience*, 45. <https://doi.org/10.1016/j.dcn.2020.100829>
- Vogt, B.A. (2016).** Midcingulate cortex: Structure, connections, homologies, functions and diseases. *Journal of Chemical Neuroanatomy*, 74, 28-46. <https://doi.org/10.1016/j.jchemneu.2016.01.010>
- Wang, X., Wu, Q., Egan, L., Gu, X., Liu, P., Gu, H., Yang, Y., Luo, J., Wu, Y., Gao, Z. & Fan, J. (2019).** Anterior insular cortex plays a critical role in interoceptive attention. *eLife*, 8. <https://doi.org/10.7554/eLife.42265>
- West, H.V., Burgess, G., Dust, J., Kandala, S. & Barch, D. (2021).** Amygdala activation in cognitive task fMRI varies with individual differences in cognitive traits. *Cognitive, Affective & Behavioural Neuroscience*, 21, 254-264. <https://doi.org/10.3758/s13415-021-00863-3>
- Whitlock, J. (2017).** Posterior parietal cortex. *Primer*, 27 (14), 691-695. <https://doi.org/10.1016/j.cub.2017.06.007>
- Zegarra-Valdivia, J. & Chino-Vilca, B. (2019).** Neurobiología del trastorno de estrés postraumático. *Revista mexicana de neurociencia*, 20(1), 21-28. <https://doi.org/10.24875/rmn.m19000023>
- Zumalabe-Makirriain, J. (2016).** El estudio neurológico de la conciencia: una valoración crítica. *Anales de Psicología*, 32(1), 266-278. <https://dx.doi.org/10.6018/analesps.31.3.184411>

Análisis de las influencias de las Experiencias de Adversidad Infantil sobre el funcionamiento integral del adulto

Rocío Cáceres Melillo*

Abstract

Childhood experiences of adversity are highly prevalent experiences in the world population and, consequently, also in the clinical population. This type of sustained experience over time, during stages of high vulnerability in the person's development, can generate repercussions and deterioration in physical, mental and social health in the long term, and can extend into adulthood. Based on the Integrative EIS Approach, an integrative and ordering basis of current valid and scientific knowledge on the subject is provided. Based on this, it is concluded that current knowledge, rather than referring to a linear causality between adversity and problems in adulthood, accounts for a complex and dimensional functioning that influences either the aggravation or reduction of the damages of adversity, whose understanding is favored from the Integrative Approach EIS.

Keywords: Person of the therapist, Supraparadigmatic Integrative Approach, Self System.

Resumen:

Las experiencias de adversidad infantil constituyen experiencias de alta prevalencia en la población mundial y, en consecuencia, también en la población clínica. Este tipo de experiencias de carácter sostenido en el tiempo, durante etapas de alta vulnerabilidad del desarrollo de la persona, puede generar repercusiones y deterioro en la salud física, mental y social a largo plazo, pudiendo extenderse hasta la adultez. A partir del Enfoque Integrativo Supraparadigmático (EIS), se proporciona una base integradora y ordenadora del conocimiento válido y científico actual sobre la temática. En base a esto, es que se concluye que el conocimiento actual, más que referir a una causalidad lineal entre adversidad y problemáticas en la adultez, da cuenta de un funcionamiento complejo y dimensional que influye ya sea en el agravamiento o bien, diminución de los perjuicios de la adversidad, cuya comprensión es favorecida desde el Enfoque Integrativo Supraparadigmático (EIS).

Palabras claves: Persona del terapeuta, Enfoque Integrativo Supraparadigmático, Sistema Self.

Introducción

Durante el ejercicio clínico suelen llegar consultantes adultos preocupados por la sintomatología que les afecta en su vida en el momento presente. Durante la entrevista clínica, se profundiza el entendimiento sobre la problemática hasta antecedentes de su infancia, donde en muchas ocasiones se develan experiencias de maltrato (sostenido y/o episódico) de distintos tipos: físico, emocional o psicológico, negligencia, abandono y/o abuso sexual.

El maltrato infantil es considerado una problemática de salud pública con un aumento de sus cifras en Chile. Si bien, actualmente en el país 56,9% de los niños y niñas, entre los 5 y 12 años sufre de violencia, las consecuencias, podrían no limitarse a la infancia de estas personas, sino que tener repercusiones a lo largo del ciclo vital.

La literatura y diversos estudios actuales han explorado de qué forma las experiencias de maltrato y vulneración en la infancia podrían generar una vulnerabilidad en la persona con posibles repercusiones en su desarrollo a largo plazo, incluyendo su funcionamiento en la vida adulta, volviendo a aquellos que han sido víctimas de violencia infantil en más propensos a padecer estrés post-traumático, depresión, ansiedad, conductas autolesivas, ideación suicida, problemas relacionales, involucramiento en ciclos de

* Ps. Pontificia Universidad Católica de Chile
Post Título Psicoterapia Integrativa ICPSI
rocio.caceres.atencionclinica@gmail.com

AcPI, vol. XVII, 19 -53

violencia, problemas en autoestima y autoimagen, desarrollo de rasgos y/o trastorno de personalidad, entre otros.

Ahora bien, respecto a las formas posibles de maltrato y abuso, aparecen distintas conceptualizaciones que ayudan a su identificación, delimitación conceptual y comprensión del fenómeno.

Antes de abrir la problemática específica a profundizar en este ensayo, se entregarán diversos conceptos asociados a la temática.

Conflictos, agresión y violencia

Cuando nos referimos a estos conceptos, muchas veces, solemos utilizarlos de forma indistinta, como sinónimos, cuando en realidad puede ser útil diferenciarlos. Con *conflicto*, entenderemos la pugna entre dos o más partes, ya sea referente a desigualdad en objetivos, intereses, creencias, valores, etc. (Fuquen, 2003, en Del Canto, 2022, p.1099). Dependiendo de cómo sea gestionado, pueden ser prevenidas consecuencias perjudiciales. Por otro lado, la *agresión* es definida como un comportamiento que está presente en todos los seres vivos, situándose como una conducta de supervivencia; la agresión es una respuesta que se da frente a una situación que es percibida como amenazante (Del Canto, 2022, p. 1100), siendo por lo tanto una respuesta de defensa que puede ser regulada. Por último, la *violencia* es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como como “El uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones” (Organización Panamericana de la Salud [OPS], p.5, 2002).

Esta puede diferenciarse por lo tanto de las otras dos definiciones anteriores, ya que su uso implica el uso del poder, resistencia y dominación, además de ser sostenida en el tiempo,

estableciéndose una relación abusiva por parte de quien niega al otro como sujeto (Del Canto, 2022, p.1102). La violencia puede adoptar diversas formas dependiendo del contexto en el cual se lleve a cabo, del tipo de vínculo entre víctimas y victimarios, además del tipo de conductas y repercusiones que se generen a través de la dinámica de violencia.

Maltrato infantil

Los actos de violencia hacia niños y niñas han tenido varias definiciones a lo largo de la historia, las cuales, a través de la evolutividad del concepto, van reconociendo mayor complejidad y tipos de violencia que afectan a la población.

UNICEF (2006) señala que la población víctima de maltrato y abandono infantil es aquel “segmento conformado por niños, niñas y adolescentes hasta los 18 años que sufren ocasional o habitualmente, actos de violencia física, sexual y/o emocional, sea en el grupo familiar o en las instituciones sociales. El maltrato puede ser ejecutado por omisión, supresión o transgresión de los derechos individuales y colectivos e incluye el abandono completo o parcial” (UNICEF, 2012, p. 8). Esta definición permite identificar varios tipos específicos de violencia asociados al fenómeno del maltrato infantil:

- **Maltrato físico:** Es toda agresión que puede o no tener como resultado una lesión física, producto de un castigo único o repetido, con magnitudes y características variables (Riquelme, Bustos & Parada, 2020)
- **Maltrato emocional:** Es el hostigamiento verbal habitual por medio de insultos, críticas, descréditos, ridiculizaciones, así como la indiferencia y el rechazo explícito o implícito hacia el niño, niña o adolescente y también se incluye el rechazo, el aislamiento, aterrorizar a los niños o niñas, ignorarlos y corromperlos (Riquelme, Bustos & Parada, 2020).

- **Abandono y negligencia:** Se refiere a la falta de protección y cuidado mínimo por parte de quienes tienen el deber de hacerlo y las condiciones para ello; existe negligencia cuando los responsables de cubrir las necesidades básicas de los niños no lo hacen (Riquelme, Bustos & Parada, 2020).
- **Abuso sexual:** Es toda forma de actividad sexual entre un adulto y un niño, niña o adolescente e incluye la explotación sexual (Riquelme, Bustos & Parada, 2020)

Experiencias adversas en la infancia (Adverse Childhood Experiences)

A partir de las definiciones anteriores, es posible reconocer un concepto que busca integrarlas dentro de un mismo fenómeno de estudio. El concepto de Experiencia Adversas en la Infancia (EAI) o Adverse Childhood Experiences (ACE), es estudiado por primera vez en 1998 por Felitti, Anda y colaboradores. El concepto incluye la exposición al abuso en todos sus tipos y a la disfunción familiar (Riquelme, Bustos & Parada, 2020). Este tipo de experiencias son daños que vive directamente un niño o adolescente, como un abuso físico, sexual, emocional o negligencia por parte de los padres o cuidadores y que también puede ser indirecto a través de problemas domésticos, entornos de vida como la muerte de los padres, divorcio, abuso de sustancias o enfermedad grave de uno de los padres o hermanos (Control, 2019 en Bussières, et al., 2023).

Las experiencias de adversidad infantil se agrupan comúnmente en tres categorías principales: *abuso* (físico, emocional, sexual); *negligencia* (física, emocional); y *disfunción doméstica*, es decir, enfermedad mental, encarcelamiento, violencia doméstica, abuso de sustancias y divorcio/separación (Eruyar, Yilmaz & Vostanis, 2023, p. 312).

En el estudio en el cual se originó el término, se investigó sobre cómo las experiencias adversas en la infancia se relacionan con problemas de salud

mental y física en la adultez. Por lo tanto, este concepto ha impulsado la investigación en los años posteriores, sobre los factores de riesgo que, vivenciados acumulativamente en la infancia, generan diversas consecuencias desfavorables en la adultez de los afectados (Vega & Núñez, 2017). Acá, ya no nos limitamos a analizar las consecuencias en la infancia misma, sino que se comienzan a visibilizar consecuencias a mediano y largo plazo hacia la adultez, como presencia de sintomatología o trastornos del ánimo, problemas conductuales y relacionales, así como también, sintomatología asociada a trauma.

Experiencias Adversas en la Infancia y trauma

El concepto mencionado anteriormente se ha relacionado directamente con experiencias de tipo traumático, incluso en ocasiones equiparándolo al término de “trauma infantil”, al referir a eventos inducidos por humanos o entornos de riesgo potencialmente dañinos para el desarrollo del menor (Eruyar, Yilmaz & Vostanis, 2023). Sin embargo, estos usos del término, nuevamente, pueden resultar generalizados y no logran precisar la relación entre las experiencias de adversidad con lo que sería la experiencia traumática.

La Asociación Estadounidense de Psiquiatría (2013) definió el trauma como estar expuesto o presenciar un evento potencialmente mortal o enterarse de que un ser querido estuvo expuesto a este tipo de evento (Eruyar, Yilmaz & Vostanis, 2023, p. 112). Ahora bien, es posible, hacer la distinción entre *eventos traumáticos (trauma agudo)* y *procesos traumáticos (trauma complejo)*.

Los *eventos traumáticos*, de carácter agudo, son acontecimientos que producen dolor y estrés, de modo tal, que sobrepasan los recursos del individuo -y de sus cercanos- para calmar el dolor y encontrar un sentido a lo sucedido (Bagladi, Opazo, Schmidt, 2022, p. 188). Este tipo de eventos es

asociado con el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) y sus variantes, propuesto por el DSM-V.

Por otro lado, “los *procesos traumáticos* son un conjunto de eventos estresantes, y/o dolorosos, que surgen de relaciones interpersonales significativas; y cuya intensidad, duración y contenido, superan los recursos naturales del niño/a y de sus fuentes de apoyo social. Este es el caso del abuso sexual o físico, continuo, y de los malos tratos frecuentes” (Bagladi, Opazo, Schmidt, 2022, p. 188). En este caso, “el DSM-V ofrece una alternativa que es el trastorno por estrés postraumático extremo no especificado que especifica un TEPT sumado a compromisos en la autorregulación” (Fonseca et al., 2023, p.158). En contraste, “el CIE-11 reconoce el Trastorno de Estrés Postraumático Complejo TEPT-C o trauma del desarrollo, por considerar que se ajusta mejor a las respuestas adaptativas infantiles, teniendo como antecedente un historial de experiencias abusivas severas y trauma interpersonal” (Cook et al., 2003; van der Kolk, 2005, en Fonseca et al., 2023, p.158). Dentro de sus síntomas se pueden encontrar “alteraciones en las relaciones afectivas y apego, en la regulación del afecto y la autorregulación en la conciencia, con síntomas disociativos, en el control de la conducta, en la cognición y en el autoconcepto” (Fonseca et al., 2023, p.158).

Esta consideración, da cuenta de cómo la sucesión de eventos estresantes como las experiencias de adversidad infantil pueden ser considerados procesos traumáticos para el infante con posteriores repercusiones para el adulto en la medida de que la persona se enfrenta a situaciones de amenaza psicológica o vital de las que no puede escapar, donde sus recursos normales no resultan eficaces (Salvador, 2009). A pesar de verse respaldada por la literatura e investigación actual la correlación entre las experiencias de adversidad infantil con trauma en la adultez, la respuesta no es tan sencilla como para confundir la adversidad temprana con trauma en una relación causal o conceptos equivalentes.

Abriendo la problemática

Si bien existen diversos estudios acerca del impacto de variables puntuales en el desarrollo infantil, la investigación basada en el parámetro de Experiencias de Adversidad Infantil indica que las consecuencias desfavorables se relacionan con la acumulación de múltiples factores de riesgo, manifestándose las secuelas de este tipo de vivencias durante la adultez (Vega & Núñez, 2017).

Los estudios señalan que las experiencias adversas tienden a ser frecuentes y coocurrentes: 2/3 de la población ha sufrido al menos una antes de los 18 años y más de un 10% ha vivido 5 o más ... En promedio, la primera exposición a las experiencias e adversidad ocurre al año y medio de edad. Una vez que un evento adverso ocurre en la vida de un niño, aumenta significativamente la posibilidad de vivir adversidades adicionales, razón por la cual se abre una cadena de riesgos tempranos (Vega & Núñez, 2017, p.126). Estas situaciones son altamente prevalentes alrededor del mundo y forman parte de las principales fuentes de riesgo para la salud (Al-Shawi & Lafta, 2015; Kessler et al., 2010, en León y Cárdenas, 2020, p.2).

Respecto a las consecuencias en la adultez es que aparecen desacuerdos y diferencias en las perspectivas de las investigaciones. Por un lado, habría investigaciones que proponen las Experiencias de Adversidad Infantil como factor de riesgo *determinante* para la psicopatología adulta, bajo la explicación de que “los niños con experiencias de adversidad son sensibles a las señales relacionadas con las amenazas en su vida social, experimentan aislamiento emocional y tienen dificultades para regular sus emociones, todo lo cual puede conducir a diversos resultados psicopatológicos en su vida adulta (McLaughlin et al., 2020)”. Mientras que, hay otras perspectivas que apuntan a que estas experiencias no serían un factor de riesgo determinante de psicopatologías específicas en la adultez, en consideración de los recursos disponibles, individuales, familiares y/o

contextuales (Eruyar, Yilmaz & Vostanis, 2023), refiriendo, por lo tanto, una diferencia entre vulnerabilidad, determinismo y causalidad.

Así como no hay acuerdo respecto a las experiencias de adversidad tempranas como determinantes de psicopatología, también hay diferencias y debate respecto a de qué forma este tipo de experiencias pueden repercutir en el funcionamiento adulto, más allá de un diagnóstico psicopatológico determinado, como por ejemplo, un aumento en la probabilidad de consecuencias negativas como sintomatología depresiva, cogniciones desadaptativas asociadas a la amenaza de daño, autoestima o autoimagen, así como también, la confianza hacia otras personas (Berman, 2017).

Ahora bien, a pesar de que no haya un consenso claro respecto a las consecuencias que generan las experiencias de adversidad infantil en la adultez, ni los mecanismos por medio de los cuales se generan estas consecuencias, todos los estudios suelen partir de una base común: *las experiencias en la infancia ejercen una influencia en el desarrollo presente del niño y de su desarrollo futuro, tanto en términos conductuales, de pensamiento, afectivo como también, a nivel de funcionamiento biológico*.

Desde el Enfoque Integrativo EIS (Enfoque Integrativo Supraparadigmático) esta visión puede verse respaldada, en tanto la relación sujeto-mundo es concebida desde un constructivismo moderado, donde la maduración cognitiva está conectada con cambios biológicos y con la estimulación apropiada del ambiente, configurando de esta forma, biología y ambiente unidades sistémicas (Bagladi, Opazo, Schmidt, 2022). Ante esta definición, “los cambios y la inestabilidad podrían generar vulnerabilidad a desarrollar dificultades y patologías” (Bagladi, Opazo, Schmidt, 2022, p. 157), más no un determinismo tajante.

De esta manera, en la infancia pueden surgir dificultades que interfieren en el curso normal del desarrollo, y en la posibilidad de lograr habilidades

esperadas y necesarias en cada área teniendo más de la mitad de los trastornos psiquiátricos reflejados en la adultez, inicio en la niñez (Kessler, 2005, en Almonte y Montt, 2019, en Bagladi, Opazo, Schmidt, 2022, p. 151), lo cual enfatiza la necesidad del reconocimiento de la forma y mecanismos por medio de los cuales las experiencias tempranas pueden interferir en el desarrollo infantil, bajo el reconocimiento de factores de riesgo y recursos protectores, tanto internos como externos, que pudiesen influir tanto en las repercusiones como en el bienestar adulto.

Como ya se ha mencionado, la literatura científica actual, si bien cuenta con un gran bagaje de investigación y estudios asociados a la temática pareciera en ocasiones haber falta de consenso en terminología y consecuencias de la adversidad temprana sobre la adultez. A su vez, si bien la literatura científica aparece como una gran fuente de conocimiento, se mantiene fragmentada, inconexa y dispersa, al enfocarse cada investigación en el análisis necesario pero limitado de un ángulo específico del fenómeno, abarcando ya sea, consecuencias sobre corteza prefrontal, respuesta al estrés, autorregulación conductual, etc. Tópicos relevantes del análisis que se nutrirían y complementarían desde el diálogo ordenado, sistematizado y coherente, favoreciendo la unificación del conocimiento válido por sobre la fragmentación y eclecticismo al que puede tender la expansión del conocimiento.

A demás de esta problemática, a partir del análisis del fenómeno de la adversidad temprana sobre las consecuencias en la adultez, aparece también la dificultad en la comprensión de cómo y bajo qué mecanismos la adversidad puede generar repercusiones en las distintas áreas de funcionamiento en la persona adulta, esto ya que no necesariamente habría un determinismo absoluto de la infancia sobre la adultez, sino que actuarían factores mediadores que pudiesen favorecer problemas a la salud mental, física y social o bien, factores que pudiesen actuar como protectores ante la adversidad, favoreciendo así el

bienestar. Estas particularidades dan cuenta de un fenómeno complejo, que en vez de ser visto de forma tajante, gruesa, causal y categorial, demanda una comprensión dimensional y delicada de tal forma de no caer en generalizaciones respecto a la experiencia subjetiva de la persona.

El Enfoque Integrativo Supraparadigmático (EIS) surge ante estas problemáticas en el estudio de las repercusiones e influencias de la adversidad temprana sobre la adultez, como un sistema coherente de organización y estructuración compleja y dimensional del conocimiento científico y válido, el cual desde su determinismo moderado puede contribuir a la exploración flexible y no sesgada de este fenómeno tan estudiado y heterogéneo.

Ya contextualizado y mencionada la problemática del fenómeno, junto a la necesidad de integración del conocimiento actual, este ensayo se enfocará en las *Experiencias Adversas en la Infancia y sus repercusiones e influencias sobre la vida adulta*. Se propone realizar un análisis desde el Enfoque Integrativo EIS como herramienta comprensiva y ordenadora de la actual literatura científica y estudios recientes sobre la temática, que permitan ordenar el conocimiento válido en los paradigmas propuestos por el mismo enfoque (biológico, cognitivo, ambiental-conductual, afectivo, sistémico-relacional e inconsciente). Lejos de dar explicaciones generalizadas, este trabajo busca indagar en los factores específicos de funcionamiento que influyen en que se produzcan consecuencias negativas en la adultez con historia de experiencias de adversidad infantil. Se espera que con este trabajo se pueda contribuir a que terapeutas puedan tener mayor comprensión del fenómeno, desde la influencia que pueden ejercer este tipo de experiencias sobre el funcionamiento del adulto consultante, así como también, generar concientización respecto a las consecuencias y factores protectores que fomenten la intervención temprana.

1- Paradigma Biológico: influencias en sistema nervioso, endocrino e inmune

Desde la noción de **epistemología evolutiva**, el ambiente y biología se encuentran construyendo un sistema de interacción, que va configurando la arquitectura cerebral del niño y posterior adulto, jugando por lo tanto la interacción del niño/a con su entorno un rol central en el desarrollo psicoevolutivo, a través de las *unidades cognitivas biológico/ambientales* (Bagladi, Opazo, Schmidt, 2022).

El **neurodesarrollo** comprende la evolución de las estructuras neurológicas, procesos psicológicos y conductuales. “Es un proceso complejo, que tiene como resultado la maduración de estructuras, la adquisición de habilidades y, la formación del individuo como persona única, a partir de la interacción entre los programas genéticos con el ambiente particular del infante, dando curso a la capacidad progresiva de ejecutar las funciones corticales superiores” (Bagladi, Opazo, Schmidt, 2022). Teniendo así el neurodesarrollo exitoso una estrecha relación con la genética y el ambiente de estimulación y afectividad (Bagladi, Opazo, Schmidt, 2022).

Este desarrollo, es un proceso muy complejo y preciso con inicio temprano y que continúa a través de la vida, pasando por etapas de proliferación neuronal, migración, organización y laminación del cerebro, para terminar con la mielinización. Éstas no son etapas consecutivas, sino que se van superponiendo, y pueden ser afectadas -simultáneamente- si existe algún agente externo o interno presente en el medio (Bagladi, Opazo, Schmidt, 2022).

Desde esta noción de neurodesarrollo, se enfatiza la interacción compleja entre biología/genética y ambiente, interacción que generará un individuo con un funcionamiento único. A partir de esta base, reconocemos entonces cómo la infancia constituye una etapa delicada y de alta plasticidad, donde el ambiente puede repercutir en las estructuras profundas del desarrollo y funcionamiento del infante. Esto ya

genera interés sobre de qué forma experiencias sostenidas de adversidad temprana pueden generar efectos en la estructura biológica de la persona, al ser la niñez una etapa donde el cerebro presenta alta sensibilidad a los productos moleculares y mecanismos asociados al estrés (León y Cárdenas, 2020).

El *sistema de estrés* es un componente básico que subyace los estados de ajuste frente a cualquier cambio o amenaza percibida de estímulos internos o externos. Estos desafíos implican un rompimiento del funcionamiento psicobiológico típico del organismo (desequilibrio homeostático), por lo que despliegan un conjunto de respuestas y de reacciones extraordinarias ante las demandas ambientales y los estados emocionales inducidos. Al percibir un estímulo amenazante se presenta una activación inicial para codificar el estímulo. Tal activación conlleva al funcionamiento de varios circuitos psicobiológicos que subyacen el estado emocional general de alarma y elicitán los comportamientos básicos de defensa (escapar, congelarse o huir) y reacciones fisiológicas como aumento de la frecuencia cardíaca, respiratoria y la presión arterial (Fonseca et al., 2023).

Respecto a las formas en que puede sostenerse el estrés, encontramos el estrés crónico y el estrés agudo. El *estrés crónico* es definido como un estado de activación prolongada del sistema de respuesta al estrés del cuerpo. Esto se daría por una exposición repetida a factores estresantes que mantienen, por lo tanto, activo este sistema de funcionamiento. En esta definición el elemento de la cronicidad permite establecer una diferencia respecto a la definición de *estrés agudo*, que respondería más bien a una reacción momentánea y puntual a un desafío o amenaza. La cronicidad y mantención en el tiempo de esta activación biológica, puede generar efectos negativos en la salud física y mental de la persona que lo padece.

Se ha propuesto que las Experiencias de Adversidad Infantil generan en la persona que las experimenta, un funcionamiento de estrés crónico,

el cual puede producir cambios en la estructura y funcionamiento cerebral, por ejemplo, al generar mayor sensibilidad al estrés debido a la **desregulación del eje hipotálamo-hipófisis-Adrenal (HPA)** (Zarei, Xu, Zimmerman, Giannotti, & Strathearn, 2021) y **sistema simpático-adrenomedular (SAM)** (León y Cárdenas, 2020).

La respuesta de estrés no es por sí misma perjudicial, por el contrario, existen las respuestas de **estrés normal/adaptativo**, mecanismo formado por una red entre la **amígdala**, el **hipocampo** y la **corteza prefrontal** que permite al individuo, en una respuesta de corto plazo, detectar y enfrentar amenazas en el entorno por medio de la activación del sistema simpático y eje HPA (Kalia, Knauf, & Hayatbini, 2021).

Por el contrario, una respuesta de **estrés no adaptativo** puede ser mucho más activa de lo que es útil o adaptativa, ya que su entorno puede representar una amenaza constante para la supervivencia. Con el tiempo, esto aumenta la carga alostática (es decir, las respuestas biológicas adaptativas que ayudan en la recuperación del estrés) y desregula la respuesta normativa al estrés (Kalia, Knauf, & Hayatbini, 2021, p. 2), teniendo esto un impacto negativo sobre las estructura y funciones biológicas y cerebrales.

Entonces, desde la perspectiva del estrés no adaptativo, “los eventos y experiencias de adversidad son percibidos por el niño como amenazantes; Estas amenazas activan la respuesta de estrés a través de los ejes SAM y HPA; El eje HPA conduce a la liberación constante de glucocorticoides que, a través del flujo sanguíneo afectan el funcionamiento cerebral; Por último, el cortisol influye sobre los mecanismos del neurodesarrollo, modificando estructura, conectividad y fisiología cerebral; Estos cambios afectan e influyen con riesgos a la conducta y salud mental” (León y Cárdenas, 2020, p.2).

Pese a la activación del sistema ante la amenaza, las personas que han estado expuestas repetidamente a experiencias de adversidad infantil y de forma crónica al estrés, presentan una

alteración en el eje HPA autorregulando “a la baja” como una respuesta protectora para prevenir los efectos adversos de la producción excesiva de cortisol. En consecuencia, esta alteración en el sistema puede afectar sus capacidades de autorregulación, tanto en la adolescencia como en la adultez (Wesarg, Van Den Akker, Oei, Hoeve, & Wiers, 2020, en Eruyar, Yilmaz & Vostanis, 2023, p.317). Esto supone, a su vez, una alteración en el sistema nervioso responsable de la descarga autónoma del mecanismo de lucha o huida (Winzeler et al., 2016, en Eruyar, Yilmaz & Vostanis 2023, p. 316).

La alteración en los ejes mencionados genera además de alteraciones en la regulación de los sistemas, cambios en la estructura biológica de la persona. Si bien, son varias las estructuras cerebrales afectadas, las más estudiadas y citadas son el lóbulo frontal, amígdala e hipocampo, cuyas alteraciones aumentan la vulnerabilidad a ciertas enfermedades mentales en la edad adulta (Lowry, McInerney, Schmitz, & Deschênes, 2022, p. 2374).

El **Lóbulo prefrontal**, involucrado en procesos de control cognitivo, afectivo y social, tras las experiencias de adversidad infantil, han identificado una reducción de su volumen en niños, adolescentes y adultos (León y Cárdenas, 2020). La **amígdala**, la cual es relevante para el aprendizaje emocional y coordinación de respuestas a estímulos que representan amenazas, ha demostrado cambios en su funcionalidad y morfología. Dependiendo de la severidad de las experiencias, es que amenazas cortas y controlables, podrían aumentar el tamaño de la amígdala y amenazas prolongadas en el tiempo e incontrolables podrían conducir a una atrofia amigdalina (León y Cárdenas, 2020). Por otro lado, el **hipocampo**, asociado con la formación de memorias explícitas y la regulación emocional, presenta una reducción de su volumen luego de estas experiencias. Además de estas alteraciones morfológicas, hay evidencia sólida que vincula las experiencias adversas en la infancia con problemas en la **conectividad entre estructuras**, a partir de

alteraciones en la sustancia blanca, más específicamente en el crecimiento y mielinización de los axones (León y Cárdenas, 2020). En su conjunto, las alteraciones en estas estructuras a partir de las experiencias tempranas de adversidad pueden influir a lo largo del ciclo vital en problemas para el aprendizaje, la ubicación espacial, hiperactividad o hipoactividad ante la amenaza o estímulos emocionales, mayor dificultad para la regulación emocional, sintomatología depresiva, ansiosa, traumática y/o asociación con trastornos de personalidad o bipolaridad (León y Cárdenas, 2020).

Asociado a esto, el polimorfismo y sus consecuencias se asocian con alteraciones en los niveles y funcionamiento de los neurotransmisores (León y Cárdenas, 2020), donde, por ejemplo, puede verse atenuada la neurotransmisión y la sensibilidad de la **serotonina** (Zarei, Xu, Zimmerman, Giannotti & Strathearn, 2021, p. 9). La respuesta organísmica neuroendocrina ante el estrés y el trauma durante el desarrollo se extiende virtualmente a todas las hormonas, incluyendo hormona del crecimiento, tiroxina, andrógenos, estrógenos, insulina, entre otras (Sandin et al., 2020, en Fonseca et al., 2023, p.159).

Una última consecuencia estudiada en la investigación, que asocia a las experiencias adversas tempranas con consecuencias biológicas en la adultez, es la desregulación del sistema inmune y consecuencias de tipo somático, dependiendo del tipo específico, cualidades e impacto de las experiencias, así como la edad en que fueron vividas las adversidades (Herzog & Schmahl, 2018).

Además de esto, las experiencias de adversidad infantil, en conjunto con las respuestas biológicas de estrés crónico, y, en conjunto con un ambiente con estimulación sensorial reducida, pueden en conjunto generar dificultades de aprendizaje, el retraso en el desarrollo y/o trastornos del habla, lo que puede conducir a un deterioro cognitivo (Zarei, Xu, Zimmerman, Giannotti & Strathearn, 2021, p. 9).

Hasta este punto, vamos observando que las experiencias de adversidad infantil por sí solas no generan las consecuencias en el desarrollo y en la sintomatología en la adultez, sino que estas pueden tener estas consecuencias en la medida que se articulan con las *reacciones biológicas al estrés crónico, severidad y duración de las experiencias adversas, y una baja responsividad desde el entorno a las necesidades del infante*. Estas consecuencias a la salud mental y física no se limitarían a la infancia, sino que la evidencia sostiene que estas podrían sanar, mantenerse y/o empeorar hacia la adultez, dependiendo de los **factores mediadores**.

Los niños que están expuestos a la adversidad sin un cuidador adulto que los apoye pueden desarrollar el anteriormente descrito "*estrés tóxico*", que afecta los sistemas inmunológico y neuroendocrino...el desarrollo del hipocampo, la corteza prefrontal y la amígdala, alterando los procesos subyacentes, lo que a su vez aumenta la vulnerabilidad a ciertas enfermedades mentales en la edad adulta (Lowry, McInerney, Schmitz, & Deschênes, 2022, p. 2374).

El "*estrés tóxico*" al no ser tratado aumenta el riesgo de cambios permanentes en la arquitectura cerebral, vinculándose a afecciones que aparecen en la edad adulta, como la depresión u otros trastornos del ánimo, en conjunto con déficits de regulación emocional, la rumia, la reactividad ante las amenazas y conductas impulsivas (Lowry, McInerney, Schmitz, & Deschênes, 2022), lo cual, en su conjunto, puede contribuir al deterioro cognitivo y del funcionamiento integral de la persona.

A partir de esto último es que se vuelve a ver respaldada la idea de que, si bien se asocia la adversidad infantil con un deterioro cognitivo posterior y respuestas sintomáticas de desregulación anímica, la exposición a estas puede no ser un predictor directo significativo del deterioro cognitivo en la adultez, sino más bien mediado por otros procesos internos al sujeto y

externos al sujeto, siendo la depresión un mediador para el declive cognitivo durante la adultez (Lowry, McInerney, Schmitz, & Deschênes, 2022, p. 2373).

Esto implica que el generar intervenciones y ajustes en los comportamientos de salud mental y física, favorecen en consecuencia la reducción de la fuerza y la importancia de los síntomas depresivos y problemáticas asociadas, como el deterioro cognitivo (Lowry, McInerney, Schmitz, & Deschênes, 2022)

En resumen, este análisis permite dar cuenta de que las experiencias de adversidad infantil pueden ser efectivamente asociadas con consecuencias biológicas tanto a nivel cognitivo y de desarrollo de estructuras cerebrales, con repercusiones tanto en infancia como adultez. Pese a esta asociación, los estudios actuales van dando cuenta de que estas experiencias por sí solas no serían causa directa de estas consecuencias, sino que más bien estarían mediadas por otros factores, como la cantidad y tipo de experiencias, la cronicidad de estas, la disponibilidad de figuras de apoyo, nivel de respuesta a las necesidades del infante, nivel de estimulación en el entorno, conductas de resguardo en salud física y mental. Estos factores mediadores que actúan como una cadena compleja de causas y consecuencias, dan por lo tanto a entender, que, dependiendo de los recursos disponibles, las consecuencias podrán ser más o menos graves en la adultez.

2- Paradigma cognitivo

Así como las experiencias en la infancia pueden influir sobre el funcionamiento biológico del infante y en su desarrollo a la adultez, es que también a través de la investigación se ha observado la influencia que pueden tener las experiencias de adversidad infantil sobre el funcionamiento cognitivo en la adultez.

Durante la infancia, sobre la base de repetidas experiencias con las figuras de apego, los niños/as desarrollan expectativas en relación con la

naturaleza de las interacciones (Fonagy et al., 1995, en Bagladi, Opazo, Schmidt, 2022). Estas expectativas, se convierten en *representaciones mentales* o *modelos operantes*, que tienen la capacidad de integrar experiencias pasadas y presentes, así como también esquemas cognitivos y emocionales, relacionados con tales experiencias (Bagladi, Opazo, Schmidt, 2022, p. 166).

Los *modelos operantes* o *internos* son definidos por John Bowlby como *representaciones mentales* formadas en la infancia a partir de las interacciones entre el niño/a con sus figuras de apego, formando creencias y expectativas acerca de uno mismo, de los demás y de las relaciones interpersonales, actuando como mapas representacionales con inicio temprano en la vida que influyen sobre la *mentalización* (Pinedo, & Santelices, 2006).

“Fonagy (1999) define la *función reflexiva* o *mentalización* como la capacidad cognitiva que permite inferir estados mentales en sí mismo y en los otros, lo que implica tanto un componente autorreflexivo como interpersonal o intersubjetivo, que permite distinguir la realidad interna de la externa, lo “real” y lo “ficticio”, y los procesos intrapersonales, mentales y emocionales de la comunicación humana...crea una sensación de continuidad de la experiencia (lo que permite la identidad del Yo y la emergencia de una estructura mental coherente y consistente en el tiempo). Esta estructura mental estaría soportada en las representaciones internas de la realidad o modelos operantes internos” (Pinedo & Santelices, 2006, p. 208).

En consideración de esta base, es que se ha estudiado de qué forma las experiencias en la infancia influyen sobre el pensamiento y las expectativas de las personas, pudiendo identificar que las experiencias de adversidad infantil pueden dar lugar a *cogniciones negativas internalizadas* sobre uno mismo, los demás y el mundo, que a menudo se vuelven automáticas y generalizadas en futuras relaciones interpersonales (Eruyar, Yılmaz & Vostanis, 2023, p. 318). Las *distorsiones cognitivas* se refieren a pensamientos y creencias

erróneas que llevan a una persona a percibir los eventos de forma inapropiada. Sin embargo, no son específicas de las poblaciones clínicas; cualquier persona puede presentar sesgos de razonamiento... el deterioro del funcionamiento cognitivo y la regulación emocional (Ouhmad, El-Hage & Combalbert, 2023, p. 66).

En la adultez, estas alteraciones negativas en la cognición de las personas que vivieron adversidad infantil pueden manifestarse de diversas maneras, desde la culpa persistente y distorsionada hacia uno mismo, desconfianza, vergüenza, y la disminución del interés en las actividades, hasta la incapacidad para recordar aspectos clave de los eventos (APA, 2013, en Berman, 2017, p. 14). Así también, pueden las cogniciones influir sobre el comportamiento y emociones a partir del nivel de reactividad y excitación que generan estos pensamientos en la persona particular (APA, 2013, en Berman, 2017, p. 14).

Para la comprensión de estas cogniciones negativas internalizadas en el adulto que vivió adversidad infantil, es de utilidad apoyarse en la **Triada Cognitiva de Beck**, la cual propone 3 elementos interrelacionados como teoría cognitiva de la depresión. Estos elementos serían la *visión negativa de uno mismo* (autoimagen distorsionada y autocítica), una *visión negativa del mundo* (interpretación pesimista del entorno, como hostil, injusto y desafiante) y una *visión negativa del futuro* (anticipación negativa reforzando la desesperanza) (Estrada, Cañedo, Andrade, Guzmán, & Cisneros, 2021).

Este concepto ayuda a evaluar las consecuencias de la adversidad infantil en la vida adulta, ya que, nuevamente no hay consenso que afirma que todos quienes hayan vivido este tipo de experiencias vivirán estos sesgos cognitivos, ya que las distorsiones en los modelos internos se ven más pronunciados en la medida de presentar una acumulación de experiencias adversas (Horváth, Kovács-Tóth, Oláh & Fekete, 2024). Pese a esto, si hay mayor consenso en que es de relevancia

evaluar en los pacientes adultos dentro del contexto clínico las posibles presentaciones de esta triada. Esto debido a que la presencia de este tipo de sesgos, pueden mantener o empeorar la sintomatología y pronóstico.

Si bien, la triada surge como modelo comprensivo de la depresión, dentro del contexto de este tipo de experiencias, la investigación actual sugiere que estas cogniciones pueden repercutir en síntomas depresivos, somatización, disociación y ansiedad en la edad adulta, así como también podrían favorecer sintomatología asociada al trastorno de estrés postraumático a nivel clínico y subclínico (Kallstrom-Fuqua et al., 2004, en Berman, 2017).

De esta forma, las cogniciones negativas serían una posible explicación y mediador para el desarrollo y mantenimiento de sintomatología asociada a trastornos del ánimo, conductuales y relacionales, así como también síntomas traumáticos como resultado de la exposición a la adversidad infantil. Desde una perspectiva cognitiva, las experiencias de tipo traumático (no necesariamente TEPT, como fue mencionado en la introducción) a menudo presentan al individuo información incoherente, que viola el patrón o supuesto de "pensamiento de mundo justo" (Lerner, 1980). A menudo, las experiencias traumáticas proporcionan *información contradictoria* que debe incorporarse a los esquemas del individuo sobre la *seguridad y la confiabilidad del mundo y sus habitantes*, pudiendo las personas traumatizadas también sobreadaptarse, modificando sus esquemas para integrar el trauma en su sistema de creencias (Berman, 2017). En sintonía con la *percepción de amenaza*, Estas experiencias tempranas son también asociadas con una *percepción de falta de control*, sobre todo tipo de dificultades lo que indica una evaluación inflexible de los factores estresantes de su entorno como amenazantes, en lugar de desafiantes (Kalia & Knauf, 2020).

Es en base a esto que en la literatura ha habido contradicciones respecto a si definir o no las

experiencias de adversidad infantil como traumáticas o no. Si bien, mientras más experiencias adversas acumuladas en la infancia hay mayor probabilidad de sintomatología de carácter traumático que afecte las representaciones de sí mismo y su entorno (visto como peligroso) (Horváth, Kovács-Tóth, Oláh & Fekete, 2024), pareciera que en base a cómo son psicofacturadas las experiencias por el individuo es que estas pueden llegar a tener un potencial traumático sobre el funcionamiento de la persona o no, entendiendo psicofacturación como concepto dentro del Enfoque Integrativo Supraparadigmático (EIS) que refiere a la forma en que es procesada la información interna y externa por el sujeto, dependiendo de su funcionamiento integral y mundo de significados.

Debido a esto, la acumulación de experiencias no sería el único factor influyente en la vulnerabilidad a generar un trauma. Se ha evidenciado que los *mecanismos de enfrentamiento* empleados en los pensamientos asociados a estas experiencias podrían mantener y/o empeorar la sintomatología traumática y del ánimo. Dentro de estos mecanismos se ha evidenciado que las víctimas de experiencias adversas pueden tener una tendencia al *control de los pensamientos negativos* por medio de la *evitación de recuerdos y pensamientos asociados*, siendo estos mecanismos usualmente utilizados por sobrevivientes a un trauma. Este mecanismo podría tener efectos paradójicos aumentando la intensidad y frecuencia de los pensamientos no deseados (Horváth, Kovács-Tóth, Oláh & Fekete, 2024, p.4), volviéndose estos, *peligrosos e incontrolables* para la persona que los vive.

La *valoración del trauma y/o sus secuelas*, puede influir sobre la percepción del recuerdo y los hechos. Las *valoraciones negativas* del evento se asocian con probabilidad de mantener la sintomatología y con múltiples experiencias de adversidad, estas cogniciones pueden reforzarse (Berman, 2017, p.16).

Respecto al funcionamiento cognitivo asociado a trauma, se puede observar *dificultad para confiar en otros, visión negativa y hostil del mundo*, temor sobre la *seguridad personal, baja autoestima* y procesamiento que interpreta la situación pasada como una *amenaza que continúa presente*, en conjunto con pensamientos asociados a la *incapacidad de afrontamiento*. Además, se pueden generar conflictos cognitivos que traen consigo *pensamientos intrusivos, pesadillas, activación y evitación* (El-Mosri, Rodríguez & Santander, 2020), además de *rumiaciones* acerca de lo que se podría haber hecho y *sesgos retrospectivos*. El miedo patológico puede ocasionar que se califique de peligrosos a estímulos benignos debido a asociaciones e interpretaciones equivocadas, por lo que no logra aprender información correctiva. Así el miedo favorece la relación con estímulos del evento y da un significado o interpretación del suceso (El-Mosri, Rodríguez & Santander, 2020, p.57). Además, respecto a distorsiones cognitivas asociadas a experiencias/eventos traumáticos, pueden evaluarse el grado en que se presentan: Inferencia arbitraria, catastrofismo, descalificación de lo positivo, pensamiento dicotómico, Razonamiento emocional, adivinación, etiquetado, magnificación, leer la mente, minimización, sobregeneralización, “deberías”, personalización y abstracción selectiva (El-Mosri, Rodríguez & Santander, 2020).

Esto acentúa y evidencia la importancia de las cogniciones y valoraciones de la experiencia adversa sobre la sintomatología y/o posible trastorno posterior, siendo importante a la hora de evaluar el funcionamiento considerar la valoración que el sujeto atribuye no solo a los eventos vividos en el pasado, sino que su valoración y percepción respecto a sus *experiencias en el presente*, las cuales como una puerta de entrada al mundo idiosincrático de significados pueden develar asociaciones con sesgos construidos en su historia de vida.

Además de los sesgos cognitivos, se ha evaluado la **flexibilidad cognitiva** en adultos con

experiencias de adversidad infantil. A grandes rasgos, la flexibilidad cognitiva se ha definido como la capacidad de alternar entre procesos mentales como pensamientos, tareas o perspectivas, lo cual permite al individuo ajustar su comportamiento al entorno...apoyado de sus funciones ejecutivas (Kalia, Knauft & Hayatbini, 2021, p. 2). La flexibilidad cognitiva es vista como un factor protector asociado con el bienestar en la edad adulta. La flexibilidad permite al individuo ver y responder a eventos estresantes de múltiples maneras, lo que mejora su capacidad de respuesta adaptativa a la adversidad (Kalia, Knauft & Hayatbini, 2021, p. 2).

Pese a que la exposición prolongada a las experiencias de adversidad afecta la capacidad de un individuo para aprender y ajustar adaptativamente las contingencias de respuesta a estímulos (Kalia, Knauft & Hayatbini, 2021, p. 10), estas experiencias no se han asociado directamente con la capacidad de un individuo para adoptar perspectivas alternativas y generar soluciones alternativas a los problemas, lo cual sugiere que la exposición a la adversidad infantil podría afectar algunas áreas del funcionamiento, pero no en toda la capacidad de flexibilidad en el pensamiento (Kalia, Knauft & Hayatbini, 2021, p. 12). Asimismo, respecto a la capacidad de intercambiar tareas, no se asocia directamente la dificultad en esta área con el haber experimentado experiencias adversas (Deuter, Wingenfeld, Otte, Bustami, Kaczmarczyk, 2020). Acá se suelen generar contradicciones en algunas investigaciones, ya que a partir de cuestionarios de autorreporte se evidenciaría mayor correlación entre rigidez cognitiva y experiencias adversas, mientras que, al hacer evaluaciones de observación y medición de habilidades, se ve reducida esta correlación, mostrando incluso que estas experiencias no tendrían influencia significativa sobre ciertas habilidades de flexibilidad. A modo de reflexión, mas no de forma concluyente, los resultados más bajos en cuestionarios de autoreporte pueden dar cuenta

de una autoimagen más negativa respecto a sus capacidades, lo cual hace sentido en consideración de las irracionales mencionadas anteriormente. Ante esto, al recibir a un adulto con estas experiencias tempranas, si bien es importante considerar la acumulación y gravedad de experiencias adversas, resulta central la identificación minuciosa de las áreas y pensamientos que pudieses mantener mayor rigidez, entendiendo que la flexibilidad no se vería alterada en su totalidad en estos casos. Es importante *identificar y delimitar estas áreas de rigidez* de acuerdo con el caso para favorecer en el ejercicio clínico la flexibilidad dentro de estas mismas áreas, ya sea respecto a creencias negativas, la falta de confianza en la memoria y la atención y/o la necesidad de controlar los pensamientos, los cuales han mostrado la correlación más pronunciada con el índice de gravedad de las adversidades tempranas (Horváth, Kovács-Tóth, Oláh & Fekete, 2024, p.4). Así mismo, síntomas depresivos y pensamientos rumiantivos actuarían como mediadores a la hora de evidenciar rigidez cognitiva en quienes experimentaron adversidad temprana (Deuter, Wingenfeld, Otte, Bustami, Kaczmarczyk, 2020) y el nivel de estrés también podría actuar sobre los mecanismos de enfrentamiento y flexibilidad (Kalia & Knauf, 2020).

En síntesis, respecto a la relación entre experiencias de adversidad infantil y consecuencias negativas en la adultez, como trastornos depresivos o sintomatología asociada al estrés postraumático, es de gran relevancia detenerse a evaluar en los posibles sesgos cognitivos, creencias irracionales e incoherencias discursivas, que pudiesen repercutir sobre la mantención de un trastorno derivado de la adversidad, de sus recuerdos y mundo de significados. Así mismo, a partir de la investigación, se reconoce la importancia de la flexibilidad cognitiva, la cual, si es fortalecida y trabajada puede ser de ayuda para estas personas en la reelaboración de experiencias, así como también,

puede ser un factor protector ante las frustraciones presentes que puede suponer el enfrentamiento de la adversidad (Kalia, Knauf & Hayatbini, 2021). En este sentido, la forma en que interfieren los pensamientos en el adulto pueden ser la puerta de entrada directa a las distorsiones presentes, así como un camino indirecto a sanar esquemas desadaptativos construidos desde la infancia.

3- Paradigma ambiental-conductual

Como ya se ha mencionado en los otros apartados, el ambiente dentro del cual se desarrolla el niño influye tanto a nivel biológico, como también a nivel cognitivo. Estas consecuencias a nivel de activación, estrés, y creencias irracionales se encuentran en estrecha relación con el comportamiento y la forma en que el sujeto se desenvuelve en su entorno a medida que va creciendo. Por lo tanto, debido a esta interrelación de factores, es que para la comprensión de este apartado se tomarán en consideración los anteriores, con el objetivo de hablar acerca de las consecuencias en el funcionamiento ambiental-conductual de los adultos que experimentaron adversidad infantil.

Desde la definición de las experiencias adversas tempranas, se reconoce la implicancia de experiencias ambientales negativas que demandan una adaptación esforzada por parte de un niño promedio, y que representan una desviación del entorno esperado...siendo este evento crónico y prolongado (Fonseca, Fajardo, Gutierrez, Mogollón, Grau & Ortega, 2023, p. 152).

Dentro de esta adaptación forzada, puede verse implicada la **autorregulación conductual**. "Este es el proceso mediante el cual uno controla -y/o dirige- la propia conducta; con el objetivo de alcanzar una meta, o de responder de manera adaptativa ante una demanda específica ... dependiendo tanto de factores biológicos (temperamento y maduración del sistema nervioso), como ambientales (crianza)" (Vargas &

Muñoz-Marínez, 2013, en Bagladi, Opazo, Schmidt, 2022, p. 164).

“Esta implica aprender a respetar normas, a controlar impulsos...transitando de un *control conductual externo, realizado por los adultos que lo rodean, a un control conductual interno*; para el cual, requiere el desarrollo de la *función inhibitoria*, la que permitirá que el niño/a pueda ejercer -con esfuerzo- un control, sobre las demandas internas o externas implicadas en una determinada situación” (Bagladi, Opazo, Schmidt, 2022, p. 164).

Entendiendo que dentro el desarrollo los mecanismos de control externos se van internalizando, es posible hipotetizar que la adversidad puede interferir en estos mecanismos de control tanto externos como internos, permeando el curso fundamental del desarrollo humano acompañado de la disrupción de los mecanismos neurobiológicos asociados a la regulación del estrés en periodos sensibles, la modulación del miedo y el procesamiento emocional (Sheridan y McLaughlin, 2016, en Fonseca, Fajardo, Gutierrez, Mogollón, Grau & Ortega, 2023, p. 154). Como punto común a las investigaciones actuales, las respuestas conductuales de quienes experimentaron adversidad infantil no son las mismas para todos, sino que más bien, estas pueden aumentar la probabilidad de ciertos riesgos a nivel conductual. Así, a modo generalizado, se han asociado a una mayor predisposición a condiciones de salud con consecuencias conductuales asociadas a ansiedad, trastornos por uso de sustancias, depresión, trastorno de estrés postraumático (TEPT), comportamiento sexual de alto riesgo e intentos de suicidio (Zarei, Xu, Zimmerman, Giannotti & Strathearn, 2021, p.2).

Resulta interesante observar dentro de las consecuencias conductuales, que dependiendo del tipo de experiencias y mecanismos mediante los cuales fueron procesadas y enfrentadas por la persona, se pueden generar problemas de *conducta internalizante* o problemas de *conducta*

externalizante (Zarei, Xu, Zimmerman, Giannotti & Strathearn, 2021).

La **Sintomatología Internalizante** refiere a un conjunto de alteraciones no externalizadas al ambiente, principalmente alteraciones emocionales como inestabilidad del estado de ánimo, alteraciones somáticas, inseguridad, obsesiones, nerviosismo, miedos, fobias, sentimientos de tristeza, inquietud, preocupación, culpabilidad, tensión, disforia, entre otros (Dorado & Carbajal, 2023). Por otro lado, la **Sintomatología Externalizante** incluye conductas manifestadas por el sujeto, son observables y proyectadas hacia el ambiente; por ejemplo, conductas delictivas como robar y abusar de sustancias nocivas; y conductas agresivas, como ser destructivo con las propias cosas o las de los demás, discutir mucho, ser cruel, desbordarse en ira, etc. (Hudziak et al., 2004, en Dorado & Carbajal, 2023).

Para explicar las conductas internalizantes y externalizantes que son desplegadas por la persona, se ha propuesto la *imitación/emulación* de la conducta agresiva de los padres por parte de los niños (Gershoff y Bitensky, 2007, en Bevilacqua, Kelly, Heilmann, Priest & Lacey, 2021). La emulación del comportamiento parental es propuesta como un posible mecanismo subyacente a la asociación entre la disciplina severa y las conductas externalizantes principalmente, sin embargo, también podría tener un rol en la conducta internalizante (Bevilacqua, Kelly, Heilmann, Priest & Lacey, 2021). Ahora también, es importante considerar mecanismos biológicos que pueden influir en la dificultad de gestión y reducción de la regulación conductual y emocional, como lo puede ser el daño a largo plazo del eje HPA (Bevilacqua, Kelly, Heilmann, Priest & Lacey, 2021).

Se ha observado que en general, los efectos de la adversidad infantil son más fuertes para las conductas externalizantes que las internalizantes, entregando la explicación de que, al actuar, los niños logran aliviar su estrés y malestar con mayor eficacia. Al ser esto observado en niños, se puede

complementar este resultado con la hipótesis de que la externalización de problemas sea un resultado probable debido a que los sustratos neuronales que sustentan el autocontrol aún no están completamente desarrollados, y como tal, esta podría ser una respuesta más apropiada para el desarrollo durante la infancia y adolescencia (E. K. Miller y Cohen, 2001, en Bevilacqua, Kelly, Heilmann, Priest & Lacey, 2021). Ahora bien, esto supone la importancia de la edad dentro de la cual se evalúen estas respuestas comportamentales, ya que a través del desarrollo pueden ocurrir cambios adaptativos o desadaptativos en el desarrollo hacia la adultez.

Las experiencias de adversidad infantil no son solo estresantes y perjudiciales para el desarrollo infantil, sino que también pueden afectar negativamente el funcionamiento parental. Estudios previos han demostrado que las condiciones domésticas desafiantes se asocian con un mayor riesgo de depresión materna y otros problemas de salud mental en los cuidadores. En este escenario, la sensibilidad y la capacidad de respuesta de los padres pueden verse afectadas, lo que provoca un deterioro de la comunicación diádica entre padres e hijos, negligencia infantil y estilos de apego inseguros en los niños (Zarei, Xu, Zimmerman, Giannotti & Strathearn, 2021, p. 9).

Las adversidades que mostraron el mayor impacto en los problemas de internalización fueron la discordia y la depresión parentales. Algunos investigadores han sugerido que la asociación entre la discordia parental y los síntomas de internalización en la infancia y la adolescencia puede explicarse por la autoculpa o los sentimientos de culpa en el niño (Cummings, Davies y Campbell, 2002; Grych, Fincham, Jouriles y McDonald, 2000, en Bevilacqua, Kelly, Heilmann, Priest & Lacey, 2021). La relación entre depresión parental y los problemas de internalización en los niños también puede explicarse en parte por la interacción entre factores genéticos o por factores relacionados con los aspectos relationales de la diádica parente-hijo (Silberg, Maes y Eaves, 2010). Por

ejemplo, investigaciones previas sugieren que los padres con depresión son menos propensos a tener interacciones cálidas y afectuosas con sus hijos (Jacob y Johnson, 1997), contribuyendo así al desarrollo de síntomas internalizantes en el niño (Bevilacqua, Kelly, Heilmann, Priest & Lacey, 2021)

Hasta aquí, lo expuesto en este apartado, supone nuevamente que las experiencias de adversidad infantil no generan un efecto único y generalizable sobre las conductas de quienes vivieron estas experiencias. Sino que, de acuerdo con la acumulación de experiencias adversas, cronicidad, las conductas aprendidas en el entorno familiar, tipo de problemáticas vividas, rasgos temperamentales y, su socialización/adaptación a las distintas instancias sociales (escuela, comunidad, relaciones sociales, redes de apoyo, trabajo, universidad), es que el sujeto en su adultez presentará distintos patrones conductuales, que pueden o no resultar conflictivos.

Respecto a las posibles consecuencias perjudiciales en la adultez, no existe un único consenso sino una mayor predisposición a ciertos comportamientos problemáticos, en consideración del tipo y cantidad de adversidades que experimentó, del timing de esta exposición (periodos sensibles y críticos de mayor o menor neuroplasticidad), el género, la participación y relaciones sociales y la forma particular de procesar estas experiencias (creencias, afectos, predisposiciones biológicas, etc). La probabilidad de experimentar nuevas adversidades aumenta luego de experimentar al menos una, y la escalada fortalece las correlaciones con situaciones de violencia interpersonal, riesgo de intento suicida, la transmisión intergeneracional con afectaciones en los dominios de la salud física, mental, las relaciones románticas y la parentalidad (Narayan et al., 2021, en Fonseca et al., 2023, p. 152).

Se debe por lo tanto dilucidar dentro de las indagaciones clínicas los factores asociados a su aparición, contextuales como individuales, en la evaluación cognitiva que se atribuye a estos hechos (valor amenazante, controlabilidad y

recursos de afrontamiento), así como también cualidades del evento, como magnitud, duración, intensidad de los acontecimientos, entre otros (Fonseca, Fajardo, Gutierrez, Mogollón, Grau & Ortega, 2023).

Se ha profundizado en este apartado sobre cualidades conductuales y ambientales asociadas a las experiencias adversas tempranas. A continuación, se mencionan consecuencias conductuales y ambientales en adultos en distintas áreas. En este apartado no se hace una distinción profunda y específica entre los distintos tipos de experiencias adversas, más que mencionando gravedad, acumulación de experiencias y cronicidad.

Consumo de sustancias: Diversas investigaciones afirman que los individuos que experimentaron adversidad infantil tienen más probabilidades de presentar consumo problemático, siendo el alcohol, el tabaco y el cannabis las más consumidas, antes que otras drogas como anfetaminas, cocaína, el éxtasis o heroína, siendo los hombres quienes utilizan más drogas en general (Rojas, Polanco, Caycho, Acuña, González, Roa, Rojas & Sepúlveda, 2020). La exposición a al menos una adversidad mostró una relación significativa con la posibilidad de abuso de alcohol y sustancias (Merrick et al., 2017). Los resultados indican el efecto acumulativo de la adversidad (Eruyar, Yilmaz & Vostanis, 2023, p. 315), la gravedad, el timing de las experiencias (primeros 4 años de vida) y la falta de apoyo social (Rojas, et al., 2020), podrían aumentar el riesgo de desarrollar psicopatología posterior.

Educación: Respecto al nivel educacional, se ha identificado a partir de diversos estudios que las experiencias adversas tempranas influyen sobre el nivel educacional y rendimiento académico, obteniendo menor nivel de logro, en especial al presentarse 4 o + experiencias adversas (Houtepen, Heron, Suderman, Fraser, Chittleborough & Howe, 2020), así mismo, optando por no cursar una educación universitaria (Kalia, Knauft & Hayatbini, 2021). Por otro lado, cursar

educación superior, se ha asociado como un factor protector a las consecuencias negativas de la adversidad infantil (Kalia, Knauft & Hayatbini, 2021, p. 10). Resulta de interés, que factores de ingreso socioeconómico no necesariamente se verían como predictores de rendimiento académico, por lo cual la prevención de experiencias adversas y promoción de estudios debiese ser promovido a nivel universal y no solamente en grupos socioeconómicos más bajos (Houtepen et al., 2020).

Relación de pareja: Como describe Herman (1997), quienes sobreviven a un trauma pueden sentir una necesidad imperiosa de cuidado y desarrollar patrones de relaciones intensas e inestables que repiten los patrones asociados con una victimización previa. A menudo, los hábitos inconscientes de obediencia hacen a la persona vulnerable a las personas con poder o autoridad y pueden dificultar el establecimiento de límites seguros y apropiados con los demás. Como se mencionó previamente, es importante tener en cuenta este patrón debido a la posibilidad de que las experiencias adversas en la infancia aumenten el riesgo de revictimización en la edad adulta (Berman, 2017, p. 18), así como la repetición de conductas o estilos de afrontamiento.

Violencia doméstica: Desde la perspectiva de las relaciones de pareja, no es inusual que las víctimas de abuso reporten problemas en sus relaciones de pareja, trastornos en el funcionamiento sexual y dificultades en el rol parental (DiLillo, 2001, en Berman, 2017, p.18). En diversos estudios hay coincidencia en que la mayoría de las personas que ha reportado adversidades, puede presentar una tendencia de la violencia doméstica y los conflictos familiares en todas las clases sociales, como la violencia de pareja en adultos, la violencia doméstica por parte de la pareja, el divorcio/conflicto familiar y la violencia doméstica (Dierkhising et al., 2019; Grasso et al., 2016; Ho et al., 2020; Keane et al., 2016; Witt et al., 2016, en Haahr-Pedersen, Hyland, Hansen, Perera, Spitz, Bramsen & Vallières, 2021,

p. 7). Si bien, las experiencias adversas en la infancia con consideradas un factor de riesgo para la violencia intrafamiliar y en la relación de pareja, no son determinantes, para lo cual resulta relevante indagar en elementos de género, factores e historias individuales, manejo del estrés y conflictos, así como también, elementos contextuales en la adultez que pudiesen actuar como mediadores del estrés (Hammet, Karney & Bradbury, 2020), cuidando el no justificar las conductas que lleva a cabo la persona ante este estrés.

Intentos suicidas: Respecto a ideación e intentos suicidas, la adversidad acumulada produjo resultados negativos más altos. Por ejemplo, en más de un estudio se ha observado que los individuos que informan al menos 5 experiencias adversas tempranas tenían 10 veces más probabilidades de informar antecedentes de un intento y/o ideación suicida (Dube, 2001, en Berman, 2017, p. 6). Importante considerar como experiencias adversas específicas que se correlacionan fuertemente con ideación y conductas suicidas, el abuso sexual, abuso psicológico y negligencia emocional (Reinosa, Castillo, Sanchez & Placencio, 2023).

Evitación: Ante el estrés pueden manifestarse comportamientos básicos de defensa, como confrontar, congelarse o huir (Fonseca et al., 2023, p.158). En consideración de un posible trauma, suelen evidenciarse conductas de tipo evitativo, tanto respecto a objetos y situaciones que se relacionen con los eventos, manteniendo, a través de la evitación así una serie de miedos y ansiedades (El-Mosri, Rodríguez & Santander, 2020, p.58). Estas conductas desadaptativas asociadas a la evitación o intento de evitación, suelen anclarse en distorsiones cognitivas que favorecen el mantenimiento de miedos, ansiedades o un posible trauma (Berman, 2017, p. 20). Una consideración relevante a esta forma de enfrentamiento es que las personas con un trauma presentan puntuaciones más altas en rumiación y evitación, mientras que quienes habían estado

expuestos a adversidad sin configurar un trauma presentan puntuaciones más altas en atención plena y observación, indicando la atención plena como factor protector ante el trauma, a diferencia de la rumiación y la evitación (Ouhmad, El-Hage & Combalbert, 2023).

Factor de género: En relación con estas tendencias conductuales, si bien, el género no constituye un determinante de cómo las personas responderán a las experiencias de adversidad infantil, el género sí ha sido visto como una variable influyente. Esto, partiendo de que pareciera que hombres y mujeres reportan distintas adversidades, siendo de mayor prevalencia en mujeres las experiencias de abuso sexual y bullying, y en hombres, mayor abuso físico y violencia comunitaria; en ambos serían reportadas experiencias de negligencia u omisión de cuidados, siendo las adversidades más extendidas en la población (Dorado& Carbajal, 2023). A su vez, el género podría ser un factor influyente en el tipo de consecuencias reportadas, donde hombres tenderían principalmente a conductas externalizantes, mientras que las mujeres, tendrían una mayor tendencia a las conductas internalizantes (Dorado & Carbajal, 2023). En relación con esto, las mujeres son más propensas a respaldar tasas más altas de resultados negativos de síntomas de TEPT y depresión que los hombres (p. ej., Breslau, 2002; Frans, Rimmo, Aberg y Fredrikson, 2005; Tolin y Foa, 2006, en Berman, 2017, p. 8). Respecto a las relaciones de pareja y violencia, las experiencias adversas tempranas son menos directas en hombres que en mujeres, siendo en el caso de los hombres mediadas por situaciones de estrés financiero, experiencias de discriminación y nivel de estrés percibido en el presente. Las mujeres, por otro lado, dan cuenta de un efecto más directo de las experiencias tempranas adversas sobre la violencia en la pareja, lo cual sería adquirido por *modeling* en la infancia y mantenido a través de actos de *reinforcement* (Hammet, Karney & Bradbury, 2020). Como una consideración importante a analizar, el género de

la “victima” no sería el determinante de la agresión, sino que es importante evidenciar de qué forma, tanto cultura como contexto social favorecen y legitiman estas conductas y experiencias. De esta forma, la significación que se entregue al género tanto desde la persona como su ambiente, son una consideración ambiental y cultural relevante a la hora de analizar las consecuencias de la agresión.

Experiencias positivas en la infancia: Ante las problemáticas expuestas y posibles consecuencias en la adultez asociadas a la vulneración en la infancia, es importante tomar en consideración factores ambientales que pueden ser protectores y pueden prevenir el efecto de la adversidad. “En las relaciones de apoyo se encuentran experiencias en relaciones de seguridad, confidencia, consuelo, interés, credibilidad en sus capacidades, apoyo de la comunidad, sentido de pertenencia a entornos como escuela y familia, posibilidad de compartir sentimientos en momentos de estrés o dificultad... por otro lado, en los recursos enriquecedores, se encuentran las oportunidades de aprendizaje, acceso a vivienda y alimentación, tener un pasatiempo, un hogar seguro y rutinas predecibles, entre otros” (Fonseca, Fajardo, Gutierrez, Mogollón, Grau & Ortega, 2023, p. 154). Ahora bien, si hay alta gravedad y acumulación de experiencias adversas en la infancia, los factores protectores podrían no ser suficientes, por lo cual se enfatiza nuevamente la importancia de la prevención (Fonseca et al., 2023).

4- Paradigma Afectivo

Ya se ha hablado en los otros apartados sobre cómo distintos factores influyen y se ven afectados por posibles problemas en la regulación emocional asociada a las experiencias de adversidad infantil. Debido a esto, comenzaré introduciendo este concepto.

La autorregulación emocional nos permite comprender la forma en que procesos extrínsecos e intrínsecos son responsables de monitorear,

evaluar y modificar reacciones emocionales; especialmente, sus características de intensidad y temporalidad, para alcanzar metas personales (Pino & Arán, 2019, en Bagladi, Opazo, Schmidt, 2022, p. 163). La autorregulación emocional, no es solo la modulación de afectos disfóricos sino, también, la atención, comprensión y aceptación de las emociones; así como la capacidad de lograr objetivos, a pesar de experimentar un estado emocional displacentero (Bagladi, Opazo, Schmidt, 2022, p. 163).

Por lo tanto, la capacidad para la *regulación emocional adaptativa* se desarrolla durante la infancia y la edad adulta, y existe un amplio consenso respecto a su importancia para el funcionamiento adaptativo y la tolerancia al estrés a lo largo de la vida (Badour y Feldner, 2013; Naragon-Gainey et al., 2017). La *regulación emocional desadaptativa* puede volverse habitual con el tiempo, lo que resulta en una menor flexibilidad de afrontamiento y un ciclo de retroalimentación en el que las personas experimentan un grado aún mayor de angustia y no logran activar el afrontamiento adaptativo (Bonanno y Burton, 2013; Briere y Spinazzola, 2005; Lanius et al., 2010; Wilks, Korslund, Harned y Linehan, 2016; Williams et al., 2015 en Rudenstine, Espinosa, McGee & Routhier, 2018, p. 2).

Respecto a las experiencias de adversidad infantil se ha observado que hay una relación con la *desregulación emocional*, donde la desregulación emocional podría ser consecuencia, así como también mediadora de otras problemáticas. Por ejemplo, los adultos que sobreviven a la exposición infantil acumulada demuestran problemas significativos con la regulación de las emociones (Ford y Smith, 2008; Ford, Stockton, Kaltman y Green, 2006, en en Berman, 2017, p. 8), con intentos fallidos/desadaptativos de regular, como la evitación atencional o conductual, la sobreexcitación o el rechazo de las emociones negativas, la ansiedad, las conductas autodestructivas, las cogniciones desadaptativas,

las dificultades conductuales, la supresión emocional y/o las respuestas emocionales erráticas (Rudenstine, Espinosa, McGee & Routhier, 2018, p. 2).

Ya observábamos dentro de los factores cognitivos la influencia de los sesgos sobre la sintomatología afectiva, ya sea, ansiosa, depresiva, miedo o asociada a trauma. La producción de distorsiones cognitivas negativas se ha correlacionado positivamente con el uso de estrategias de regulación emocional desadaptativas, aumentando la vulnerabilidad de las personas. Los *factores ansioso-depresivos* tienen una relación significativa con las distorsiones cognitivas y las estrategias de regulación emocional, al caracterizarse el pensamiento distorsionado por un patrón de pensamiento rígido y carente de objetividad (Ouhmad, El-Hage & Combalbert, 2023, p. 71). A esto habría que sumarle que la adversidad infantil se suele correlacionar positivamente con el *estrés crónico*, teniendo mayor probabilidad de experimentar niveles más altos de disfunción emocional (Kalia, Knauf & Hayatbini, 2021). Así mismo, es posible dar cuenta que la desregulación biológica del sistema de estrés podría no solo favorecer sintomatología del estado del ánimo, sino que también traumático y problemas en el funcionamiento social.

Al asociarse adversidad infantil y el abuso con problemas en los procesos de autorregulación, se pueden crear disfunciones psicológicas a largo plazo que pueden incluir *alteraciones del sentido de sí mismo, tolerancia a la frustración, afecto mal modulado, control de impulsos e inseguridad, y sentimientos incontrolables de miedo, ansiedad, rabia, pánico, ira y tristeza en cantidades desproporcionadas en respuesta incluso a eventos menores* (Horwitz, Spatz Widom, McLaughlin y White, 2001; McFarlane y de Girolamo, 1996, en Berman, 2017, p. 11). El trauma permea el curso fundamental del desarrollo humano debido a la disrupción de los *mecanismos neurobiológicos* asociados a la regulación del estrés en períodos

sensibles, la modulación del miedo y el procesamiento emocional (Sheridan y McLaughlin, 2016, en Fonseca et al., 2023).

De esta manera es que las estrategias adaptativas y no adaptativas de autorregulación emocional, dependiendo de la forma en que se sostengan en el tiempo, pueden influir en consecuencias durante la adultez, en los distintos ámbitos del funcionamiento humano.

Hay evidencia de que las experiencias de adversidad infantil se correlacionan con *alexitimia y dificultades en el desarrollo de la empatía y mentalización hacia la adultez* (Cerdeira & Almeida, 2023). En diversos estudios, se ha demostrado que la adversidad infantil tiene la correlación más fiable y estadísticamente significativa con la *alexitimia secundaria* (Frewen et al., 2008). Además, se observa una clara relación entre el número de adversidades y la gravedad de la alexitimia, lo que destaca el papel mediador de las experiencias tempranas con los cuidadores y las relaciones en el desarrollo emocional (Friedman, 2025). Evidenciar la alexitimia es de gran importancia debido a que en la medida que la persona tiene dificultades en la identificación emocional, es probable que tenga mayores dificultades para la expresión, comprensión y gestión emocional. Si bien, en un apoyo terapéutico enfocado a la reducción de la alexitimia se da un proceso minucioso sobre mentalización con un amplio espectro de emociones, sensaciones y sentimientos, a continuación, se limita la exploración a depresión, ansiedad y miedo, como reacciones afectivas asociadas a las experiencias de adversidad infantil.

Sintomatología depresiva en la adultez:

Las experiencias de adversidad infantil informadas retrospectivamente se asocian significativamente con síntomas depresivos en la edad adulta, lo cual concuerda con los hallazgos de estudios previos (Lowry, McInerney, Schmitz & Deschênes, 2022, p. 2373), viéndose reforzados y

agravando sus repercusiones tras “experimentar múltiples formas de abuso o disfunción familiar” (Chapman, Whitfield, Felitti, Dube, Edwards & Anda, 2004, p. 222).

En este aspecto, el *abuso emocional* mostró la relación más sólida con síntomas depresivos, tanto en hombres como en mujeres...Estos hallazgos corroboran investigaciones previas que documentan las consecuencias perjudiciales del abuso emocional (Roy, 1999) o psicológico (Ferguson y Dacey, 1997) en la salud mental (Chapman, Whitfield, Felitti, Dube, Edwards & Anda, 2004, p. 223). Además, es importante considerar que, el abuso emocional se combina típicamente con otras formas de abuso, lo que podría potenciar su impacto (Chapman, Whitfield, Felitti, Dube, Edwards & Anda, 2004, p. 223). Esto sugiere que el potencial depresógeno del maltrato infantil se extiende hasta bien entrada la edad adulta (Chapman, Whitfield, Felitti, Dube, Edwards & Anda, 2004, p. 223).

Además de esto, ya se ha visto en este escrito que los síntomas y/o funcionamiento depresivo, no debe ser visto únicamente como una consecuencia que experimenta pasivamente la persona con historia de adversidad infantil, sino que, al constituir el funcionamiento depresivo un mediador para consecuencias negativas en la salud es que deben abordarse los mecanismos subyacentes que sostienen la depresión. Así, el tratamiento de la depresión presente en el paciente no solamente reduciría la sintomatología depresiva, sino que trataría o incluso, prevendría otro tipo de problemáticas asociadas y presentes a la vida de la persona.

Sintomatología ansiosa en la adultez:

Las experiencias adversas en la infancia se han visto que pueden influir de forma considerable en el mantenimiento o también en la aparición de la ansiedad durante la adultez.

Ya se habló previamente sobre cómo desde el entendimiento del sistema de estrés, la activación sobre el *eje HPA* y *sistema simpático* de forma

sostenida en el tiempo ante la adversidad ambiental, puede dar como consecuencia, desregulaciones en el mismo sistema y estructuras biológicas que favorecen la autorregulación emocional. Las consecuencias del estrés crónico pueden generar *estados de alerta desproporcionadas y/o constantes que propicien respuestas ansiosas ante posteriores desafíos en la vida*.

A su vez, se ha hablado de la importancia de las respuestas que genere el entorno, las *figuras de apoyo y cuidadores* a las necesidades del niño. Respecto a esto, un factor importante para el desarrollo de patrones ansiosos en la adultez es el tipo de vínculo que se sostiene con las figuras de apego en la infancia, donde una inconsistencia en la presencia de los cuidadores puede conducir a un procesamiento ansioso respecto a la proximidad, afectando la seguridad y la confianza. Estos patrones inseguros pueden sostener reacciones ansiosas hasta la adultez en las relaciones con otros y en la percepción de sí mismo.

Así como se ha visto respecto a la depresión, los *sesgos cognitivos y pensamientos negativos* pueden favorecer y reforzar el funcionamiento ansioso desde la niñez a la adultez, por lo cual es importante detenerse a ver los mecanismos subyacentes que ha formado la persona y que sostienen el estrés, la inseguridad, miedo y ansiedad.

De forma más específica, se ha observado que la exposición a experiencias adversas tempranas y ser mujer es un factor predisponente para un trastorno de ansiedad (Whitaker, Dearth-Wesley, Herman, Block, Holderness, Waring & Oakes, 2021). Así también se ha evaluado que las experiencias de adversidad infantil podrían predecir la ansiedad por la salud en la edad adulta... a medida que aumentaba el número de experiencias adversas en la infancia (Reiser, McMillan, Wright & Asmundson, 2014, p. 411).

La trayectoria desde las adversidades infantiles hasta la ansiedad en la edad adulta es compleja, por lo cual la atención a las variables mediadoras

identificadas en cada caso desempeña un papel importante a la hora de la comprensión e intervención.

Miedo:

Desde el funcionamiento cognitivo, las percepciones de amenaza, la noción de trauma y respuestas desadaptativas, se observa el miedo como una emoción que se encuentra en relación con las experiencias adversas en la infancia.

Se ha sugerido en la investigación que la estructura patológica del miedo se alimenta de la *evitación conductual y cognitiva* que la persona hace frente a estímulos tanto percibidos como autogenerados. Estos estímulos son asociados a un *peligro* que puede ser desproporcionado, generando en la persona miedo y un comportamiento de evitación. Otra característica que mantiene el miedo son los *sesgos* en la codificación, interpretación y recuperación de la información que recibe, lo que impide al paciente disponer de nueva información que debilite la estructura del miedo (El-Mosri, Rodríguez & Santander, 2020, p. 57), lo cual vuelve a asociar el funcionamiento cognitivo, irracionalidad y sesgos con el funcionamiento afectivo y conductual.

Con relación a lo que serían las relaciones interpersonales, existe una correlación positiva moderada entre experiencias de adversidad y el *miedo a la cercanía*. Esto significa que las personas con variadas experiencias de adversidad infantil tienden a reportar situaciones avanzadas de miedo a la cercanía... El miedo a la cercanía representa la aprensión o ansiedad de una persona por acercarse emocionalmente a otros en las conexiones (Aggarwal & Dutt, 2024, p. 300).

Como se ha mencionado en los otros apartados, la correlación no indica causa. Si bien se sugiere una relación entre las experiencias adversas y el miedo a la cercanía, no significa inevitablemente que una cause directamente a la otra. Otros factores, como diferencias individuales, el impacto biológico, alexitimia, mecanismos de gestión y el apoyo social, también pueden influir en el miedo a

la cercanía, pudiendo las personas que han sufrido traumas o adversidades durante la infancia trasladar esta experiencia a sus conexiones adultas, lo que genera miedos exagerados o dificultades con la cercanía (Aggarwal & Dutt, 2024, p. 300).

4- Paradigma Sistémico

Aapego

El apego se compone de 3 elementos: las conductas de apego, las *representaciones mentales* y los *afectos* generados a partir de los 2 anteriores (Bagladi, Opazo, Schmidt, 2022, p. 165). Este cumple una doble función, por un lado, ser una base desde la cual explorar y un refugio al que volver ante situaciones de estrés (Bagladi, Opazo, Schmidt, 2022, p. 165), partiendo de la base de que este es un mecanismo adaptativo/evolutivo, lo cual supone que los bebés están predispuestos a desarrollar relaciones estrechas con su cuidador principal con el objetivo de aumentar sus posibilidades de supervivencia (Bowlby, 1982, en Howard, Gwenzi, Taylor & Wilke, 2023, p. 810).

De esta forma, el cuidado atento y constante genera representaciones que indican que los cuidadores están disponibles brindando contención en momentos de angustia (Bowlby, 1973) favoreciendo así un **apego seguro**. Por otro lado, la presencia de cuidadores inconsistentes implica una representación de los adultos como poco confiables, generando en su consecuencia un **apego inseguro** (Howard, Gwenzi, Taylor & Wilke, 2023).

Estas representaciones internas guían a los bebés en futuras interacciones de apego y también se generalizan a nuevas relaciones con el tiempo (Bowlby, 1988, en Howard, Gwenzi, Taylor & Wilke, 2023, p. 810), favoreciendo que el sujeto pueda establecer futuras relaciones interpersonales, afectivas, funcionales y adecuadas, asegurando un desarrollo de personalidad equilibrado (Bagladi, Opazo, Schmidt, 2022, p. 165). De esto se entiende que estos patrones de apego, formados a partir de

las representaciones internas en la primera infancia, persisten hasta la edad adulta (Bowlby, 1973, en Howard, Gwenzi, Taylor & Wilke, 2023, p. 810).

Aapego en adultos

El apego en la edad adulta suele conceptualizarse como estilos de apego, los cuales pueden ser entendidos como un “*patrón sistemático sobre las expectativas de las relaciones, las emociones y los comportamientos, desarrollado como resultado del modelo de funcionamiento interno*” (Mikulincer y Shaver, 2012 en Howard, Gwenzi, Taylor & Wilke, 2023, p. 810).

Estos estilos de apego consisten en:

- Aapego seguro: Niveles bajos de ansiedad por apego o de evitación del apego indicarían un apego seguro (Howard, Gwenzi, Taylor & Wilke, 2023, pag 811). En este estilo de apego, los cuidadores presentan respuestas ante la angustia del hijo, brindando consuelo y seguridad, favoreciendo que el niño pueda expresar las emociones displacenteras ya que recibirá consuelo. Así mismo, el niño mantiene el contacto con el adulto hasta sentir seguridad (Glass, 2021).
- Aapego inseguro: El apego inseguro se desarrolla cuando un cuidador responde a las necesidades de un bebé de manera deficiente e inconsistente (Glass, 2021, p. 5). Tener altos niveles de ansiedad por apego o de evitación del apego sugeriría un estilo de apego inseguro (Howard, Gwenzi, Taylor & Wilke, 2023, pag 811). Es predecible y coherente pese a su disfuncionalidad.
- Aapego ansioso/ambivalente: Los cuidadores serían inconsistentes en la manera de aproximarse a las necesidades del niño, con mayor tendencia a prestar atención a las expresiones de emoción displacentera, lo cual favorecería que los niños demuestren de forma exagerada las emociones displacenteras y/o muestren resistencias hacia el cuidador, de tal manera de atraer la atención en búsqueda de contención (Glass, 2021). Personas con este estilo de apego, presentan mayor sensibilidad a las amenazas percibidas en las relaciones y búsqueda activa de proximidad para aumentar la cercanía. (Howard, Gwenzi, Taylor & Wilke, 2023, pag 811).
- Aapego evitativo: Es entendido como una tendencia a la evitación de la cercanía emocional, así como a tener dificultades para la construcción de vínculos

profundos. Los cuidadores de forma consistente tienen preferencia por las “emociones positivas” y responden a las necesidades del infante y emociones displacenteras con distancia, ignorando, con ridiculizaciones o irritabilidad, lo cual en consecuencia genera en el niño que evite al cuidador y, minimice y enmascare sus reacciones de estrés al estar presente el adulto (Glass, 2021).

- Aapego desorganizado: ausencia de una estrategia coherente de afrontamiento, Se muestran comportamientos contradictorios, confusos o desorientados ante situaciones de estrés. La figura de apego es vista como figura de consuelo y también amenazante. Los cuidadores pueden tener reacciones atípicas o inusuales ante las necesidades del niño, como miedo, disociación, sexualización, maltrato, entre otras, generando una respuesta de confusión en el niño (Glass, 2021).

Aapego y Experiencias de Adversidad Infantil

Existe consenso dentro de la literatura que afirma que la exposición a experiencias de adversidad infantil puede afectar negativamente la formación de las representaciones de apego, asociándose estas experiencias con patrones de tipo inseguro, los cuales se sostienen hasta la adultez (Eruyar, Yilmaz, & Vostanis, 2023) y, también en algunos casos, dependiendo del tipo de experiencia podría formarse un tipo de apego desorganizado en la persona (Glass, 2021). Si bien, respecto a la formación del estilo de apego en el niño, no solo influye la responsabilidad del ambiente, sino que también factores temperamentales, hay coincidencia en la investigación de que con la vivencia de un tipo de experiencia adversa en la infancia es muy probable desarrollar un estilo de apego inseguro hacia la adultez (Glass, 2021). En la línea de las formaciones y fortalecimiento de un apego inseguro, se ha revelado una relación significativa entre el abuso y la negligencia emocional en la infancia y el apego inseguro en la edad adulta (Kim et al., 2021). Las personas que sufrieron abuso o negligencia emocional por parte de sus cuidadores primarios durante sus primeros años a menudo muestran un mayor miedo a ser abandonadas o rechazadas en su vida adulta. Esto puede resultar en una preocupación excesiva por las relaciones cercanas

o en dificultades para establecer confianza (Eruyar, Yılmaz, & Vostanis, 2023, p. 321).

En la investigación y literatura orientada a la asociación entre apego y experiencias adversas tempranas, si bien hay consenso en la relación entre formaciones de apego inseguro hacia la adultez a partir de la vivencia de la adversidad, se ha investigado de forma más específica, qué tipo de experiencias podrían generar en consecuencias tendencias evitativas o bien, ansiosas/ambivalentes.

Ya desde las definiciones de apego mencionadas anteriormente, se suele asociar ambivalencia y ansiedad dentro de relaciones donde los cuidadores mantenían patrones de cuidado inconsistentes, donde la ansiedad y ambivalencia actúan como un mecanismo del niño para llamar la atención del adulto. Ahora bien, respecto a las experiencias de adversidad, la negligencia, abuso y maltrato están fuertemente asociadas con el desarrollo de un apego ambivalente, así también, el divorcio en padres, mala calidad de relación entre ellos, psicopatología en los padres, los cuales se han relacionado positivamente con la ansiedad de evitación del apego en la adultez (Glass, 2021).

Además de un apego inseguro, todos los tipos de experiencias de adversidad infantil pueden generar un apego desorganizado, sin embargo, habría tipos de adversidades que podrían generar mayor predisposición a este tipo de organización, por ejemplo, en los casos de maltrato y negligencia infantil de carácter emocional, físico y sexual. Esto bajo la teoría y observación de casos donde los padres/cuidadores serían tanto la fuente de peligro y abuso, así como también la de protección, cuidado y seguridad, generando en el niño una “paradoja”, donde el conflicto puede resultar irresoluble, quedándose sin estrategias consistentes o predecibles para enfrentar (Glass, 2021). A su vez, además de la gravedad de las experiencias vividas, la cantidad de experiencias adversas tempranas se ha visto que puede repercutir en un aumento de la probabilidad de

respuestas desorganizadas (Murphy, Steele, Dube, Bate, Bonuck, Meissner, Goldman & Steele, 2014).

Apegos inseguros como mediadores de consecuencias en adultez:

Dentro de los actuales estudios, no solamente se ha evaluado el tipo de apegos que pueden formarse en base a las experiencias adversas en la infancia, sino que también, se ha estudiado de qué forma los apegos pueden generar un efecto mediador en el desarrollo de las personas, pudiendo aumentar las consecuencias negativas de las experiencias adversas tempranas durante la adultez.

La evidencia a partir de distintas investigaciones y estudios sugiere una relación significativa entre estilo de apego inseguro y problemas de salud mental. Puntuaciones altas de apego inseguro (ansioso y evitativo) en adultos con este tipo de experiencias, son más propensos a presentar problemas de salud mental (Howard, Gwenzi, Taylor y Wilke, 2023), se presenta una mayor predisposición a la depresión mayor y los trastornos de ansiedad (Bifulco et al., 2006, en Eruyar, Yılmaz & Vostanis, 2023, p. 321), y también una mayor predisposición a comportamientos destructivos ante el conflicto, relaciones menos seguras, rasgos o trastornos de personalidad, por ejemplo ante casos de abuso, negligencia y/o maltrato (Glass, 2021).

En su conjunto, la ansiedad y la evitación del apego en la edad adulta dan cuenta de menor satisfacción consigo mismos, con sus relaciones y con su vida en general (Glass, 2021, p. 31), presentando los apegos ansiosos una correlación más fuerte con la percepción de problemas de salud mental y satisfacción vital, que los apegos evitativos. De esta forma, la ansiedad y la evitación como dimensiones del apego pueden desempeñar un papel importante y diferenciado en el bienestar de los adultos (Howard, Gwenzi, Taylor & Wilke, 2023).

Por otro lado, como se mencionó anteriormente en este apartado, los rasgos y

representaciones de apego desorganizado dan cuenta de relaciones entre padres e hijos donde predomina el miedo y la desorganización. La desorganización del apego puede predecir trastornos externalizantes, trastorno de estrés postraumático, disociación en la adolescencia y síntomas limítrofes en la adultez temprana (Murphy, Steele, Dube, Bate, Bonuck, Meissner, Goldman & Steele, 2014).

Cabe destacar que, si bien se ha propuesto en esta sección el análisis del vínculo de apego como objeto de análisis para la evaluación de las consecuencias en el funcionamiento en la vida adulta, el apego por sí solo, no sería el único mediador de estas consecuencias, ya que dentro del análisis del apego se ven involucradas de forma compleja las distintas áreas del funcionamiento (emocional, cognitivo, relacional, biológico, inconsciente y conductual), las cuales se ven nutridas de lo mencionado en los apartados anteriores. A partir de este análisis de la evidencia, no es posible establecer un vínculo directo entre cierto tipo de apego con las experiencias de adversidad vividas en la infancia, más que establecer correlaciones y probabilidades. A su vez, no podemos ver el apego como el único factor causante de las problemáticas en la adultez de quien vivió adversidad. En esta línea, es conveniente utilizar la información mencionada como un marco comprensivo, mas no cerrado de tal forma de no caer en la reducción tanto comprensiva como terapéutica. En este caso, el apego surge como un ángulo de comprensión e intervención transversal al funcionamiento actual de la persona. Dentro de este funcionamiento actual, encontramos la complejidad en que se ha integrado y psicofacturado la adversidad en el mundo de significados y significantes de la persona. Para poder analizar el apego inseguro desde una perspectiva dimensional compleja, distinta a la categorial, se sugiere la lectura del capítulo 18 “Psicoterapia Integrativa EIS y Apego” (Boye & Quintana, 2022) del libro “Manual de Psicoterapia Integrativa EIS” (Opazo, 2022),

capítulo en el cual el apego no solo se propone como una arista de comprensión, sino que como un eje transversal sobre el cual se pueden realizar intervenciones en el funcionamiento de la persona a partir de sus necesidades y problemáticas actuales.

Relaciones de pareja

Las experiencias estresantes o traumáticas en la infancia son una vía común hacia el deterioro social, cognitivo y emocional, lo que conlleva un mayor riesgo de comportamientos no saludables, violencia o revictimización, discapacidad, enfermedad y mortalidad prematura y, por lo tanto, pueden estar asociadas con la victimización y la perpetración de violencia en la relación de pareja, tanto en la adolescencia, adultez joven y parejas mayores (Navarro, R., Larrañaga, E., Yubero, S., & Víllora, 2022, p. 2).

Respecto a esta temática, las experiencias de adversidad infantil no tendrían una relación causal directa con la violencia en la relación de pareja. Los hallazgos actuales respaldan parcialmente la idea de que quienes experimentan experiencias adversas en la infancia viven perpetración o victimización de violencia en el noviazgo en la edad adulta. Si bien parece existir un vínculo entre las experiencias adversas en la infancia y la victimización y perpetración de violencia en el noviazgo, los mecanismos subyacentes de esta relación son complejos. Además, los resultados de estos estudios son en gran medida correlacionales más que causales. En otras palabras, se desconoce si experimentar abuso en la infancia aumenta la probabilidad de sufrir violencia en el noviazgo en la edad adulta o, más bien, si quienes experimentan abuso físico en la infancia también son más propensos a experimentar diversos factores de riesgo que aumentan su probabilidad de ser víctimas o perpetradores de violencia en las relaciones de pareja (Navarro, R., Larrañaga, E., Yubero, S., & Víllora, 2022, p. 2).

A partir de esto, es que se enfatiza el trabajo y comprensión dimensionales más que causal o

categorial, ya que los patrones en la relación de pareja no van determinados solo por las experiencias de infancia, sino que, por patrones de comportamiento, creencias, valores, sentimientos/emociones, factores de estrés presentes y pasados, etc.

Transgeneracionalidad:

Las experiencias de adversidad infantil tienen el potencial de generar modificaciones en la expresión de los genes y en los sistemas neurobiológicos, creando importantes disparidades en el desarrollo y en las bases de la calidad de la salud y la productividad futura (Fonseca et al. 2023, p.152) lo cual, sumado al aprendizaje de conductas, actitudes, apegos, valores de crianza, aumentan la probabilidad de transmisión intergeneracional de la adversidad. Se deben considerar las experiencias adversas de los padres, ya que podrían afectar su disponibilidad emocional, así como su relación de apego con sus hijos y, por consiguiente, sus prácticas parentales negativas. Un estudio con 186 madres y sus hijos adultos mostró que, entre las diversas formas de maltrato sufridas por las madres durante su infancia, la negligencia física fue la que mostró, de forma consistente, la mayor conexión con sus problemas de regulación emocional, patrones de apego y la probabilidad de maltrato en la generación posterior (Langevin, Gagné, Brassard y Fernet, 2023). Por lo tanto, el historial de maltrato y adversidad vivida por los padres puede constituir un factor de riesgo para las experiencias adversas de los hijos y la consecuente formación de un apego inseguro en ellos (Eruyar, Yılmaz & Vostanis, 2023). Esto abre la posibilidad de entender que las consecuencias de las experiencias de adversidad pueden perpetuarse a través de las generaciones en caso de no verse fortalecidas las experiencias positivas infantiles o factores de protección social que pudiesen romper el ciclo de transmisión intergeneracional de la adversidad (Fonseca et al., 2023, p.154).

En esta línea, si hablamos en términos de apego, los padres traerían consigo un conjunto de creencias, mecanismos de regulación emocional, formas de actuar y vincular con otros, que transmiten en el vínculo homeostático con los hijos. Las relaciones que se establecieron con los cuidadores se pueden volver a replicar inconscientemente con los hijos.

Importancia de las relaciones seguras:

La formación de las redes modulatorias del sistema de estrés, modulación del miedo y sistema de apego, tienen como requisito indispensable el soporte social, tomando relevancia la consideración de factores compensatorios protectores y amortiguadores de las consecuencias de la adversidad, actuando como una piedra angular las relaciones de apego seguro, donde se favorece la regulación del sistema de estrés, así como puede repercutir en el tipo de vínculos y apegos en la adultez (Fonseca et al. 2023).

Las personas que han experimentado adversidades en la infancia, incluso aquellas expuestas a múltiples tipos de adversidad infantil, pueden avanzar hacia la salud mediante el establecimiento de vínculos sociales de apoyo (Dube et al., 2013). De hecho, entre adultos con una o más experiencias de adversidad temprana que reportaron tener tres o más familiares o amigos con quienes hablar sobre sus problemas o sentimientos emocionales eran menos propensos a reportar depresión y otros trastornos del ánimo, y más propensos a auto declarar una buena salud (Murphy, Steele, Dube, Bate, Bonuck, Meissner, Goldman & Steele, 2014).

Nuevamente vemos cómo dentro de los factores protectores, las redes de apoyo actúan no solo como amortiguadores de las consecuencias negativas de la adversidad, sino que, desde una visión positiva, actúan como promotores del bienestar humano y personal. El apego, de acuerdo con cómo ha sido descrito en este apartado, no habla solo de un determinado vínculo, sino que, de

un patrón aprendido e integrado de conductas, cogniciones y afectos, respecto de otro o bien, hacia uno mismo. Pese a posibles complicaciones e inseguridad con los padres, otras relaciones y espacios sociales a lo largo del curso vital pueden actuar como moduladoras de un apego seguro, favoreciendo así la transición de la desconfianza a la confianza, junto con una modificación de sus elementos asociados: regulación de mecanismos biológicos, gestión emocional, auto regulación conductual, enfrentamiento por sobre evitación, confianza en otros, uno mismo y el mundo, etc.

6- Paradigma Inconsciente:

Respecto a este apartado, podemos entenderlo como todos aquellos elementos, aspectos, dimensiones y procesos que se encuentran fuera de la conciencia de la persona, lo cual, de acuerdo con la investigación y análisis de Opazo (2017), no sería sinónimo de inconsciente reprimido, término controvertido y con menor influencia en los procesos psicológicos de lo que se le ha solidado atribuir desde la teoría psicoanalítica.

Apoyándonos de todo el contenido aportado en los apartados anteriores, podemos asociar a las experiencias de adversidad inconscientes, como todos aquellos procesos “no conscientes” asociados a la biología del estrés, el operar de estructuras corticales y subcorticales, creencias, pensamientos irracionales y distorsiones cognitivas, gatillantes internos o externos de conductas y/o emociones, formas en que operan experiencias pasadas sobre el presente, etc. El inconsciente se vuelve en este sentido una fuente de contenidos compleja, con varias dimensiones y ángulos, que abarca distintos niveles de profundidad y, por lo mismo, se vuelve accesible desde diversas vías conscientes, con la posibilidad de aumentar “awareness” integral, entendiendo este último concepto como una toma de conciencia integral sobre el funcionamiento de la persona, de acuerdo al modelo integrativo.

Esta perspectiva de inconsciente si bien compleja y multidimensional es un aporte para el análisis y desarrollo de intervención clínica ante experiencias de adversidad infantil, favoreciendo el “awareness” gradual desde los espacios de conciencia de la persona. “Por la acción de esquemas subyacentes no conscientes, se podrían generar y/o mantener múltiples desajustes psicológicos. Y el ganar awareness de esos esquemas, da la oportunidad para intentar modificarlos por diversas vías” (Opazo, 2017, p.404). Si nos aproximáramos solo con la intención de develar el contenido reprimido en experiencias con potencial traumático, se asume que, por ejemplo, el “recordar” en sí mismo generaría la mejora, o bien, se indagaría y pasaría sesiones en rumiaciones sin orientación clara, restringiendo en consecuencia la posibilidad de intervención desde el presente malestar de la persona, mucho más versátil y conducente al cambio y bienestar.

Con esto, no me refiero a que no deban abordarse los recuerdos o profundizar en el inconsciente, por el contrario, muchas veces será útil abordarlos, lo que pudiese ser contraproducente es orientarse en la búsqueda de contenidos perdiendo de vista las consecuencias que tiene esa experiencia y posible recuerdo sobre el presente, momento donde puede abrirse la conciencia y apertura al cambio. Esto implica, no asumir que la prioridad a tratar en, por ejemplo, una experiencia traumática es el inconsciente reprimido, sino que, cómo la persona vive y experimenta este funcionamiento traumático hoy. En respuesta, podemos apoyarnos de los relatos y el contenido de la vida del paciente para identificar su mundo de significados, así como también, para apoyarnos en la terapia de significados terapéuticamente efectivos, respetando la idiosincrasia de sus experiencias para darle un sentido personal a su proceso terapéutico hoy.

Las experiencias traumáticas son elementos fundamentales para tener en cuenta al momento de trabajar con niños/as y adultos. Cuando existe un trauma temprano, la inmadurez del hipocampo

y el impacto del estrés, favorecen que el recuerdo explícito quede deteriorado; pero no ocurre lo mismo, con el recuerdo emocional inconsciente, que queda reforzado por acción de la amígdala (E. Dio Bleichmar, 2013, en Bagladi, Opazo, Schmidt, 2022, p. 189).

Entendemos por trauma psíquico, “aquel o aquellos acontecimientos -Que pueden ser sucesivos, acumulativos, o diferidos en el tiempo, y articulados por una significación personal y/o simbólica de los mismos- que desbordan la capacidad del sujeto para poder procesarlos psicológicamente” (M. V. Jimeno, 2015, p. 79). Es decir, el niño/a no logra comprender, simbolizar o dar un sentido a la experiencia; con lo que pierde la capacidad de controlar su entorno y protegerse del mismo (Bagladi, Opazo, Schmidt, 2022, p. 189).

Dentro de la infancia sería esperable que aparezcan mecanismos de defensa más inmaduros, sin embargo, en el caso de experiencias de tipo traumático que generan un trauma psíquico en la persona, estos mecanismos de defensa podrían extenderse hacia la adultez, generando problemáticas a través de experiencias y conductas desadaptativas en las personas, lo cual puede llevarlos a experimentar sufrimiento e incluso revivir y reforzar de forma inconsciente los mecanismos asociados a las experiencias de tipo traumático.

A través de la literatura actual, como se ha visto a lo largo de este ensayo, se han estudiado y evaluado las consecuencias que pueden surgir a partir de las experiencias de adversidad infantil, no limitándose solamente a la infancia, sino que pudiendo extenderse sus repercusiones hasta la adultez, habiendo un consenso en la existencia de posibles respuestas desadaptativas en la adultez de este tipo de personas.

En este apartado, con respuestas desadaptativas no refiero a respuestas buenas o malas, sino que, respecto al malestar psíquico y mecanismos de defensa desplegados para el resguardo interno de la persona. Los mecanismos de defensa los entendemos como “un proceso

psicológico o automático, que protege al individuo de la ansiedad, y de la conciencia de amenazas o peligros externos o internos. Los mecanismos de defensa mediatizan la reacción del individuo ante los conflictos emocionales y ante las amenazas externas” (Romero, 2013, p.64 en Bagladi, Opazo, Schmidt, 2022, p. 188).

Los mecanismos de defensa pueden permanecer de forma inconsciente y automática operando en la persona, hasta el momento en que llega a terapia, donde dentro del relato es posible observar el operar inconsciente que devela el posible trauma psíquico, los mecanismos de defensa inmaduros y/o la desorganización en el pensamiento. Respecto a las experiencias de adversidad tempranas se ha observado que a medida que aumenta el número de este tipo de experiencias en la persona, esta se vuelve más vulnerable a respuestas de tipo desorganizado (Murphy, Steele, Dube, Bate, Bonuck, Meissner, Goldman & Steele, 2014). Esto habla de una vulnerabilidad psíquica y relacional, que es importante que sea entendido como diferente a causalidad, de tal forma de no caer en la estigmatización.

En esta línea, asume gran relevancia la *idiosincrasia* y *observación clínica*, ya que desde ahí es donde surgen los hallazgos relevantes, más que en la definición a priori del funcionamiento de la víctima de adversidad infantil. Es en la articulación discursiva donde se genera la apertura al mundo de significados del paciente respecto a sus experiencias de vida, así como también se devela el operar inconsciente además del discurso consciente.

Por ejemplo, al hablar de una posible pérdida o trauma, al mencionar categorías asociadas a adversidad infantil, los adultos pueden indicar fallas en el control del habla o el razonamiento, se pueden develar contradicciones en el discurso, sesgos y síntomas emocionales, los cuales pueden ser indicadores del malestar psíquico presente. Más allá del discurso consciente que transmite la persona, es posible sorprender al inconsciente y

dar cuenta de los procesos internos del individuo al hablar de sus experiencias de infancia y apego (Murphy, Steele, Dube, Bate, Bonuck, Meissner, Goldman & Steele, 2014). Esto obviamente resguardando los límites del paciente de tal forma de comprender su funcionamiento, pero no revictimizándolo.

Si bien, en este apartado, ya mencionaba la relevancia de la idiosincrasia y de no estigmatizar el funcionamiento de la persona que experimentó adversidad infantil, si considero de interés compartir la forma en que se han estudiado y vinculado las variables de adversidad infantil y mecanismos de defensa en la adultez, con el objetivo de que sirvan para el análisis clínico y para generar orientaciones respecto a la intervención.

Como ya mencionaba, la alta exposición a adversidad es asociada con mayores niveles de malestar psicológico, evidenciando síntomas psicopatológicos como sintomatología ansiosa, depresiva, de estrés postraumático, mayor nivel de somatización y desorganización del funcionamiento, respecto a lo cual se ha estudiado la influencia mediadora que pueden ejercer los *mecanismos de defensa* sobre estas consecuencias.

En primer lugar, respecto a la asociación entre *mecanismos de defensa inmaduros* y el historial de abuso de la infancia, se ha generado debate y dificultades en el consenso, esto debido a que el historial de abuso si bien puede predisponer a la persona a una vulnerabilidad de su funcionamiento, que implique el fortalecimiento de mecanismos de defensa inmaduros (Ferrajão, Batista, Rocha & Elkli, 2024), no es posible establecer una relación directa entre mecanismos de defensa inmaduros a partir del historial de adversidad en la infancia, debido a que, tanto en la formación de los estilos de apego, así como de los mecanismos de defensa en el desarrollo hacia la adultez, asumen gran relevancia otros factores psicosociales que pueden ayudar a la maduración de estos mecanismos (Nickel & Egle, 2006).

Ahora bien, entendiendo que las personas que vivieron adversidad infantil no necesariamente vivirán su adultez con mecanismos de defensa inmaduros, resulta interesante ver cómo aquellas que sí desarrollan mecanismos más inmaduros, estos ejercen un efecto mediador en los mecanismos de afrontamiento que despliegan posteriormente en la adultez.

El aumento en el uso de mecanismos de defensa inmaduros, se asocian con estilos de afrontamiento que aumentan la gravedad de los síntomas (Ferrajão, Batista, Rocha & Elkli, 2024). Respecto a esto, mecanismos de defensa inmaduros en conjunto con fallas en estilos de afrontamiento, por ejemplo, racional y emocional, serían posibles mediadores entre adversidad infantil y la gravedad de la sintomatología en la adultez, ya sea de TEPT u otros. Mecanismos de enfrentamiento de desapego ("detachment coping") respecto a la situación conflictiva y traumática, podrían en cierta medida ser protectores para el afrontamiento (Ferrajão, Batista, Rocha & Elkli, 2024). Se recalca en este último punto, la priorización de la toma de perspectiva, distancia y puesta de límites respecto a la situación traumática, lo cual favorece la disminución de la respuesta afectiva de estrés y angustia en la persona. Esto dentro de parámetros seguros, ya que un exceso de este mecanismo podría generar dificultades en el procesamiento emocional.

Todo esto en su conjunto, da cuenta de que ocurren una cadena de efectos internos, los cuales al influirse unos a otros, pueden establecerse como mediadores para la formación de los síntomas problemáticos, más que como una causalidad directa.

Además de esto, no hay que ignorar que como terapeutas nos encontramos expuestos al relato de experiencias traumáticas que pueden generar como consecuencia el *trauma vicario*. Esta mediación de los mecanismos de defensa y los mecanismos de afrontamiento, entre las experiencias de adversidad temprana y las

consecuencias sintomáticas, aplicaría también para psicólogos/as (Nafziger, Stewart, 2022) por lo cual es de relevancia el autocuidado y autoconocimiento respecto a estos mecanismos internos que se encuentran operantes al momento de trabajar con víctimas de abuso y violencia, ya que a través del relato de la otra persona, el terapeuta podría activar estos mecanismos de defensa que, en caso de mantenerse inconscientes, podrían intervenir e influir en el proceso terapéutico.

Tanto para pacientes como para terapeutas, asume entonces una gran relevancia la identificación de mecanismos de defensa para favorecer la maduración de mecanismos de defensa, así como también, el reconocimiento de los mecanismos de afrontamiento que pudiesen ser disruptivos y perjudiciales para la salud y bienestar. En la medida en que estos se van identificando, se va enfrentando el conflicto intrapsíquico desde el presente. A su vez, se recalca la importancia de considerar los factores protectores y experiencias positivas/satisfactorias que pueden ayudar a mitigar, a compensar o incluso, contrarrestar el impacto negativo de las experiencias de adversidad (Nickel & Egle, 2006).

Podemos entonces concluir, que el inconsciente es mucho más amplio y abarcativo que el inconsciente reprimido de la persona. Resulta este punto de interés ya que muchas veces al identificar un potencial trauma, se generan esfuerzos hacia iluminar lo reprimido, cuando en realidad, hay elementos inconscientes más cercanos a la conciencia que pueden ayudar a ir potenciando cambios en el presente, de forma gradual hacia posibles áreas más profundas o complejas. “La conducta no puede ser comprendida sin tomar en cuenta la experiencia consciente, y esa experiencia consciente no puede ser comprendida en plenitud sin tomar en consideración procesos psicológicos inconscientes” (Shevrin y Dickman, 1980, p.432, en Opazo, 2017, p.402).

Discusión

Experiencias de adversidad infantil y sus consecuencias en la adultez: Articulación desde el Enfoque Integrativo EIS

A lo largo de este escrito se ha analizado el funcionamiento adulto de las personas que han vivido Experiencias Adversas en la Infancia (EAI). A lo largo de la literatura se ha observado que estas experiencias pueden traer consecuencias negativas a la salud física y mental de las personas que las experimentan. Estas consecuencias, tendrían incluso la gravedad de extenderse hasta la adultez, por lo cual, serían consecuencias a la salud y bienestar que se sostienen y pueden empeorar a lo largo de los años. Entendiendo que la mayoría de la población ha vivido al menos una experiencia de adversidad en la infancia, ya que no solo se considera el abuso o violencia, sino que también, disfunciones en el hogar, surge entonces la duda respecto a qué tan extendidas y generalizables son estas consecuencias en la población.

Muchos adultos recurren a la consulta clínica reportando experiencias de este tipo, pero no todos viven las mismas consecuencias, no presentan el mismo funcionamiento ni tampoco sostienen un mismo relato respecto a las experiencias vividas. Aquí nos encontramos con un problema de relevancia clínica, donde las experiencias no pueden ser analizadas de forma estereotipada ni generalizada, ya que eso implicaría una simplificación del fenómeno, además de una falta de atención a la experiencia del sujeto particular e idiosincrática.

¿Cómo abordar entonces esta temática tan recurrente en la población y tan recurrente en las consultas? La respuesta parece resonar con la muletilla psicológica... “depende”. A lo largo de la investigación existe un acuerdo en que las experiencias de adversidad tempranas pueden relacionarse con problemas a la salud mental y física, asociados por ejemplo con depresión, ansiedad, mayor propensión a TEPT, conductas de

consumo problemático, trastornos y rasgos de personalidad, ideación e intentos suicidas. Sin embargo, correlación no implica causa, por lo cual, las investigaciones han ido dando cuenta de los mediadores que influyen en la relación entre experiencias adversas y estos problemas de salud en la adultez, siendo enfática en la importancia de los factores protectores, en la posibilidad de cambio, en la modificación de un apego inseguro a uno seguro y, que no toda experiencia de adversidad implica un posible trauma o trastorno.

Desde el Enfoque Integrativo Supraparadigmático (EIS), es posible hacer una lectura ordenada y consciente de estos mediadores que pueden repercutir en consecuencias negativas en la adultez, ya que es posible visualizar distintos factores influyentes en el funcionamiento de la persona desde distintas aristas. De esta forma, dentro de factores influyentes y mediadores que vinculan la adversidad con las consecuencias negativas asociadas son: desde el paradigma biológico, la activación y desregulación del eje HPA y simpático, con repercusiones en el desarrollo de las estructuras cerebrales; en el paradigma cognitivo, actuarían como mediadores flexibilidad, creencias irrationales, distorsiones y sesgos cognitivos asociados a depresión y trauma; en el paradigma ambiental-conductual, influyen los recursos, redes de apoyo, responsividad del ambiente y comunidad, además de la forma en que son procesadas las conductas disfuncionales/perjudiciales del entorno, incluyendo además factores de género; en el paradigma afectivo, podemos identificar como central el rol de la autorregulación emocional como mediadora, ya que las fallas en esta puede impulsar aumento de sintomatología y a su vez, favorecer el uso de mecanismos poco efectivos para la salud de la persona; desde el paradigma sistémico, es posible identificar como mediadores entre experiencias adversas y sus consecuencias negativas, los modelos de apego y mentalización, siendo acá relevantes las representaciones que el

sujeto genera respecto a sí mismo y su entorno, pudiendo favorecer, tanto una adaptación adecuada y confianza, como también desconfianza, miedo, ansiedad, aislamiento e inseguridad, siendo estas emociones y creencias factores que pueden desplegarse en las relaciones interpersonales durante la adultez; Por último, desde el paradigma inconsciente, vemos que como factores mediadores se encuentran los mecanismos de defensa, que, si en la medida que el sujeto se va desarrollando y creciendo, no van madurando, esta inmadurez en los mecanismos inconscientes puede ser perjudicial durante la adultez, favoreciendo la posibilidad de desarrollar algún trastorno del ánimo, la mantención de un posible trauma, el despliegue de mecanismos de afrontamiento disfuncionales/desadaptativos, entre otros.

Esta visión no ve las experiencias de adversidad infantil como causa directa de psicopatología, lo cual se ve respaldado desde la comprensión del Enfoque Integrativo Supraparadigmático (EIS), el cual cuestiona la comprensión reduccionista y causal (lineal, circular y errática) que algunos enfoques aplican para la comprensión de fenómenos que en realidad son tanto complejos como simples. “Una causa es un hecho específico precedente, capaz de contribuir a la producción de un hecho específico consecuente” (Opazo, 2017, p. 209) y, “es probable que – en la dinámica psicológica- operen diferentes modalidades causales. Pero cada modalidad adquirirá prioridad según las circunstancias, según lo que esté en juego, etc.” (Opazo, 2017, p. 210), integrando tanto mecanismos simples como complejos.

Esta perspectiva c de la dinámica causal propuesta por el enfoque es de gran relevancia para la comprensión del fenómeno estudiado en este ensayo, ya que en cada apartado se mencionan mecanismos simples que en su interacción dan cuenta de una dinámica compleja, donde no es posible establecer una causalidad directa entre adversidad en la infancia con las

problemáticas futuras. Dos personas que han vivido adversidad la experimentarán de forma subjetiva, tendrán distintos factores protectores y de riesgo, mediadores, internos y externos que dan cuenta de una psicofacturación del estímulo idiosincrática. Esta psicofacturación, si bien idiosincrática, funciona bajo márgenes nomotéticos de la experiencia y funcionamiento humano, lo cual favorece una comprensión dimensional más adecuada a la persona.

Esta comprensión dimensional no conforme con el eclecticismo propone un sistema ordenado, estructurado y coherente del funcionamiento humano, favoreciendo la visualización del sujeto y mundo significado, desde distintos núcleos interconectados ampliando la comprensión sin caer en un reduccionismo teórico. Como menciona Opazo (2017) “Biología, cogniciones, dinámicas inconscientes, despliegues conductuales, etc., se tornan incompatibles por la forma en que son encapsulados al interior de las reduccionistas teorías de origen; sin embargo, se tornan conectados y en perfectamente compatibles...al interior del funcionamiento habitual de cada ser humano (Opazo, 2017, p. 215). Enfoque que permite tomar los fragmentos válidos de otros enfoques e investigación para relacionarlos en la comprensión de la dinámica humana, priorizando conocimiento científico por sobre arte, filosofía y preferencias personales (Opazo, 2017), lo cual impulsa intervenciones terapéuticas bajo estos mismos fundamentos.

Respecto a la temática de este ensayo, las intervenciones psicoterapéuticas pueden orientarse desde distintas áreas de funcionamiento a lo largo del desarrollo vital, tanto de forma temprana, como ya más avanzada. Como hemos visto, los mediadores de las consecuencias en la adultez actúan de forma interrelacionada dentro de un mismo sistema de influencias, que, como efecto de bola de nieve, en la medida que no se genera intervención ni se dispone de los recursos a favor de la salud, es posible que con el transcurso del tiempo esta termine creciendo y

repercutiendo de forma negativa en la adultez de la persona. Las consecuencias de la adversidad se evidenciarán en la evaluación integral presente de la persona, pudiéndose sanar este pasado, nuevamente, desde el presente.

Esta visión, favorece el entendimiento del fenómeno de las experiencias de adversidad infantil y sus repercusiones como un fenómeno complejo, con consecuencias y repercusiones variables, por lo cual, es relevante no caer en visiones generalizadas que puedan ser reduccionistas, como asumir que “todos” los desajustes psicológicos derivan de fallas en las dinámicas familiares, o bien “todos” los desajustes psicológicos derivan de malas predisposiciones genéticas, o bien que “todos” los desajustes psicológicos derivan de experiencias traumáticas” (Opazo, 2017, p. 211), etc. Esta integración no se limita a la teoría, sino que se orienta de forma directa y consciente a la realidad práctica y humana observadas en los fragmentos válidos como en el caso a caso, por lo cual “no se trata de imponer a la dinámica psicológica formas de operar creadas o inventadas (Opazo, 2017, p.216) por este Enfoque Integrativo.

La persona está entonces influida por su entorno y experiencias, pero no 100% determinada. El reconocimiento de los factores problemáticos tanto ambientales como internos, permite dilucidar posibles formas de intervención específicas a las necesidades presentes de cada persona. El pasado por sí solo y su indagación rumiante puede carecer de sentido al momento de analizar e intervenir sobre estas problemáticas, ya que por más que algunos pacientes lo deseen, el pasado no puede cambiar. El pasado adquiere sentido en el abordaje clínico cuando entrega luces para la comprensión e intervención respecto a la forma en que influye sobre la persona en el momento presente. De esta forma, las repercusiones que tiene el pasado nos influyen, pero pueden dentro de un cierto rango de flexibilidad ser actualizadas en el presente.

Este es un análisis tanto racional como sensible, que logra abarcar teoría, así como también favorece la “humanización de la ciencia”. “Cuando la metodología es variada, flexible y rigurosa, nos permite ir accediendo a los 360 grados de la dinámica psicológica, nos posibilita ir abarcando las dimensiones tanto externas como internas de las personas, y nos facilita ir conociendo las organizaciones simples y complejas involucradas en la dinámica psíquica” (Opazo, 2017, p.203). Esta humanización, puede ser de gran ayuda en el caso de personas que han vivido adversidad, en especial desde la perspectiva de que las relaciones constituyen un factor protector que puede disminuir repercusiones en su salud. La relación terapéutica, en esta línea, no se orienta a la intervención desde la teoría impositiva hacia el paciente, sino que se constituye un espacio donde el sujeto puede ser visto y comprendido, relación que por sí misma, ya puede ser terapéutica.

Limitaciones: Dentro de este documento, ya se ha mencionado a grandes rasgos como todos estos factores pueden repercutir de forma negativa, en la integridad de la persona o self, pudiendo generar un debilitamiento y visión negativa y devaluada en relación con autoimagen, autoestima y autoeficacia. Sin embargo, estas nociones quedan tratadas de forma superficial, por lo cual, en una futura investigación podría realizarse un análisis profundo respecto a perspectivas actuales del funcionamiento integral del Self del adulto con experiencias de adversidad infantil.

A su vez se ha hecho una lectura desde el Enfoque Integrativo Supraparadigmático (EIS), bajo la investigación sistemática de investigaciones recientes, favoreciendo una pincelada del conocimiento actual respecto a la temática. Este conocimiento aporta conceptos y orientaciones, sin embargo, pueden ser estudiados con mayor profundidad y con mayor rigurosidad.

En esta línea, bajo la lógica de construcción de conocimiento desde el Enfoque Integrativo Supraparadigmático (EIS), puede ser útil conectar

la información entregada con estudios dentro del mismo enfoque, para favorecer la comprensión y abordaje de distintas problemáticas y consecuencias mencionadas, como puede ser la lectura de capítulos e investigaciones EIS asociadas a depresión, neurodesarrollo, ansiedad, agresiones, entre otros. De tal forma de contribuir al abordaje psicoterapéutico integral.

Este documento se orientó principalmente a la indagación y ordenamiento de evidencia asociada a adversidad infantil y sus consecuencias en adultez. Por lo cual, se entregan orientaciones más que intervenciones propiamente tales. Se sugiere, a grandes rasgos, el apoyo (flexible) en intervenciones asociadas a depresión, ansiedad, trauma, apego y mecanismos de afrontamiento.

Conclusión

El presente informe se orientó a realizar una compilación y síntesis ordenada de la investigación y evidencia actual asociada a las consecuencias que pueden tener las experiencias de adversidad infantil en la adultez. Con la finalidad de favorecer la comprensión del fenómeno, es que se estructuró la información de acuerdo con los 6 paradigmas establecidos por el Enfoque Integrativo Supraparadigmático (EIS), método que favorece la visualización y ordenamiento del conocimiento válido dentro de un sistema coherente para el entendimiento del funcionamiento humano de forma dimensional. Como resultados, se observa de forma reiterada que las experiencias de adversidad temprana han demostrado consecuencias a largo plazo en quienes las han vivido, dentro de lo cual se observan trastornos del ánimo, asociaciones con trauma (trauma complejo, TEPT), aumento en la probabilidad de un trastorno o rasgos de personalidad, así como se observan consecuencias específicas en las distintas áreas de funcionamiento biológico, cognitivo, conductual, afectivo, sistémico e inconsciente. Pese a la correlación positiva entre experiencias adversas en la infancia y trastornos/consecuencias en la edad

adulta, esta asociación no sería causal, sino que muchas veces mediada por otros factores como la calidad de redes de apoyo, otras experiencias estresantes a lo largo de la vida, estilos de apego, factores protectores, recursos internos, etc., los cuales pueden perjudicar el pronóstico, o bien pueden favorecer la disminución del perjuicio sobre la salud mental, física y relacional de la persona. Entendemos entonces las experiencias de adversidad temprana como un fenómeno complejo, multidimensional y con repercusiones asociadas que pueden ser de alta gravedad. Sin embargo, en vez de aferrarse a la desesperanza de respuestas simplistas del determinismo y causalidad total, propone gracias a la minuciosidad del análisis integral, abrir las puertas a visualizar en el espacio terapéutico, las posibilidades de intervención y de cambio, con el motivo de conducir a un cambio en el funcionamiento y un paso gradual a un mayor bienestar.

Referencias

- Aggarwal, S., & Dr. Dutt, S. (2024).** THE EFFECT OF ADVERSE CHILDHOOD EXPERIENCES ON FEAR OF INTIMACY IN YOUNG ADULTS. *International Journal of Research and Analytical Reviews*, 11(2), 298-313. DOI:[10.13140/RG.2.2.27834.81607](https://doi.org/10.13140/RG.2.2.27834.81607)
- Bagladi, V., Opazo, M., & Schmit, M. (2022).** Psicoterapia Integrativa EIS en la Infancia. En editores Opazo & Bagladi, Manual de Psicoterapia Integrativa EIS: Potenciando el cambio en la clínica aplicada, 151-319. Ediciones ICPSI
- Berman, I. S. (2017).** Relations Between Adverse Childhood Experiences and Current Maladaptive Beliefs in a College Sample. Graduate Theses and Dissertations Retrieved from <https://scholarworks.uark.edu/etd/1931>
- Bevilacqua, L., Kelly, Y., Heilmann, A., Priest, N., & Lacey, R. E. (2021).** Adverse childhood experiences and trajectories of internalizing, externalizing, and prosocial behaviors from childhood to adolescence. *Child abuse & neglect*, 112, 104890. <https://doi.org/10.1016/j.chab.2020.104890>
- Boye, M., & Quintana, M. (2022).** Psicoterapia Integrativa EIS en la Infancia. En editores Opazo & Bagladi, Manual de Psicoterapia Integrativa EIS: Potenciando el cambio en la clínica aplicada, 1131-1176. Ediciones ICPSI
- Bussières, A., Hancock, M. J., Elkliit, A., Ferreira, M. L., Ferreira, P. H., Stone, L. S., Wideman, T. H., Boruff, J. T., Al Zoubi, F., Chaudhry, F., Tolentino, R., & Hartvigsen, J. (2023).** Adverse childhood experience is associated with an increased risk of reporting chronic pain in adulthood: a systematic review and meta-analysis. *European journal of psychotraumatology*, 14(2), 2284025. <https://doi.org/10.1080/20008066.2023.2284025>
- Cerqueira, A., & Almeida, T. (2023).** Adverse Childhood Experiences: Relationship with Empathy and Alexithymia. *Journal of child and Adolescent Trauma*, 16, 559-568. <https://doi.org/10.1007/s40653-023-00520-6>
- Chapman, D. P., Whitfield, C. L., Felitti, V. J., Dube, S. R., Edwards, V. J., & Anda, R. F. (2004).** Adverse childhood experiences and the risk of depressive disorders in adulthood. *Journal of affective disorders*, 82(2), 217-225. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2003.12.013>
- Del Canto, C. (2022).** Psicoterapia Integrativa EIS en la Infancia. En editores Opazo & Bagladi, Manual de Psicoterapia Integrativa EIS: Potenciando el cambio en la clínica aplicada, 1099-1129. Ediciones ICPSI
- Deuter, C., Wingenfeld, K., Otte, C., Bustami, J., Kaczmarczyk, M. & Kuehl, L. (2020).** *Journal of Psychiatric Research*, 125, 136-143. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.03.017>
- Dorado López, E., & Carbajal Valenzuela, C. C. (2023).** Diferencias de género en las Experiencias Adversas en la Infancia y la Sintomatología Internalizante y Externalizante: Gender differences in the relation between Adverse Childhood Experiences and Internalizing and Externalizing Symptomatology. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 15(1), 53. <https://doi.org/10.22201/fesi.20070780e.2023.15.1.83458>
- El-Mosri, P., Rodríguez, A., & Santander A. (2020).** Post-traumatic stress disorder from a cognitive behavioral perspective. *Arch Neurocienc (Mex)*, 25(4), 55-61. <https://doi.org/10.31157/an.v25i4.231>
- Eruyar, S., Yilmaz, M. & Vostanis P. (2023).** Understanding adverse childhood experiences (aces) and subsequent adult psychopathologies through the lens of attachment theory: A position paper. *Karatay*

- Sosyal Araştırmalar Dergisi, (11), 309- 333. DOI: 10.54557/karataysad.1348004
- Estrada, J., Cañedo, M., Andrade, I., Guzmán, G., & Cisneros, J. (2021).** Vulnerabilidad cognitiva específica de la depresión. *Boletín Científico de la Escuela Superior Atotonilco de Tula*, 8(15), 9-13. DOI:10.29057/esat.v8i15.6317
- Ferrajão, P., Batista, C. I., Rocha, R., & Elkliit, A. (2024).** Coping Styles and Defense Mechanisms Mediate Associations Between Exposure to Adverse Childhood Experiences and CPTSD Symptoms in Faroese Adolescents. *Scandinavian journal of child and adolescent psychiatry and psychology*, 12(1), 33-46. <https://doi.org/10.2478/sjcpp-2024-0004>
- Fonseca, A., Fajardo, L., Gutierrez, C., Mogollón, V., Grau, I., & 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. <https://doi.org/10.5944/rppc.36344>
- Friedman, J. (2025).** Alexithymia: A Review of Existing Literature and a Prospective Route for Future Training. *Dissertations, Theses, and Projects*. 1027. <https://red.mnstate.edu/thesis/1027>
- Glass, J. (2021).** Do Childhood Attachment and Adverse Childhood Experiences Predict Adulthood Attachment?. *USC Aiken Psychology Theses*. 52. https://scholarcommons.sc.edu/aiken_psychology_theses/52
- Haahr-Pedersen, I., Hyland, P., Hansen, M., Perera, C., Spitz, P., Bramsen, R. H., & Vallières, F. (2021).** Patterns of childhood adversity and their associations with internalizing and externalizing problems among at-risk boys and girls. *Child abuse & neglect*, 121, 105272. <https://doi.org/10.1016/j.chabu.2021.105272>
- Hammet, J., Karney, B., & Bradbury, T. (2020).** Adverse Childhood Experiences, Stress, and Intimate Partner Violence Among Newlywed Couples Living With Low Incomes. *American Psychological Association*, 34(4), 436-447. <https://doi.org/10.1037/fam0000629>
- Herzog, J. & Schmahl, C. (2018).** Adverse Childhood Experiences and the Consequences on Neurobiological, Psychosocial, and Somatic Conditions Across the Lifespan. *Frontiers in Psychiatry*, 9(420). doi: 10.3389/fpsyg.2018.00420
- Horváth, D., Kovács-Tóth, B., Oláh, B., & Fekete, Z. (2024).** Trends in the dose-response relationship between adverse childhood experiences and maladaptive metacognitive beliefs: A cross-sectional study. *Comprehensive Psychiatry*, 132, 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2024.152489>
- Houtepen, L., Heron, J., Suderman, M., Fraser, A., Chittleborough, C., & Howe, L. (2020).** Associations of adverse childhood experiences with educational attainment and adolescent health and the role of family and socioeconomic factors: A prospective cohort study in the UK. *PLoS Medicine*, 17(3), 1-21. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003031>
- Howard, A. H., Gwenzi, G. D., Taylor, T., & Wilke, N. G. (2023).** The relationship between adverse childhood experiences, health and life satisfaction in adults with care experience: The mediating role of attachment. *Child & Family Social Work*, 28(3), 809-821. <https://doi.org/10.1111/cfs.13006>
- Kalia, V., & Knauf, K. (2020).** Emotion regulation strategies modulate the effector adverse childhood experiences on perceived chronic stress with implications for cognitive flexibility. *PLOS ONE*, 15(6), 1-18. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0235412>
- Kalia, V., Knauf, K., & Hayatbini, N. (2021).** Adverse childhood experiences (ACEs) associated with reduced cognitive flexibility in both college and community samples. *PloS one*, 16(12), e0260822. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0260822>
- León, D., & Cárdenas, L. (2020).** Experiencias Adversas en la Niñez: Modificaciones Neuro-Estructurales, Neuro-Funcionales y Comportamentales. *PSYKHE*, 30(2), 1-22. <https://doi.org/10.7764/psykhe.2019.21739>
- Lowry, E., McInerney, A., Schmitz, N., & Deschênes, S. S. (2022).** Adverse childhood experiences and cognitive function in adulthood: examining the roles of depressive symptoms and inflammation in a prospective cohort study. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 57(12), 2367-2377. <https://doi.org/10.1007/s00127-022-02315-w>
- Murphy, A., Steele, M., Dube, S. R., Bate, J., Bonuck, K., Meissner, P., Goldman, H., & Steele, H. (2014).** Adverse Childhood Experiences (ACEs) questionnaire and Adult Attachment Interview (AAI): implications for parent child relationships. *Child abuse & neglect*, 38(2), 224-233. <https://doi.org/10.1016/j.chabu.2013.09.004>
- Nafziger, Stewart, "Exploring the role of defense styles in the relationship between childhood adversity and vicarious trauma" (2022).**

- Dissertations, 2020-current. 72.
<https://commons.lib.jmu.edu/diss202029/72>
- Navarro, R., Larrañaga, E., Yubero, S., & Víllora, B. (2022).** Associations between Adverse Childhood Experiences within the Family Context and In-Person and Online Dating Violence in Adulthood: A Scoping Review. *Behavioral sciences (Basel, Switzerland)*, 12(6), 162. <https://doi.org/10.3390/bs12060162>
- Nickel, R., & Egle, U. T. (2006).** Psychological defense styles, childhood adversities and psychopathology in adulthood. *Child abuse & neglect*, 30(2), 157–170. <https://doi.org/10.1016/j.chabu.2005.08.016>
- Opazo, R., Bagladi, V. (2022).** Manual de psicoterapia integrativa EIS: Potenciando el cambio en la clínica aplicada. Ediciones ICPSI
- Opazo, R. (2017).** Psicoterapia Integrativa EIS: Profundizando la comprensión, potenciando el cambio. Ediciones ICPSI
- Organización Panamericana de la Salud. (2002).** Informe Mundial Sobre la Violencia y la Salud: Resumen.
<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/725/9275315884.pdf>
- Ouhmad, N., El-Hage, W., & Combalbert, N. (2023).** Maladaptive cognitions and emotion regulation in posttraumatic stress disorder. Maladaptive Kognitionen und Emotionsregulation bei posttraumatischer Belastungsstörung. *Neuropsychiatrie: Klinik, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation: Organ der Gesellschaft Österreichischer Nervenärzte und Psychiater*, 37(2), 65–75. <https://doi.org/10.1007/s40211-022-00453-w>
- Pinedo, J., & Santelices, M. (2006).** Apego adulto: Los Modelos Operantes Internos y la Teoría de la Mente Terapia Psicológica. *Terapia Psicológica*, 24(2), 201-210
- Reinosa, B., Castillo, E., Sanchez, Y., & Placencio, M. (2023).** El poder predictivo de las experiencias adversas en la infancia para estimar las conductas suicidas en jóvenes universitarios en Ecuador. *Revista Espacios*, 43(9), 120-133. DOI: 10.48082/espacios-a23v44n09p08
- Reiser, S. J., McMillan, K. A., Wright, K. D., & Asmundson, G. J. (2014).** Adverse childhood experiences and health anxiety in adulthood. *Child abuse & neglect*, 38(3), 407–413. <https://doi.org/10.1016/j.chabu.2013.08.007>
- Riquelme Pereira, Náyade, Bustos Navarrete, Claudio, & Parada, Benjamín Vicente. (2020).** Impacto del maltrato infantil en la prevalencia de trastornos mentales en niños y adolescentes chilenos. *Ciencia y enfermería*, 26, 20. Epub 08 de diciembre de 2020. <https://dx.doi.org/10.29393/ce26-12imnc30012>
- Rudenstine, S., Espinosa, A., McGee, A. B., & Routhier, E. (2018, October 8).** Adverse Childhood Events, Adult Distress, and the Role of Emotion Regulation. *Traumatology*. Advance online publication. <http://dx.doi.org/10.1037/trm0000176>
- Salvador, M. (2009).** El trauma psicológico: Un proceso neurofisiológico con consecuencias psicológicas. *Terapias Neuropsicológicas del trauma*, 20(80), 5-16. <https://doi.org/10.33898/rdp.v20i80>
- UNICEF. (2012).** 4º Estudio de Maltrato Infantil en Chile. Análisis Comparativo 1994-200-2006-2012. <https://www.unicef.org/chile/informes/4-estudio-de-maltrato-infantil-en-chile-an%C3%A1lisis-comparativo-1994-2000-2006-2012>
- Vega-Arcea, M & Nuñez-Ulloa, G. (2017).** Experiencias Adversas en la Infancia: Revisión de su impacto en niños de 0 a 5 años. *Enfermería Universitaria*, 14(2), 124–130. <http://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2017.02.004>
- Whitaker, R. C., Dearth-Wesley, T., Herman, A. N., Block, A. E., Holderness, M. H., Waring, N. A., & Oakes, J. M. (2021).** The interaction of adverse childhood experiences and gender as risk factors for depression and anxiety disorders in US adults: a cross-sectional study. *BMC public health*, 21(1), 2078. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-12058-z>
- Zarei, K., Xu, G., Zimmerman, B., Giannotti, M., & Strathearn, L. (2021).** Adverse Childhood Experiences Predict Common Neurodevelopmental and Behavioral Health Conditions among U.S. Children. *Children (Basel, Switzerland)*, 8(9), 761. <https://doi.org/10.3390/children8090761>

Abordaje del trabajo de la Persona del Terapeuta desde el Sistema Self: Aproximación a un Manual para el psicoterapeuta

Alejandra Pavone Earey*

Abstract

This article aims to gather valid existing information regarding the person of the therapist, the importance of working on this topic, and to propose ways in which such work could be conducted. The information is collected through a literature review and expert consultation, which constantly engages in dialogue with the Self System of the Supraparadigmatic Integrative Approach throughout the research. Based on this, the goal is to contribute valid information on the subject, in order to move toward the development of a Manual for working with the person of the therapist from the perspective of the Self System of the SIA.

Keywords: Person of the therapist, Supraparadigmatic Integrative Approach, Self System.

Resumen

Este artículo tiene por objetivo realizar un levantamiento de información válida existente en torno a la persona del terapeuta, la relevancia de trabajar en torno a la temática y proponer maneras en que se podría llevar a cabo dicho trabajo. La información es recopilada a partir de una revisión bibliográfica y consulta a experto, la cual dialoga constantemente con el Sistema Self propuesto por el Enfoque Integrativo Supraparadigmático a lo largo de la investigación. Y, a partir de ello, se pretende aportar información válida al respecto, para aproximarse hacia la elaboración de un Manual para el trabajo de la persona del terapeuta desde el Sistema Self del EIS.

Palabras claves: Persona del terapeuta, Enfoque Integrativo Supraparadigmático, Sistema Self.

Introducción

En psicoterapia, el psicólogo clínico adopta un rol profesional que está colocado al servicio del paciente. Y en el ejercicio de la profesión, se utiliza a sí mismo como su propia herramienta de trabajo. Lo cual conlleva un nivel de complejidad importante, ya que esta herramienta no es algo objetivo, concreto y material como podría ser un pincel, computadora, libros, maquinaria, entre otras herramientas de trabajo de diferentes rubros. Por el contrario, en el caso de la psicoterapia la herramienta es tan compleja como la humanidad misma, pues a pesar de adoptar un rol profesional, el terapeuta sigue siendo un ser humano único, irrepetible y diferente a todo el resto.

El terapeuta es su propia herramienta de trabajo, por lo que resulta necesario aproximarse

hacia la elaboración de un instrumento o recurso concreto (manual) que el terapeuta pueda utilizar para observarse, monitorearse y evaluarse a sí mismo, tanto en su rol profesional como humano, ambos inseparables entre sí.

Esto cobra relevancia ya que no hay psicoterapia sin terapeuta, y no hay terapeuta sin persona del terapeuta. A raíz de esto, se considera esencial aportar en el camino investigativo del tema, para apoyar y acompañar el ejercicio profesional, y dar paso a una futura elaboración de una herramienta que esté al servicio del mismo y de la psicoterapia. Que logre ser amplia y abierta para llamar a la reflexión, pero también concreta y práctica para que funcione como un instrumento amigable y que efectivamente logre aportar al terapeuta en su rol profesional y humano.

Metodología

Para la elaboración del presente artículo se emplea un enfoque cualitativo, con el objetivo de expandir la comprensión sobre el fenómeno del trabajo en torno a la persona del terapeuta. Para

* Ps. Pontificia Universidad Católica de Chile

Post Título Psicoterapia Integrativa ICPSI

apavonee@gmail.com

AcPI, vol. XVII, 54 - 67

ello, se utilizó como diseño una revisión bibliográfica, donde se seleccionaron fuentes con contenido atingente al objeto de estudio, priorizando las publicaciones con menos de diez años de antigüedad y de revistas científicas e indexadas. Este levantamiento de información fue complementado con otras fuentes, con mayor antigüedad de publicación o no indexadas, pero con información nutritiva, sólida y acorde al tema de estudio, que aportaron en darle forma y consistencia al escrito. Y desde este abordaje, se pretende realizar una exploración de la temática para profundizar en conocimiento, en desmedro de una mirada experimental y medición de resultados obtenidos (Baptista, Fernández y Hernández, 2010).

La revisión bibliográfica es complementada con la técnica de consulta a experto, con el fin de asesorarse directamente por una persona competente, tanto en conocimiento como en experiencia en torno al tema (Herrera et al., 2021). Fue llevada a cabo a través de una entrevista semiestructurada realizada a una psicóloga clínica con experiencia en el objeto de estudio. Para recoger conocimiento y una opinión, tanto personal como profesional, levantando así también experiencias, prácticas y otros puntos de vista.

Transversalmente, se asocia y hace dialogar la información obtenida con las bases y fundamentos del Enfoque Integrativo Supraparadigmático (EIS), especialmente con el Sistema Self y sus funciones. De este modo, la selección de información de la revisión bibliográfica, los planteamientos del experto consultado y de las bases teóricas del EIS, están en constante comunicación a lo largo del artículo, para ir sosteniendo la información, creando conexiones o bien descartando lo que podría resultar menos relevante o fundamentado. Todo esto, con el objetivo de generar una aproximación hacia la futura creación de un manual para el psicoterapeuta.

Concepto de persona del terapeuta

Una manera de resumir lo que significa la persona del terapeuta es “lo humano que habita en el rol profesional” (C. Morales, comunicación

personal, 6 de septiembre 2024). Esto nos transmite que el terapeuta es inherentemente humano, y no puede desprenderse de ello en su ejercer profesional como psicoterapeuta. En esta misma línea, cabe destacar lo postulado por Whitaker, donde se sostiene que “el uso del sí-mismo del terapeuta y su capacidad de compartir lo irracional con el paciente son elementos indispensables para el crecimiento de uno y otro” (citado en Minuchin, 1998, citado en Orellana et al., 2015, p. 20). Dejando ver que el rol de la persona del terapeuta es crucial para potenciar el desarrollo personal y profesional, lo cual repercute en ambos participantes de la psicoterapia.

Cada terapeuta tiene una historia de vida, vulnerabilidad biológica, patrón de apego, vivencias (potencialmente) traumáticas, motivaciones, cualidades y debilidades. Y la combinación de estos factores crean a un ser único y complejo. Provocando que el terapeuta no sea un instrumento de trabajo neutral, imparcial u objetivo, sino que es un ser humano que emplea su biografía como un aporte de conocimiento sobre sí mismo, aplicado en su ejercicio profesional.

El trabajo de la persona del terapeuta permite conocer en mayor profundidad las características propias de la persona, y entender que el rol profesional no es separable del rol humano/personal. Y trabajando en un acercamiento y observación consciente de ello, se pretende contribuir a la formación profesional, personal, y como consecuencia, al ejercicio de la psicoterapia.

Según lo postulado en el libro *La Persona del Terapeuta* de Ana María Daskal, cada persona tendría una epistemología, es decir, una manera de conocer ya sea de forma consciente o inconsciente. Y esta manera personal de mirar y conocer el mundo, se relaciona directamente con los modelos específicos de conocimiento que desarrollan las personas, según las propias particularidades que lo conforman. Llevando esta información al caso de los psicoterapeutas, se logra esclarecer que cada uno tendría su modelo de conocimiento, el cual funciona como su marco de referencia o guía, y su manera de poner en

práctica dicho modelo en la clínica se conocería como “estilo terapéutico” (2024).

Dicho de otra manera, cada terapeuta tiene su forma personal de conocer y ejercer la profesión, pues integra los conocimientos de manera sesgada al existir una influencia en la cognición por parte de su propia emocionalidad y contexto al momento de conocer. Por ende, cada terapeuta tendría su propia forma de implementar un modelo (Daskal, 2024). Así, el rol profesional de cada terapeuta estaría estrechamente relacionado, permeado y complementado por su rol humano a la base, modo de ver el mundo y modelo único de conocimiento. Sobre lo cual construye su estilo terapéutico y ejerce la psicología clínica sesión a sesión.

Forman parte de la ecuación una gran cantidad de particularidades del psicólogo clínico que participan de la psicoterapia, como su etapa del ciclo vital, experiencias, sistema valórico, entendimiento y aplicación de la ética, gestión de sus propias emociones, habilidades y limitaciones, motivaciones, entre otras (Daskal, 2024). Evidenciando lo inseparable de lo profesional y lo personal en la psicoterapia.

De este modo, se entiende que la herramienta de trabajo del terapeuta es su propia persona. Por lo cual se considera a la persona del terapeuta como un factor clave en psicoterapia, la manera de desarrollarla, de crear alianza con el paciente y la efectividad del proceso.

Subjetividad

Para introducir el concepto de subjetividad, es necesario comenzar considerando el rol de la cibernetica de segundo orden y “la inclusión del observador en lo observado” de Maturana (citado en Orellana et al., 2021, p. 4). Ya que con la cibernetica de segundo orden ocurre un cambio en el objeto de estudio, el cual se centra en observar de qué manera un sistema realiza sus operaciones, considerando las propiedades de quien observa. Con este postulado, se derriba la creencia de una realidad objetiva e independiente del observador, ya que le da espacio a las operaciones que éste realiza al momento de observar. Desde la biología del conocer de Maturana, se valida la existencia de

muchas realidades, las cuales son construidas con la implicación de las experiencias y existencia del observador (citado en Orellana, 2021).

En la misma línea de lo mencionado anteriormente, no existe el terapeuta neutral (Stolorow y Atwood 2004, en Szmulewicz, 2013), ya que realiza las intervenciones con los pacientes desde sus propios prejuicios y convicciones. “El terapeuta (...) es alguien que se presenta en la terapia con la inevitabilidad de sus sentimientos, percepciones, pensamientos y propia biografía que lo autodevelan en forma continua frente al paciente y que, a su vez, lo implican en una relación que transforma no sólo la realidad del paciente, sino la suya también” (Aron, 1996, s/p., en Szmulewicz, 2013). Asimismo, es necesario comprender que la relación terapéutica corresponde a una relación humana, entonces considerar que el terapeuta podría ser un factor neutral en ella, sería alterar profundamente la naturaleza propia de dicha relación humana (Riera, 2001, en Szmulewicz, 2013).

Por ende, se entiende que la persona del terapeuta conforma al psicólogo clínico, ya que corresponde a la humanidad que es parte del rol profesional de manera permanente.

Intersubjetividad

La psicoterapia puede ser comprendida como un espacio intersubjetivo, es decir, un espacio donde ocurre el encuentro entre dos subjetividades: la del paciente y la del terapeuta, las cuales se interrelacionan constantemente durante el proceso (C. Morales, comunicación personal, 6 de septiembre 2024), entendiendo que cada uno de ellos lleva su ser único, irrepetible y particular a este encuentro. Por lo que el terapeuta debe entenderse a sí mismo como un ser subjetivo que carga con un mundo interno del cual no puede deshacerse en ningún momento, pues implicaría desprenderse de sí mismo, lo cual resulta impensable.

El uso de la persona del terapeuta en psicoterapia alude a saber quién y cómo es su manera de relacionarse con los pacientes (Reupert, 2008, en Szmulewicz, 2013), dándole especial relevancia a lograr comprender los

elementos que conforman la relación psicoterapéutica entre psicólogo y paciente y el interjuego entre la subjetividad individual y la intersubjetividad propia del espacio psicoterapéutico (Baldwin, 2008, en Szmulewicz, 2013). Se entiende que la intersubjetividad “implica una dialéctica entre (re)conocer al otro y ser (re)conocido por otro” (Szmulewicz, 2013, s/p). Y a partir de ello, se hace hincapié en que lo esencial no sería la distinción entre subjetividad del paciente versus la del terapeuta, sino la interacción constante entre la subjetividad individual y la intersubjetividad.

Además de intersubjetividad, existe una constante vinculación y conexión entre terapeuta y paciente, donde cualquier cosa que haga o diga (o no) uno de los dos, impacta inevitablemente sobre el otro y viceversa (Szmulewicz, 2013). Esclareciendo la relevancia e impacto que tiene el terapeuta y la psicoterapia en ambos participantes de la misma.

El terapeuta tendría la necesidad de desarrollar la habilidad para usar sus experiencias emocionales internas y biografía en psicoterapia, y que eso le ayude a identificarse y diferenciarse de sus pacientes (Aponte et al., 2009, en Szmulewicz, 2013), dejando ver que el trabajo en torno a la persona del terapeuta no solo es necesario, sino que implica y repercute en una habilidad a desarrollar para favorecer el ejercicio de la psicoterapia.

La subjetividad es algo intrínseco del ser humano, a su visión y comprensión del mundo y construcción de realidad. De este modo, la realidad no es única y objetiva universalmente, sino que depende del observador que la observa y la construye. Y es por eso que resulta fundamental comprender la psicoterapia como un espacio intersubjetivo dinámico y en constante construcción, al servicio del trabajo psicológico. Entonces, el paciente no va a consultar con un instrumento neutral e imparcial, sino que consulta con otro ser humano, subjetivo como el, que debe tener en cuenta su subjetividad para ponerla al servicio del ejercicio de la profesión.

Una parte del trabajo que realiza el terapeuta en psicoterapia está en su esencia vinculado con la

interpretación. Esto porque, toda información que transmite el paciente (las palabras que elige para expresar sus pensamientos, gesticulación, postura corporal, tono de voz, presentación personal, mirada, entre otras) es recibida como información, y pasa por la percepción del terapeuta. Y esa determinada manera de recibir la información está inevitablemente influenciada por las características personales que lo configuran como humano y como terapeuta. Por lo que sus características personales pasan a ser parte del producto que elabora en su interpretación. Y es por esto, que debe colocar especial detención en “conocer” de qué manera interpreta la información que se transmite desde el paciente. Para lo cual es fundamental comprender que esta información no es objetiva, absoluta o con una interpretación única, pues pasa por un “filtro”, y ese filtro sería la persona del terapeuta.

Felicidad

La subjetividad, el modo que tiene cada persona para ver y conocer el mundo, y el estilo terapéutico, pueden vincularse con el concepto de felicidad. Desde ese concepto, se menciona que no sería precisamente la realidad (externa) la que nos transforma, sino que sería la visión del mundo o el “lente” con el cual lo miramos (interno), lo que transformaría nuestra realidad. Por lo que el lente que usamos para ver, comprender y construir el mundo, y los cambios de lente que aplicamos, cambiarían también nuestro grado de felicidad. Para reforzar esto, en cuanto a la predicción de la felicidad se sostiene que el 90% proviene de la manera en que se procesa lo externo, y no directamente desde lo externo (Achor, 2011). En este caso en particular se habla puntualmente de la felicidad, pero desde una perspectiva más generalizada, se podría sostener también que nuestra visión del mundo afecta a nuestras emociones a nivel más genérico.

El trabajo en la persona del terapeuta implica conectar, monitorear y evaluar la visión del mundo del terapeuta y del rol humano (parte del rol profesional) que lo acompaña inseparablemente. Haciendo énfasis en que, en muchas situaciones, es precisamente esa visión del mundo la que

transforma la realidad, y no la realidad en sí misma. Por lo que hacer el ejercicio y trabajo de aproximarse a esa visión, es decir, a sus características, fortalezas, sombras, desafíos, sesgos, entre otros, para analizarla, hacerla consciente, evaluar cómo se ve afectada y cómo responde al medio, sería significativo ya que adicionalmente, repercutirá en su emocionalidad, grado de felicidad y en sus inseparables roles.

Autoconocimiento

El trabajo en la persona del terapeuta está estrechamente ligado con el autoconocimiento. Porque implica observación personal, adentrarse hacia las características del terapeuta, profundizar en los componentes que lo conforman y cómo se comportan y relacionan entre sí, las repercusiones que eso tiene, las implicancias personales, entre muchas otras aristas de observación que se pueden adoptar para profundizar en ese trabajo personal. Esta aproximación implica inevitablemente el autoconocimiento, pues se va en búsqueda de información adicional, para ponerla al servicio del desarrollo personal y profesional.

Burns demuestra la relevancia del autoconocimiento desde el concepto de “creencias derrotistas”, donde las actitudes personales explicarían nuestras vulnerabilidades psicológicas. Por lo que aproximarse, conocer y entender nuestras creencias limitantes, nos ayuda a entender por qué sentimos cierta emoción, y cuándo sería probable que volvamos a sentir esa misma emoción en el futuro (2006). Por lo que, a partir del autoconocimiento en torno a nuestra identificación, modulación y expresión emocional, se podría revelar información valiosa acerca de nuestro sentir y reacciones asociadas a ello. Y, extrapolando esto a la persona del terapeuta, la identificación de creencias limitantes y trabajo de autoconocimiento enfocado en las emociones nos podría facilitar un mapa emocional que contribuye al desarrollo personal y profesional. Lo cual se puede vincular, a su vez, con la inherente naturaleza subjetiva del terapeuta e intersubjetiva del espacio psicoterapéutico, donde están en

juego constantemente las interacciones entre emociones de ambos participantes del encuentro.

Compasión

Otro concepto relevante que aparece asociado al trabajo en torno a la salud, como lo es la psicología clínica en cuanto a la salud mental, es la compasión. En los resultados de la revisión bibliográfica de Bedregal, Lermandá, y Brito (2020) se postula que “la compasión permite mejorar el trato con los pacientes al mismo tiempo que contribuye al autocuidado de los profesionales de la salud” (p.74). Desde lo cual se entiende que, el trabajo en torno a la persona del terapeuta desde la perspectiva de la compasión aportaría también a su autocuidado.

Adicionalmente, se destaca la urgencia de realizar una transformación en las atenciones de salud, a modo de cambio de paradigma. Así, realizar modificaciones tanto a nivel personal como de las organizaciones, para darle una dirección hacia la humanización del servicio y con ello que logre estar realmente enfocado en las personas. Y como no hay terapeuta sin paciente y viceversa, desde esta perspectiva de la humanización del servicio de salud mental, se estaría contribuyendo a ambos participantes del encuentro psicoterapéutico. En esta línea, también plantea que la compasión en la actividad clínica se relaciona con mayores niveles de confianza personal y satisfacción laboral, sosteniendo nuevamente la relevancia de aplicar la compasión en el trabajo de la persona del terapeuta, lo cual a su vez contribuye al autocuidado del mismo y mayor humanización del servicio de salud (Bedregal, Lermandá, y Brito, 2020).

Para complementar el concepto de compasión, Longo posiciona la autocritica como un insumo para tomar conciencia de los propios actos, identificar motivaciones y tomar una dirección más compasiva. Menciona que la autocritica funciona como una estrategia de supervivencia para evitar un miedo central a no ser valorado. En esta línea, resultaría fundamental la toma de conciencia de las propias motivaciones, para evitar el funcionamiento “en automático” y así fortalecer

la capacidad de poder elegir. Y también menciona la necesidad de tomar una postura más compasiva consigo mismo (2024). Con esto, se podría considerar que un adecuado complemento entre la autocritica y la compasión, podrían contribuir a un trabajo de toma de conciencia, y con ello, al desarrollo personal.

Autocuidado y bienestar

Desde Evans también se sostiene la importancia del autocuidado para los psicoterapeutas. Destacando la importancia de promover estrategias prácticas que favorezcan el bienestar personal y profesional, abordando así a la persona del terapeuta (2024).

Algunas estrategias de autocuidado mencionadas son: establecer límites saludables y claros; practicar la atención plena; invertir en intereses personales; cuidar el cuerpo; buscar apoyo profesional; cultivar el desarrollo profesional (mantenerse actualizado en las últimas investigaciones y prácticas en psicología, participar en la formación y búsqueda de oportunidades profesionales que nutran la pasión por el trabajo) (Evans, 2024).

Walsh y Petteta (2021) entregan un programa de entrenamiento para terapeutas, el cual permite el desarrollo de estrategias de autocuidado para el ejercicio profesional. Es decir, trabajo directa y estrechamente ligado a la persona del terapeuta. Este entrenamiento pretende ayudar a la identificación de malestares propios y tomar conductas que se adecuen a la disminución de los mismos. Se compone de los siguientes pasos: identificar estresores del trabajo clínico para el terapeuta y entrenamiento, cuidado de la persona del terapeuta, taller sobre el trabajo del self del terapeuta, supervisiones grupales, espacio de simulaciones, atención en coterapia.

A modo de conclusión, Walsh y Petteta plantean que para practicar este autocuidado para los psicólogos clínicos y trabajar la persona del terapeuta, es necesario comprender que el ejercicio profesional de los terapeutas suele tener estresores, tanto personales como propios de la práctica clínica. Por lo que este entrenamiento pretende entregar estrategias y un espacio de

autocuidado para la persona del terapeuta. De este modo, se considera central realizar la tarea de identificar y observar los malestares propios y tomar las conductas necesarias que se adecuen a la disminución de los mismos (2021).

Enfoque Integrativo Supraparadigmático (EIS)

Para que lo planteado hasta ahora sea efectivamente posible, sería un facilitador que el psicoterapeuta trabaje desde un enfoque que sostenga este trabajo y desarrollo constante de su persona del terapeuta. Y aquí es donde destacan los aportes del EIS.

El EIS nos aporta una teoría integrativa, ya que construye una totalidad coherente a partir del enlace de partes válidas. Y desde esta integración de conocimiento válido, ofrece un aporte a la comprensión del funcionamiento psicológico y un acercamiento hacia la psicoterapia efectiva. De esta manera, la aportación sería tanto de carácter teórico como práctico, ya que construye una base sólida y válida (teoría) que puede ser aplicada en el ejercicio de la psicología a través de la psicoterapia (práctica). Facilitando el desenvolverse en la disciplina de manera completa y sin vacíos (Opazo, 2017)

El EIS le facilita al terapeuta una manera de observar al paciente en 360º, y a su vez, esa visión completa e integral, le permite limitar la cantidad de puntos ciegos que puedan surgir tanto en la observación del paciente como en la observación de sí mismo, es decir, en el trabajo de la persona del terapeuta.

En esta misma línea, desde Vergara se plantean una serie de prácticas de autocuidado desde el EIS, las cuales están centradas principalmente en el paradigma biológico y ambiental - conductual. Sin embargo, sostiene que el beneficio e impacto de estas prácticas son transversales a más de un paradigma, influyendo de manera integral en las personas. Estas prácticas de autocuidado son: realizar actividad física, alimentación saludable, cuidar el sueño, realizar mindfulness o conciencia plena, priorizar un ambiente patodistónico, rodearse de personas que aporten positivamente a uno mismo, la religión y/o espiritualidad, saber

desconectarse para conectarse, aplicar la gratitud, realizar conductas altruistas, “decir que no”, respetar nuestra intimidad y poner límites entre los diferentes espacios personales, familiares y laborales (2021).

Sistema Self

El concepto de Sistema Self construido desde el EIS, va más allá de lo comúnmente comprendido por el concepto “Self”. Desde lo postulado por Opazo (2017) se entiende que el Self se relaciona con conceptos como la identidad, el sentido de la persona de ser “única” y qué piensa acerca de sí misma. Mientras que el Sistema Self del EIS “contribuye directamente a la integración de nuestra dinámica psicológica” (Opazo, 2017, p. 811), como una totalidad.

El Sistema Self está conectado con otros componentes del EIS como lo son los seis paradigmas: biológico, afectivo, cognitivo, ambiental-conductual, sistémico e inconsciente, que a su vez, también están interconectados entre sí. Y con esta integración de los diferentes componentes válidos del enfoque, “el Supraparadigma pasa a aportar un marco guiator para opciones de *desarrollo personal*” (Opazo, 2017, p. 811), incluyendo así el aporte en su trabajo en la persona del terapeuta.

El Sistema Self realiza seis funciones específicas: Función Toma de Consciencia, Función de Significación Integral, Función de Identidad, Función de Autoorganización, Función Búsqueda de Sentido y Función de Conducción de Vida. Desde Opazo (2017), se define en términos generales cada una a continuación:

La Función Toma de Conciencia aspira a un “adecuado concienciar”, lo cual implica la capacidad para admitir diversos contenidos en la conciencia. De este modo, se esperaría que la persona sea capaz de concienciar diferentes experiencias subjetivas, y alcanzar un buen funcionamiento de sus procesos introspectivos y extrospectivos.

La Función de Significación Integral alude al proceso de dar significación a una experiencia, entendiendo que cada persona lo hace desde la formación de su propia imagen de la realidad, y

considerando también que existen significados nomotéticos y compartidos. Estos significados pueden determinar el impacto de las experiencias.

La Función de Identidad refiere a la manera en que una persona se posiciona en el mundo como un ser humano distinto a los otros, y está compuesto principalmente por los conceptos de autoimagen, autoestima y autoeficacia ligados directamente con nuestro bienestar y malestar emocional y repertorio conductual.

La Función de Autoorganización se refiere a recobrar la organización perdida tras una experiencia desorganizadora o impactante, preservando la integridad y coherencia de la persona y su sistema psicológico. Destacan conceptos como la capacidad de autocontrol, postergación de impulsos, capacidad de adaptación, entre otros.

La Función Búsqueda de Sentido corresponde principalmente al sentido de la vida, asociado con propósitos de vida, objetivos y finalidad. A los nortes que entregan dirección y parámetros. Donde se sostiene que “un vida con sentido... tiene más sentido” (Opazo, 2004, p.365, en Opazo 2017 p. 963) considerando el sentido de vida como muestra de desarrollo personal.

La Función de Conducción de Vida alude a conducir la propia vida hacia los objetivos o lugares que la persona desea alcanzar. Destacando que “a mejor nivel de desarrollo personal, mejores opciones de conducción de vida” (Opazo, 2017, p. 972).

Tras conocer a qué aluden principalmente cada una de las funciones del Sistema Self, se logra evidenciar que todas ellas tienen estrecha relación con el desarrollo personal. Pues implican realizar un observación personal profunda, plantearse preguntas y buscar las respuestas en uno mismo, abordar el funcionamiento personal, los modos de comportarse y frente a qué estímulos, contemplar el funcionamiento emocional, la conexión con el sentido valórico, con el modo de percibir la realidad y construir el propio camino de vida. Esto puede contribuir y nutrir el desarrollo personal. Y como ya se ha mencionado y sostenido con anterioridad, el desarrollo personal en cuanto a los terapeutas implica una combinación inseparable

entre la persona y su rol profesional, abriendo la necesidad de trabajar en la persona del terapeuta.

Cada una de las funciones del Sistema Self propone una serie de preguntas abiertas que llaman a la autoobservación y reflexión personal. Esas preguntas, sientan las bases desde las cuales observar, monitorear y evaluar a la persona del terapeuta. Permitiendo una aproximación hacia dicho trabajo, aportando a su investigación entregando información válida y fundamentada desde el sistema Self del EIS. Las funciones y sus preguntas son (Bagladi, 2024):

Función Toma de Conciencia:

Focos en el conscienciar:

- *¿Cómo es mi entorno?*
- *¿Cuáles son mis límites?*
- *¿Qué me pasa?*
- *¿Cómo funcione?*
- *¿Cuál es mi historia?*

Calidad y libertad del conscienciar:

- *¿Cuál es mi capacidad de observación?*
- *¿Cuál es mi capacidad de introspección?*
- *¿Cuán clara tengo la relación conducta/consecuencias?*
- *¿Cuán bien me conozco?*

Función Identidad:

- *¿Quién soy?, ¿cómo soy?, ¿creo en mí?, ¿con qué convicción?*
- *Autoimagen - autoestima - autoeficacia*
- *¿Cuánto me conozco?, ¿cómo me ven?, ¿cómo quiero que me vean?*
- *¿Me acepto como soy?, ¿Cómo quiero llegar a ser? (ideal del SELF)*

Función de Significación:

- *¿Cuán bien traduzco mis experiencias?*
- *¿A qué le prestó atención preferente?, ¿qué me importa más?*
- *¿Soy capaz de observar desde distintos ángulos?*
- *¿Evito "mirar" en algunas direcciones?*

Función de Autoorganización:

- *¿Qué experiencias me desorganizan?, ¿en qué grado?*
- *¿Tardo en re-organizarme?, ¿logro auto-organizarme plenamente?*
- *¿Estoy dispuesto(a) a cambiar?, ¿hasta qué punto?*
- *¿Cuán coherente es mi mundo interno?*

Función Búsqueda de Sentido:

- *¿Cuáles son mis valores?, ¿cuál es su fuerza?*
- *¿Qué guía mis decisiones?, ¿tengo NORTES orientadores?*

- *¿Logro actualizar mis potencialidades?, ¿en qué medida?*
- *¿Le doy SENTIDO a mi vida?, ¿tengo metas "trascendentes"?*

Función Conducción de Vida:

- *¿Soy capaz de activarme?, ¿de perseverar?*
- *¿Soy capaz de satisfacer mis necesidades?*
- *¿Logro postergar mis impulsos?, ¿soy consistente con mis NORTES?*
- *¿Cuál es la calidad de mis decisiones?, ¿logro implementarlas?*
- *¿Me comprometo con mi Desarrollo Personal?*

Entendiendo que el Sistema Self “se perfila como el *núcleo* de nuestra persona y de nuestra personalidad” (Opazo, 2017, p. 813) y que las personas evolucionan, se adaptan y desarrollan su identidad constantemente a lo largo de toda su vida, el Sistema Self logra configurarse como una herramienta de gran aporte para el desarrollo tanto humano como profesional de los terapeutas. Pues el Sistema Self se va configurando con el tiempo, al igual que la persona misma, quien evoluciona de manera permanente en el tiempo, y este componente del EIS puede ser un gran compañero de vida, en el rol humano y en el profesional.

“Dado que el camino hacia el conocimiento personal es un proceso que no tiene fin, pues mientras se viva se sigue teniendo experiencias, el ensamblaje terapéutico también es continuo, de modo que la tarea de ver/entender al otro va unida con la tarea de verse/entenderse” (Szmulowicz, 2013, s/p.).

El sistema Self permite observar al paciente en 360º. Y de la misma manera, es una herramienta que puede ponerse a disposición del terapeuta para realizar el mismo tipo de observación en 360º hacia sí mismo. Y con ello, comprenderse en todas sus dimensiones.

El trabajo de las funciones del Sistema Self podría responder a un abordaje integrativo hacia el trabajo de la persona del terapeuta. Pues le permitiría una autoobservación y autoconocimiento tal, que conociendo dicho funcionamiento podría obtener conocimiento personal que sea también aportativo para la construcción de una alianza terapéutica positiva, y

que contribuya a la predicción de resultados en terapia. Una manera de concretizar esto, podría ser poniéndole especial atención a la contratransferencia que experimenta un terapeuta (al trabajar diagnósticos en particular, determinados rasgos en sus pacientes, características del sistema de quien consulta, entre otros). Puesto que esta contratransferencia le podría remover ciertos aspectos de su persona del terapeuta, que podrían ser observados desde el trabajo de las funciones del Sistema Self. Esto podría desarrollarse explorando sus “puntos ciegos” en la función de toma de conciencia; cómo quiere ser visto desde la función de identidad; la capacidad de observar desde distintos ángulos desde la significación integral; identificando las experiencias que lo desorganizan; conociendo las guías de sus decisiones en cuanto a la búsqueda de sentido; y conociendo la calidad de sus decisiones respecto a la función de conducción de vida. Permitiendo así, un espacio de reflexión personal, autoobservación y evolución personal, a partir de cada una de las funciones.

Con esto, se logra visibilizar que no es posible separar lo humano del terapeuta, ya que son partes intrínsecamente conectadas y ambas trabajan en equipo en psicoterapia. Y la persona del terapeuta cobra especial relevancia cuando se trabajan temáticas complejas que pueden despertar resonancias o contratransferencias en el terapeuta. Para lo cual, se considera que el trabajo desde el Sistema Self del EIS hacia la persona del terapeuta, podría ser una herramienta aportativa al momento de aproximarse hacia la elaboración de un manual para psicoterapeutas.

Análisis y Discusión

A modo de análisis, se considera necesario comenzar planteando que algunos autores consideran necesario seguir investigando en torno a la persona del terapeuta. Por ejemplo, Szmulewicz refiere que son muy pocos los estudios que han mencionado y referido lo importante que respecta al tema de la persona del terapeuta (2013). Por su parte Casari, Ison y Gómez en su síntesis de las líneas de investigación actuales del estilo personal del terapeuta y reflexión sobre las

fortalezas y líneas futuras de investigación, concluyen que sería interesante ampliar la información proporcionada por el cuestionario empleado en su estudio, con otros procedimientos, como análisis de discurso del terapeuta o la visualización de sesiones de terapeutas (2018).

Considerando esto, para complementar y diversificar la información presente en esta revisión bibliográfica, se realiza una consulta a experto. Con esto, se pretende obtener una visión adicional respecto al trabajo en torno a la persona del terapeuta, y hacer dialogar la información brindada con el Sistema Self del EIS. Y con eso, realizar asociaciones y reforzamiento de información ya planteada, alineada con los fundamentos y trabajo en torno a la propia persona del terapeuta de la experta consultada: Psicóloga clínica Daniela Espinoza Garuti, con 15 años de experiencia en el ejercicio de la psicoterapia, supervisora clínica y docente de cursos de especialización para terapeutas, con foco e interés en la persona del terapeuta.

Una asociación basal que realiza la Psicóloga Espinoza, en cuanto a su ejercicio profesional como psicóloga clínica y su persona del terapeuta, lo relaciona con *“cómo se construye el trabajo”*. Es decir, qué significación se le brinda al hecho de dedicarse a la psicoterapia. Plantea que cada terapeuta tiene una construcción personal de su vocación y ejercicio profesional, lo cual depende de la visión de vida y visión profesional de cada uno, que determina el modo de significar el trabajo. Para aclarar su idea, hace la distinción entre dos ejemplos: uno sería ver la psicoterapia como *“la oportunidad de acompañar a alguien a crecer desde el sufrimiento”* (con el foco puesto en la oportunidad o en lo positivo), y otro sería verlo como *“lo terrible de escuchar constantemente el sufrimiento de las personas”* (con el foco puesto en lo negativo).

Este punto muestra evidente relación con la Función de Significación del Sistema Self. Entendiendo que esta función se refiere al significado que cada quien le otorga a la experiencia, lo cual puede determinar el impacto que genera. Daniela opta por darle a la

psicoterapia un significado desde lo positivo y desde la oportunidad de poder acompañar y ayudar a los pacientes en su sufrimiento. Este modo de significar el trabajo es considerado como un factor protector personal para la experta consultada, y lo pone al servicio de su trabajo en torno a la persona del terapeuta.

Otra manera de trabajar en torno a la persona del terapeuta desde Espinoza se atribuye a las acciones cotidianas de autocuidado que realiza en torno a su trabajo. Para ello, destaca la incorporación de hábitos saludables, tanto en su vida personal como profesional, como lo es hacer ejercicio y respetar los momentos de descanso. También, complementar la psicoterapia con el trabajo en equipo (grupos de estudio, espacio de supervisión, revisión de casos con pares, resolver dudas con colegas, entre otros), que adicionalmente lo define como un factor protector para evitar el riesgo de burnout. Y agrega la necesidad de tener espacios de pausa y observación hacia uno mismo, destacando la importancia de participar de psicoterapia personal.

La supervisión clínica también es mencionada en Daskal, quien la considera una herramienta indispensable tanto en la formación como en el ejercicio profesional de los psicoterapeutas. Ya que entregaría un espacio de reflexión, contención, orientación y aprendizaje (2014), vinculado estrechamente con el autocuidado, bienestar y trabajo en la persona del terapeuta.

Otro componente destacado por Espinoza fue *“la genuinidad a la hora de ser terapeuta”*. Para profundizar menciona: *“no dejar de ser yo en ningún momento. No caer en aspirar a un intento de neutralidad o distancia, porque puede requerir un desgaste adicional. Sentir que se ejerce la clínica de una manera coherente con el modo personal de ver la vida, seguir conectado con la propia humanidad. No hay que cumplir un rol o papel que no dialogue con las características personales humanas”*. De este modo, se identifican coincidencias temáticas y se le entrega relevancia a conceptos anteriormente mencionados sobre el estilo del terapeuta, la necesidad de humanizar el servicio de salud mental, la necesidad de

autocompasión y de entender que el rol profesional y el personal son inseparables. Y en cuanto al Sistema Self, aparecen en cuestión principalmente las funciones de Identidad y Toma de Consciencia.

La experta consultada le da especial relevancia a la necesidad de posicionarse en su rol de terapeuta desde su rol humano, y de ese modo, abrirse al encuentro psicoterapéutico junto a otro que también es humano. Aceptar que ambos participantes del encuentro tienen particularidades, vulnerabilidades, *“luces y sombras”*. *“No puedo sostener un rol de neutralidad u objetividad porque soy humana, y no debemos pretender ajustarnos a un rol que escapa de lo humano y lo personal de nosotros como terapeutas”*. Enfatizando en que, para proteger y cuidar a su persona del terapeuta, tiene que permitirse ser humana. Esto se relaciona con lo postulado por Szmulewicz, donde refleja que la psicoterapia es el encuentro entre dos seres humanos, y que ambos tienen opiniones, sentimientos y experiencias (2013). En este punto, la subjetividad cobra protagonismo, ya que formaría la base del encuentro y trabajo en psicoterapia. Y entender y aplicar esa información valiosa en el ejercicio de la profesión, aporta al trabajo de la persona del terapeuta sentando bases saludables y realistas sobre las cuales trabajar.

A modo de crítica, Espinoza menciona la importancia de la autoconciencia al momento de trabajar en torno a la persona del terapeuta. Considera que tomar conciencia es una responsabilidad ética, *“es como que un cirujano entre a cirugía sin lavarse las manos”*. Desde su perspectiva, se debe tener alta conciencia de la importancia que tiene el trabajo en la persona del terapeuta, porque el ejercicio profesional impacta en la vida personal y viceversa. Se considera pertinente en este punto, no dejar de lado la Función de Autoorganización del Sistema Self. Pues resulta esencial conocerse a sí mismo, y desde esa posición lograr identificar y entender qué experiencias provocan desorganización y cómo hacer frente a ello. Es más, Daniela postula que debería ser obligatorio en la formación profesional, que exista un espacio de autoexploración y autoconocimiento para poder responder a este requerimiento.

A modo de cierre, la experta postula que, lo que considera más importante al momento de trabajar en su persona del terapeuta, es buscar la coherencia en general, entre los inseparables roles profesional y personal. Porque si no existe coherencia entre ambos roles, el ejercicio de la profesión y la vocación no serían genuinas. No se estaría en sintonía con la vocación, con el sentido de la profesión y la esencia de la psicoterapia.

De esta manera, destacan las funciones del Sistema Self de Búsqueda de Sentido y Conducción de Vida. Para Daniela, el rol profesional es tan inseparable del personal, que el ser humano completo debe estar en armonía con su vocación. Como se mencionó anteriormente, su trabajo como psicoterapeuta es significado como *"la oportunidad de acompañar a alguien a crecer desde el sufrimiento"* lo cual al mismo tiempo corresponde a uno de sus objetivos de vida, norte y propósito. Esto le permite vivir en coherencia interna y externa, brindándole una base consistente de sentido de vida y propósito orientador, afectando directa y beneficiosamente en su persona del terapeuta.

La congruencia es la llave maestra de la curación. Si el terapeuta dice una cosa y siente otra, genera un ambiente de deshonestidad emocional que se hará inseguro para el paciente. La incongruencia, por tanto, no sólo trae como consecuencia el retraimiento del paciente, sino que también dificulta el flujo relacional percibido por el mismo terapeuta y entorpece el proceso (Baldwin, 2008, en Szmulewicz, 2013, s/p.).

Conclusiones

El trabajo en la persona del terapeuta es un componente basal y clave en la psicoterapia. Se sustenta en la naturaleza subjetiva del encuentro psicoterapéutico, entre dos personas que, ante cualquier cosa, son humanos y deciden compartir sus particularidades en un espacio único. Donde el terapeuta, en conjunto con su humanidad y subjetividad, se pone al servicio del paciente, combinando constantemente la aplicación de su rol profesional y personal. Es por la naturaleza subjetiva del espacio psicoterapéutico y lo

humano de los participantes, que el concepto de la persona del terapeuta se vuelve protagónico al momento de pensar en la efectividad en psicoterapia y bienestar el psicólogo clínico, debido a que evidente e inevitablemente, él es su propia herramienta de trabajo.

Y para que esto sea encausado con consistencia y fundamento, el EIS (al contar con un composición realmente integrativa) y la función del Sistema Self, resultan ser un buen aliado para el terapeuta, en sus dos inseparables roles.

Mantener un trabajo constante en torno a las funciones del Sistema Self, observando cómo se manifiestan en uno mismo, escuchando sus mensajes, realizando nuevos cuestionamientos y manteniéndolo actualizado, puede generarle un aporte al terapeuta en cuanto a su desarrollo personal, profesional y bienestar, ayudando a mantener un diálogo entre ambas facetas que se encuentran interconectadas. Y con ello, contribuir y construir adecuadas condiciones psicoterapéuticas.

El Sistema Self del EIS se considera una herramienta significativamente valiosa para la psicoterapia y el terapeuta, su evolución personal y el trabajo constante en torno a su propia persona, permitiendo realizar un trabajo efectivo en terapia, sin dejar de lado su propia humanidad. Y en combinación con la información válida y relevante recogida de la presente revisión bibliográfica y consulta a experto, se logra construir una base pertinente sobre la cual profundizar y continuar un trabajo investigativo, que siga complementando la información. Aspirando llegar a un punto donde finalmente sea posible elaborar un manual, que funcione como guía y material seguro para toda importante, única, compleja y especial herramienta de trabajo, como lo son los terapeutas.

Es necesario continuar este trabajo investigativo, idealmente desde diferentes métodos, aristas y posturas, para poder seguir recopilando y articulando información válida, que pueda aportar y nutrir el proceso de elaboración del manual. Una estrategia no implementada en el presente estudio, pero que podría resultar interesante para profundizar en la temática, sería

realizar una encuesta o entrevista semiestructurada a una muestra significativa de psicólogos clínicos, dedicados al ejercicio de la psicoterapia, para poder recoger mayores cantidades de información y directamente desde el objeto de estudio. Con esto, se podrían levantar experiencias y testimonios personales sobre las diversas maneras que tienen los psicoterapeutas para trabajar en el día a día a su persona del terapeuta, y el modo en el que ponen dicho trabajo personal/laboral al servicio de la profesión. Y de este modo, lograr llegar a resultados consistentes sobre cuáles son las maneras concretas, efectivas y con consenso existentes para trabajar en torno a la persona del terapeuta, y así construir un manual que sea representativo y logre responder a la demanda y a la problemática en cuestión.

Dentro de las limitaciones del estudio, se considera que la consulta a experto si bien esclarece información valiosa y permite generar un diálogo con otras prácticas mencionadas con anterioridad y con las funciones del Sistema Self del EIS, sería insuficiente en cantidad. De este modo, una propuesta sería complementar el estudio con testimonios y consultas a expertos a una cantidad considerable de personas, para que la información recopilada sea amplia y exhaustiva, y permita realizar comparaciones entre las informaciones levantadas. Así, lograr identificar las concordancias y discrepancias que aparezcan en los relatos, y aspirar a dar con un consenso en cuanto a los ejercicios y prácticas que realmente se consideran efectivas para trabajar en torno a la persona del terapeuta. Esto porque, si bien las bases teóricas y revisión bibliográfica sientan las bases para un estudio válido, cuando se pretende elaborar una herramienta práctica de trabajo, puesta al servicio y ejercicio de la psicoterapia, los testimonios y posturas personales se considera que cuentan con un peso de importancia.

Si bien el presente artículo corresponde a una aproximación para una futura elaboración de un manual para trabajar en torno a la persona del terapeuta, a modo personal y de crítica, llama la atención que aún no existe un manual de este tipo. Ya que frecuentemente se tiene acceso a

información que transmite alarma y preocupación que existe en torno a la salud mental en Chile, siendo considerado el país que más identifica la salud mental como un problema grave de salud (Ipsos, 2024). De este modo, se entiende que el trabajo en salud mental se vuelve cada vez más demandado y exigido por la población a nivel de salud nacional, y según lo postulado y entendido a lo largo del presente artículo, esta demanda y exigencia repercute directamente en los psicólogos clínicos que trabajan con la población afectada. En esta línea, se considera que debería existir un paradigma en el sistema de salud donde, a medida que aumenta la demanda del servicio, debería aumentar en la misma medida el fortalecimiento de la figura de los psicoterapeutas que responden ante la creciente demanda. Se considera que existe la necesidad de aplicar mayor cuidado a la herramienta de trabajo de todos estos psicólogos clínicos, es decir, a la persona del terapeuta. Ya que así, se logaría estar alineados en el servicio de salud mental, con el propósito de entregar atenciones de calidad y de manera estable, para que la respuesta atingente y consistente en salud mental, no sea en desmedro de la herramienta de trabajo de los psicólogos clínicos en ejercicio.

En suma, se hace evidente la relevancia del trabajo en torno a la persona del terapeuta, y el gran aporte que significa hacerlo desde un enfoque que sea efectivamente integrativo, contribuyendo al tratamiento y al mundo intersubjetivo que surge a partir del encuentro de terapeuta y paciente, aportando autoconocimiento, integración de la dinámica psicológica y bienestar para ambas partes.

Referencias

- Achor, S. (2011).** *The happy secret to better work*. Consultado el 28 de diciembre de 2024. https://www.ted.com/talks/shawn_achor_the_happy_secret_to_better_work?subtitle=en&lang=es&geo=es
- Bagladi, V. (2024)** Psicoterapia Integrativa EIS en Personalidad. En: TALLER INTERNACIONAL “PSICOTERAPIA INTEGRATIVA EN PERSONALIDAD”, Dr. Carlos Mirapeix, España y Ps. Verónica Bagladi (PhD), Chile

- Baptista, M. Fernández, C. & Hernández, R. (2010).** *Metodología de la investigación.* <https://www.semanticscholar.org/reader/3e42246ee04eeab4fce7b4bd80c13c59bc21292>
- Bedregal, P., Lermandá, V., y Brito, G. (2020).** La compasión: clave en la renovación de la atención en salud. *Revista de Ciencias Médicas*, 45(1), 74-79. <https://www.arsmedica.cl/index.php/MED/article/view/1581/1466>
- Burns, D. (2006).** *When Panic Attacks.* <https://hypnotherapycenter.co.za/wp-content/uploads/2020/10/When-Panic-Attacks -The-New-Drug-Free-Anxiety-Therapy-That-Can-Change-Your-Life.pdf>
- Casari, L., Ison, M., y Gómez, B. (2018).** Estilo Personal del Terapeuta: Estado Actual (1998 - 2017). *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 27(3), 466-477. [10.24205/03276716.2018.1082](https://doi.org/10.24205/03276716.2018.1082)
- Daskal, A. (2024).** *La Persona del Terapeuta.* https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=0LcpEQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT9&dq=la+persona+del+terapeuta+Ana+Mar%C3%ADa+Daskal&ots=guEVjpN_gL&sig=9a4XgDsO83s4i6wKXjVS90Pjz0U#v=onepage&q=la%20persona%20del%20terapeuta%20Ana%20Mar%C3%ADa%20Daskal&f=false
- Evans, V. (2024).** *Más Allá de la Terapia: Estrategias para promover el autocuidado y bienestar del terapeuta.* <https://www.supervisate.cl/single-post/m%C3%A1s-all%C3%A1-de-la-terapia-estrategias-para-promover-el-autocuidado-y-bienestar-del-terapeuta>
- Herrera, J., Calero, J., González, M., Collazo, M., y González Y. (2021).** El método de consulta a expertos en tres niveles de validación. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 21 (1). (s/nº de páginas). Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/1804/180473621013/html/>
- Monitor Global de Servicios de Salud de IPSOS. (2024).** *Una encuesta de Ipsos Global Advisor en 31 países.* <https://www.ipsos.com/es-cl/la-salud-mental-se-considera-como-el-principal-problema-de-salud-nivel-mundial-y-chile-lidera-el#:~:text=En%20el%20caso%20de%20Chile,u%20problema%20grave%20de%20salud>
- Opazo, R. (2017)** "Psicoterapia Integrativa EIS: Profundizando la Comprensión, Potenciando el Cambio" Andros Ltda., Santiago, Chile, noviembre, 2017.
- Orellana, C. (2021).** *Impacto sobre la psicología, de la cibernetica de segundo orden, los aportes de Maturana, el constructivismo VS el constructismo y el recurso del déficit planteado por Kenneth Gergen.* https://d1wqxts1xze7.cloudfront.net/67680611/02_PSI_COLOGIA_IMPACTO_SOBRE_LA_PSIICOLOGIA-libre.pdf?1624151956=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DPSICOLOGIA_IMPACTO_SOBRE_LA_PSIICOLOGIA_D.pdf&Expires=1734731588&Signature=LHyRq2xG-9bzlwlrG~IV3cGXvaiDqCD6kXcAaCjXR3krzO8iXD~vZQrrJt0yJI92fUGXC5n4ftBjm1~C5qvTukisOpe4usVLA0zA-c7FYZKdb418hW8aqZiI89PGWTNkjqsT5Vm72L8B~Y1hbTpeWwB1XuJryeNul3LAnJclqtYaoC46xBn4ZW9Z0HZZIUWlhyONMMXF9q4RxN5rlUFTJJ9s5i9NQGOTWqeni74KUzhXqJE7JgRiW6r8UWsfUu6jonWXg6ibqH659CAkBnEf02zRNwPFk9W8u4BS3lpY8rzal0aDt7EniqeCw86TewAGWPSr016sZhhK6vvEA &Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA
- Orellana, F., Martín, A., Marín, A., Ibaceta, F., Penna, V., y Rodríguez, M. (2015).** La persona del terapeuta y su origen. La inclusión de las familias de origen y su impacto en el desarrollo del self profesional de los terapeutas del Instituto Humaniza Santiago. *Vincularte*, 1(1), 19-54. <https://www.humanizasantiago.cl/wp-content/uploads/2015/12/La-persona-del-terapeuta-y-su-origen.-Humaniza-Santiago.Dic2015.pdf>
- Longo, A. (2024).** *¿Cómo trabajar con la autocritica y autoexigencia?* <https://www.supervisate.cl/single-post/c%C3%B3mo-trabajar-con-la-autocr%C3%A9tica-y-autoexigencia>
- Szmulewicz, T. (2013).** La persona del terapeuta: eje fundamental de todo proceso terapéutico. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 51(1), (s/nº de páginas). <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272013000100008>
- Walsh, S., y Petteta, S. (2021).** *Entrenamiento del terapeuta: estrategias para el autocuidado en el marco de prácticas supervisadas durante la pandemia.* <https://www.aacademica.org/000-012/675>
- Vergara, M. (2021).** Autocuidado desde el EIS: Una práctica que está en nuestras manos. *Actualizaciones en Psicoterapia Integrativa*, 13(s/n), 88-97. https://www.icpsi.cl/wp-content/uploads/2022/11/acpi_2021.pdf

Reprocesamiento por Movimientos Oculares (EMDR) Desde El Enfoque Integrativo Supraparadigmático (EIS)

Amalia Gómez Velasco*

Abstract

This paper explores EMDR therapy through the lens of the Supraparadigmatic Integrative Approach (EIS), considering its six paradigms: biological, cognitive, affective, unconscious, behavioral-environmental, and systemic. It reviews the theoretical foundations of EMDR—especially the Adaptive Information Processing (AIP) model—its mechanisms of action, and empirical evidence. The limitations of EMDR as a standard one approach are also discussed. The EIS framework allows for the integration of EMDR's valid contributions, avoiding reductionism and providing a broader clinical application.

Keywords: Person of the therapist, Supraparadigmatic Integrative Approach, Self System.

Resumen

Este trabajo examina la terapia EMDR desde el Enfoque Integrativo Supraparadigmático (EIS), a partir de sus seis paradigmas: biológico, cognitivo, afectivo, inconsciente, ambiental-conductual y sistémico. Se revisan los fundamentos teóricos del EMDR, en especial el Modelo de Procesamiento Adaptativo de Información (PAI), sus mecanismos de acción y evidencia empírica. A su vez, se discuten sus limitaciones como enfoque único. Se concluye que el EIS permite integrar los aportes válidos del EMDR, evitando reduccionismos y ampliando su aplicación clínica.

Palabras claves: Persona del terapeuta, Enfoque Integrativo Supraparadigmático, Sistema Self.

La Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares (EMDR por sus siglas en inglés) es un “enfoque integral que aborda el almacenamiento fisiológico de la memoria y el modo en el que reporta la experiencia” (Shapiro, 2023, p. 4). Se distingue por utilizar la estimulación bilateral (EB) para reprocesar eventos traumáticos y así reducir o eliminar la angustia medida en unidades subjetivas de perturbación (SUD), e incluso permite un cambio en la comprensión y significación de las experiencias. Aunque se considera que la EB es solo “uno de los componentes de la terapia EMDR” (Shapiro, p.4), ésta desempeña un papel fundamental en su aplicación. La EB fue descubierta en 1987, cuando la Dra. Francine Shapiro notó de manera fortuita el efecto desensibilizador de los movimientos oculares (MO). A partir de este hallazgo, desarrolló

un procedimiento estructurado en ocho fases que emplea la estimulación bilateral alternada, como los MO, para facilitar el reprocesamiento de experiencias traumáticas. Lo que comenzó como una idea rápidamente ganó popularidad, con sólida evidencia empírica que sustenta la utilidad y efectividad que tiene el EMDR para trabajar especialmente presentaciones traumáticas, con más de 50 ensayos controlados aleatorizados (ECA) que respaldan lo anterior (Shapiro, 2023; Höglberg et al., 2008). Incluso, en la actualidad se está estudiando el uso del EMDR para otras presentaciones clínicas como las fobias, la depresión recurrente, el dolor crónico, etcétera. Ahora bien, ya que el EMDR se considera un enfoque propiamente tal, puede ser víctima de reduccionismos que el Enfoque Integrativo Supraparadigmático (EIS) podría integrar, encauzar y equilibrar. De esta manera, en este trabajo se busca analizar y comprender el EMDR desde los 6 paradigmas propuestos por este enfoque:

* Ps. Pontificia Universidad Católica de Chile

Post Título Psicoterapia Integrativa ICPSI

amaliagomezv@gmail.com

AcPI, vol. XVII, 68 - 85

biológico, afectivo, ambiental conductual, cognitivo, inconsciente, y sistémico. Así, se ocupa el EIS como base teórica para ordenar e integrar los entendimientos y efectos presentes desde el EMDR, lo cual es sumamente relevante ya que permite una mayor profundización teórica facilitando una comprensión más completa, que a su vez reduce el riesgo de caer en reduccionismos y abre nuevas perspectivas para su aplicación. Para lograr un estudio más riguroso, se busca tanto ordenar las ideas propuestas por Shapiro y su modelo teórico en los distintos paradigmas, como también contrastar esta información con la literatura disponible hasta la actualidad.

Para una mejor comprensión, es relevante entender el modelo teórico desde el cual está basado el EMDR, es decir, el Procesamiento Adaptativo de Información (PAI). Este modelo hipotetiza que las memorias se procesan y se almacenan de manera adaptativa, pero que cuando ocurre un evento angustiante o traumático, estas memorias se almacenan de manera desadaptativa y en un *estado-específico* correspondiente al momento en que ocurrió el evento. Es decir, se habla de que estos eventos procesados desadaptativamente están *congelados en el tiempo*, con su propia red neuronal, incapaces de conectarse con otras redes neuronales. Cuando se activa el sistema de procesamiento de la información junto con la estimulación bilateral se logra reprocesar estos eventos para que se almacenen de manera adaptativa, y así neutralizar la experiencia e integrarla con otras experiencias similares (Shapiro, 2023; Khalfa y Touzet, 2017).

Paradigma Biológico

Desde el EIS, uno de los aspectos fundamentales presentes en el paradigma biológico es que “en un sentido estricto, todo hecho psíquico tiene su correlato biológico; no existe pensamiento, sentimiento, dinámica inconsciente, etc., que no involucre algún cambio a nivel biológico” (Opazo, 2017, p. 219). Por lo tanto,

si la terapia EMDR efectivamente genera mejoras en el bienestar psicológico de los pacientes, estos cambios deberían poder observarse también a nivel biológico.

Para evaluar los efectos neurobiológicos del EMDR, la mayor parte de la literatura se centra en los pacientes con diagnóstico de Trastorno por Estrés Post Traumático (TEPT). Un meta-análisis de neuroimágenes funcionales (Patel et al., 2012) concluyó que en personas con el diagnóstico de TEPT se puede observar una menor activación en las regiones mediales del lóbulo prefrontal, y una hiperactivación del sistema límbico, incluyendo la amígdala y el hipocampo. La reducción de activación del lóbulo prefrontal se asocia con la dificultad de regular la atención y responder a estímulos relacionados con el trauma, mientras que la hiperactividad en la amígdala potencia la vividez del trauma y los síntomas de hiperexcitación. Por su parte, la activación anormal del hipocampo podría estar vinculada con los déficits en la memoria y aprendizaje característicos del TEPT.

Ahora bien, ¿qué ocurre en el cerebro tras la terapia EMDR? Un estudio de Pagani et al. (2012) monitoreó dinámicamente la actividad cerebral durante sesiones de EMDR usando un electroencefalograma. Antes del tratamiento (T0), al recordar el evento traumático, los pacientes mostraban una activación significativamente mayor en partes del sistema límbico (responsable de las emociones como se mencionó en el estudio anterior) en comparación con personas sin síntomas. Sin embargo, durante la estimulación bilateral alternada, la actividad límbica tendía a lateralizarse hacia el hemisferio izquierdo, activando la corteza prefrontal rostral (rPFC), implicada en la regulación emocional y la reestructuración cognitiva. En términos funcionales, esto indica que antes del EMDR el cerebro de los pacientes se enfocaba en la carga emocional del trauma, mientras que durante la terapia se orientaba más hacia un procesamiento cognitivo y asociativo del evento. En este sentido,

los hallazgos de Pagani et al. (2012) son consistentes con las alteraciones neurobiológicas descritas por Patel et al. (2012) en el TEPT, **sugiriendo que el EMDR puede inducir cambios funcionales en el cerebro de los pacientes.**

Otro estudio de Rousseau et al (2018), exploraron los efectos neurobiológicos del EMDR mediante resonancia magnética funcional (fMRI) en 16 pacientes con TEPT y un grupo de control de 16 pacientes sin síntomas. Los hallazgos indicaron que el EMDR facilita la desestabilización de los recuerdos traumáticos, lo que se refleja en una disminución de la actividad en regiones cerebrales alternadas en el TEPT, incluyendo aquellas implicadas en la memoria, autopercepción, extinción del miedo, sueño, recompensa y atención. Esto proporciona una base neurobiológica sólida para el EMDR, respaldando su eficacia como tratamiento basado en la evidencia para el trauma.

Respecto a la estimulación bilateral alternada (BLS por sus siglas en inglés) y su impacto neurobiológico, Amano y Toichi (2016) encontraron que la incorporación de BLS en la fase de instalación de recursos del protocolo EMDR aumenta la percepción subjetiva de relajación. Su estudio, mostró un incremento significativo de hemoglobina oxigenada (oxy-Hb) en el surco temporal superior (STS) derecho y una disminución en amplias áreas bilaterales de la corteza prefrontal (PFC). La activación del STS, relacionada con la representación de la memoria, sugiere que la BLS podría facilitar el acceso a memorias placenteras, mientras que la reducción en la PFC, asociada a la regulación emocional, indica que la BLS promueve relajación y confort emocional.

Ahora, ¿por qué funciona la BLS? ¿Qué sugiere la biología? Una hipótesis la proponen Pagani et al (2015), quienes sostienen que los recuerdos traumáticos permanecen en la sinapsis de la amígdala debido a una sobreactivación de los receptores AMPA, lo que dificulta su integración con la memoria cognitiva almacenada en la corteza del cíngulo anterior. En estudio con animales, se ha

observado que la estimulación tetánica de baja frecuencia (1-5 Hz) puede despotenciar los receptores AMPA en la amígdala, lo que facilita la atenuación de recuerdos traumáticos (Bender et al., 2006). De manera análoga, el EMDR utiliza estímulos bilaterales a frecuencias cercanas a los 2 Hz, lo que podría reducir la hiperactivación del sistema límbico y permitir el procesamiento adecuado de recuerdos emocionales en la corteza cerebral (Lin et al., 2003).

Otra explicación es la propuesta por Stickgold (2002), quien sugiere que los movimientos oculares en EMDR **inducen un estado neurobiológico similar al sueño REM**, facilitando una integración más flexible de las memorias perturbadoras. En esta línea, un estudio de Rasch et al., 2007, demostró que la reactivación de recuerdos durante el sueño mejora su consolidación. En su experimento, los participantes aprendieron a emparejar cartas mientras eran expuestos a un olor a rosas, y aquellos que volvieron a oler las rosas durante el sueño mostraron una mejor retención al día siguiente. Stickgold (2007), señala la similitud entre este mecanismo y la instrucción que se da en el EMDR de mantener la imagen de un evento y observar los dedos moverse de un lado a otro. No obstante, aunque esta hipótesis encaja con estudios sobre la consolidación de la memoria en el sueño, aún se requiere más evidencia para determinar si los efectos del EMDR son equivalentes a los del sueño REM o si este mecanismo es el principal responsable de su eficacia. Respecto al tipo de estimulación utilizada, Khalfa y Touzet (2017) encontraron que las estimulaciones bilaterales alternadas (BAS) son más eficaces que otras formas de estimulación como las bilaterales no alternadas o las unilaterales, ya que las BAS activan una mayor área de la red cortical, gracias a su capacidad para interrumpir las predicciones neuronales a niveles de mapas corticales (Servan-Schreiber et al., 2006). Al ser menos predecibles, estas estimulaciones evitan los procesos inhibitorios típicos, lo que

permite una activación más amplia y eficiente de nuevas conexiones neuronales (Touzet, 2015)

Habiendo dicho lo anterior, una limitante importante que tiene el enfoque EMDR es su reduccionismo... al explicar la etiología de las patologías únicamente desde el Modelo de Procesamiento Adaptativo de la Información (PAI). Según este modelo, los problemas psicológicos surgen debido a recuerdos almacenados de manera desadaptativa, lo que, si bien es una perspectiva válida para el tratamiento del trauma, resulta insuficiente para comprender otras condiciones de salud mental. Por ejemplo, el trastorno bipolar, el TDAH o el Alzheimer tienen una base neurobiológica bien documentada que no puede explicarse únicamente desde el PAI. Ignorar factores como la genética, los desequilibrios neuroquímicos, o la neurodegeneración limita la comprensión integral de la salud mental y el abordaje terapéutico. Un enfoque terapéutico eficaz debe reconocer la utilidad del EMDR en el tratamiento de ciertos trastornos como el Trastorno de Estrés Postraumático, pero sin restringirse exclusivamente a este modelo. Lo anterior en el entendido de que el que algo sea válido en un desajuste no significa que sea lo único válido en ese desajuste. El que algo sea válido en un desajuste no significa que sea también válido en otros desajustes. Ahí radica la importancia del Enfoque Integrativo Supraparadigmático (EIS), el cual permite incorporar lo válido del EMDR junto con otros abordajes basados en la evidencia, logrando una visión más amplia y flexible que atienda la diversidad de los trastornos psicológicos.

Paradigma cognitivo

La base de la terapia de EMDR es el trabajo con los recuerdos desde el modelo de Procesamiento Adaptativo de Información (PAI) ya mencionado. Shapiro (2023) explica que los blancos con los que se trabaja en el reprocesamiento son justamente componentes de la memoria, como el ingreso sensorial (imágenes, sonidos, olores, sabores y

tacto), pensamientos, emociones, sensaciones corporales y creencias. Uno de los objetivos de la terapia EMDR es aliviar las cogniciones negativas en la fase de desensibilización, para reemplazarla por una cognición positiva en la fase de reprocesamiento. Recordando brevemente lo que propone el PAI respecto a las cogniciones, las memorias con información similar están vinculadas por canales de asociación, creando redes de memorias que pueden estar almacenadas de manera adaptativa o desadaptativa. Según la autora, las memorias almacenadas desadaptativamente son la etiología de los problemas de los pacientes, y explica que la patología surge cuando una experiencia se almacena en su propia red neuronal, incapaz de integrarse naturalmente con otra más adaptativa (Shapiro, 2007). Así, la autora explica que una persona con Trastorno de Personalidad Limítrofe puede sentirse de manera positiva respecto a una pareja en un momento, y rápidamente sentir rabia al otro. Desde el PAI, esto se explica de la siguiente manera: las experiencias positivas son almacenadas en una red de memoria, pero las experiencias perturbadoras de abandono o abuso están almacenadas en otras, y así se activan ante cualquier estímulo similar al evento. Es más, desde el PAI, los eventos que son particularmente angustiantes se pueden almacenar de forma estado-específica, es decir, estarían *congelados* en el tiempo en su propia red neuronal, incapaz de conectarse con otras redes neuronales que contengan información adaptativa (Solomon y Shapiro, 2008). De este modo, cuando un recuerdo está grabado de manera excitatoria, angustiante y en estado-específico, las percepciones originales del recuerdo pueden continuar siendo gatilladas por una variedad de estímulos tanto internos como externos, lo que resulta, entre otras cosas, en una respuesta afectiva inapropiada. Estas redes de memorias son la base de las *percepciones, actitudes y comportamientos* (Solomon y Shapiro), lo cual va en la misma línea de lo propuesto por Buchanon (2007), quien refiere que la percepción

de las situaciones es automáticamente conectada con redes de memorias asociadas. Piaget (1937) también se refiere a este fenómeno etiquetando el proceso en el que se asocia nueva información a esquemas mentales previos como la asimilación. En cambio, cuando se modifica un esquema mental preexistente se produce el proceso de acomodación. Ahora, en la misma línea de la acomodación, Solomon y Shapiro refieren que la posible reestructuración cognitiva que se puede dar con la terapia EMDR no se da de manera directa y tampoco hay intentos por cambiar deliberadamente una creencia actual. En cambio, se piensa que la creencia cambia de manera espontánea durante el reprocesamiento, pues parte del protocolo de 8 fases busca hacer un contraste entre la creencia negativa que se aprendió durante el evento con una creencia positiva más adaptativa; lo cual, junto a la estimulación bilateral, facilita la activación de nuevas redes adaptativas. Desde el EIS, esta reestructuración cognitiva podría facilitar una significación cognitiva más adaptativa, es decir, cómo las personas interpretan y le dan sentido a su experiencia subjetiva, lo que influye directamente en sus emociones, conducta y bienestar (Opazo, 2017).

Un trabajo realizado por Khalfa y Touzet (2017) buscó explicar los mecanismos de la terapia EMDR a partir de la Teoría de la Cognición Neuronal (TnC), la cual propone que el cerebro procesa la información y genera el pensamiento a través de estructuras organizadas en redes jerárquicas de neuronas, conocidas como columnas corticales, las cuales trabajan juntas para codificar y procesar la información del mundo que experimentamos. Estas columnas son las unidades básicas de procesamiento de información en la corteza cerebral, la cual está organizada en 360 mapas corticales (como mapas especializados en diferentes funciones) y cada mapa tiene un promedio de 450 columnas corticales. Cada mapa, se dedica a procesar un aspecto específico del mundo, como la forma, el color o incluso

conceptos más complejos como caras, herramientas o números. Los mapas corticales trabajan en una jerarquía, la corteza primaria recibe información directamente de los sentidos (vista, oído, olfato, etc), la corteza secundaria combina y asocia estas señales (por ejemplo, relaciona la forma con el color) y la corteza asociativa integra la información de múltiples áreas para procesar conceptos más abstractos. Dentro de un mapa, las columnas corticales compiten entre sí y se puede dar inhibición local, es decir, una columna activa inhibe a las demás para resaltar su señal. Solo unas pocas columnas se activan plenamente en un momento dado, creando una representación muy eficiente llamada codificación dispersa. Las memorias son trazas de eventos que hemos experimentado, almacenadas como configuraciones específicas de columnas activadas. Al igual que en el PAI, esta teoría explica que si experimentamos algo idéntico o similar a un evento pasado, el cerebro lo reconoce y puede predecir lo que sucederá después, y si la experiencia es completamente nueva, no hay coincidencia con las memorias almacenadas y el cerebro registra un nuevo patrón. Ahora bien, Khalfa y Touzet explican que la TnC permite explicar cómo el EMDR facilita el procesamiento de recuerdos traumáticos y la disminución de la carga emocional asociada. Según la TnC y como ya se ha mencionado anteriormente, los recuerdos traumáticos están vinculados a una hiperactivación de la amígdala y a conexiones sinápticas fortalecidas a través de la potenciación a largo plazo (LTP). Este proceso dificulta que dichos recuerdos se integren adecuadamente en la memoria cortical, donde podrían ser procesados de manera neutral. Durante una sesión de EMDR, la estimulación bilateral induce activaciones neuronales amplias y menos predecibles en las columnas corticales, lo que facilita la creación de nuevos estados globales de activación (GSA). Estos GSA representan nuevas configuraciones neuronales que no están asociadas a la activación de la amígdala ni a las emociones negativas

originales del recuerdo. A medida que el paciente recuerda el evento traumático durante la terapia, la estimulación bilateral genera un nuevo aprendizaje, que desvincula progresivamente el recuerdo de la carga emocional almacenada en la amígdala. Este proceso está mediado por la depresión a largo plazo (LTD), que debilita las conexiones neuronales entre las áreas corticales y la amígdala relacionadas con el recuerdo. Como resultado, se forma una nueva representación del evento que ya no provoca una respuesta emocional negativa, incluso cuando se recuerda.

Respecto a posible evidencia para lo mencionado, un estudio por Rosas et al. (2013) encontró que el EMDR tuvo un efecto positivo tanto en el procesamiento cognitivo de lo emocional y en la organización conceptual de la memoria a largo plazo en pacientes con depresión.

Otra aproximación cognitiva que busca explicar cómo funciona la terapia EMDR la proponen Van Den Hout et al. (2012), quienes sostienen que al mantener una memoria al mismo tiempo que se realiza la estimulación bilateral genera una sobrecarga en la memoria de trabajo y como consecuencia la memoria pierde intensidad y se reduce la emoción asociada. Esto ocurre debido a que al realizar simultáneamente dos tareas que exigen los recursos de la memoria de trabajo, estas compiten por su capacidad limitada. Se hipotetiza que durante la evocación, un recuerdo se vuelve lábil, lo que significa que los eventos que ocurren en ese momento influyen en la forma en que la memoria se restaura o re-consolida, y en cómo se recordará en el futuro. Recordando lo que se mencionó anteriormente en el paradigma biológico, Pagani et al. (2015), Bender et al (2006),, Lin et al (2003), sugieren que la estimulación bilateral facilita la reubicación del recuerdo desde la amígdala hacia el córtex, donde se puede procesar de manera más adaptativa. Es probable que ambos mecanismos se complementen; la sobrecarga cognitiva podría facilitar el acceso a la memoria en un estado más maleable, permitiendo que los efectos de plasticidad sináptica en el

sistema límbico ocurran con mayor eficacia, pero esta hipótesis requiere mayor investigación.

Paradigma afectivo

Los afectos juegan un rol importante en cualquier tipo de terapia, y el enfoque del EMDR no es una excepción. Como se habló anteriormente, el modelo de Procesamiento Adaptativo de Información (PAI) sugiere que los afectos son componentes de los recuerdos y pueden constituir la base de redes de memorias desadaptativas que requieren reprocesamiento (Shapiro, 2023). Es decir, los afectos desempeñan un rol clave en la activación de memorias del pasado cuando un estado afectivo presente se siente de manera similar a experiencias previas.

Respecto al EMDR y el paradigma afectivo, existen autores que documentaron el efecto que tiene la estimulación bilateral (EB) en la activación del sistema parasimpático. Se ha observado que la EB puede disminuir significativamente los niveles de hiperactivación en pacientes, un fenómeno común en la fase de desensibilización del protocolo (Wilson et al., 1996, Sack et al., 2008). En el protocolo estándar, se instruye al paciente que (1) identifique la emoción que siente asociada con el blanco que se está reprocesando, (2) describa la sensación física asociada a esa emoción, (3) identifique el nivel de perturbación subjetivo del estado emocional del 1 al 10. Este último aspecto es evaluado constantemente para medir la efectividad del reprocesamiento (Shapiro, 2023).

Una idea novedosa la propone Coubard (2015), quien propuso que el EMDR funciona como un *neuroentrenamiento* que incrementa la *meta-emoción*; la capacidad de reflexionar sobre las propias emociones y enfrentarlas en lugar de evitarlas. Según el autor, este mecanismo permite desarrollar un mayor control emocional, el cual involucra 4 habilidades esenciales: (1) la capacidad de identificar el estado propio y de otras personas; (2) lograr entender el curso natural de las emociones; (3) poder razonar y argumentar respecto a las emociones; y (4) poder lidiar y controlar las emociones. Desde el enfoque EIS, lo

que sugiere Coubard podría fomentar el awareness integral tanto en lo cognitivo como en lo afectivo y, como dice Opazo (2017), en lo afectivo el darse cuenta debe generar a su vez una respuesta afectiva estable.

En la práctica clínica, comprender el rol de los afectos en el curso de la terapia es crucial, pues en el EMDR la autorregulación emocional es uno de los prerrequisitos para iniciar las etapas de reprocesamiento (González et al., 2017; Shapiro 2023). En el entrenamiento del EMDR se enfatiza la importancia de la *ventana de tolerancia* del paciente y la manera de mantenerlo dentro de ella, lo cual se debe considerar en la fase 2 (preparación para el reprocesamiento). Este concepto es popular entre los terapeutas que trabajan con trauma y sostiene que la intensidad de las emociones debe mantenerse dentro de la zona del medio de la ventana de tolerancia para permitir el procesamiento. Teniéndose presente que en la parte superior de la ventana estaría la posibilidad de hiperactivación y en la inferior la de hipoactivación. La tolerancia no se refiere a cuánta emoción se está sintiendo, sino a cuán aceptable resulta para el paciente (González et al.). Cuando el reprocesamiento se frena o se estanca, el clínico debe usar técnicas diseñadas para facilitar el acceso a las redes de memoria, mientras que si los afectos se tornan intolerables, se utilizan estrategias diseñadas para reducir la activación a niveles manejables que permitan el reprocesamiento (Dworkin y Errebo, 2010). Una de las técnicas más básicas es la misma estimulación bilateral –en el paradigma biológico se habló de la evidencia que apoya su efectividad– y desde el modelo de la ventana de tolerancia ésta ayudaría a que los pacientes regresen a su zona central (González et al.).

Otra herramienta es el *Estado Calmo*, una técnica que combina la imaginería y la estimulación bilateral para ayudar al paciente a desarrollar estrategias internas para transitar de estados emocionales displacenteros a más neutros y tolerables (Shapiro, 2023; Dworkin y Errebo, 2010).

Sin embargo, falta evidencia científica que respalde su efectividad. Finalmente, otro recurso importante para lograr que los pacientes se mantengan dentro de la ventana de tolerancia es la Instalación de Recursos (DIR).

El DIR se relaciona tanto con el paradigma afectivo como cognitivo, pues es una herramienta del protocolo que se enfoca en fortalecer la conexión de redes de memorias funcionales y adaptativas a la vez que se evita activar memorias desadaptativas (Leed y Shapiro, 2000; Shapiro, 1995). Se ha observado que la estimulación bilateral empleada en el DIR puede intensificar la carga afectiva de redes de memoria positivas lo que tiene como resultado un mayor sentido de lo que desde el EIS se conoce como autoeficacia (Korn y Leeds, 2002). Estos autores hacen referencia a informes realizados por pacientes respecto a los cambios percibidos después del DIR, en los que explican que la técnica permitió fortalecer la capacidad que tienen para acceder a habilidades de afrontamiento afectivas, cognitivas y conductuales cuando se enfrentaron a estímulos estresantes posteriormente. En su investigación, Korn y Leeds encontraron que el DIR es particularmente efectivo en reducir el malestar y el comportamiento asociado a pacientes con diagnóstico de Trauma Complejo, y a su vez permitió aumentar la autoeficacia y la preparación para las siguientes fases del protocolo. Lo anterior es sumamente relevante y se asemeja a lo que desde el EIS se conoce como *trasfondo eficaz*; dirigir de manera intencional la atención selectiva a los logros pasados del paciente y a sus cualidades presentes, con el propósito de reconocerlos y valorarlos, permitiendo que adquieran relevancia e influencia en sus experiencias futuras (Opazo, 2017).

Ahora bien, aunque mantenerse dentro de la ventana de tolerancia es un aspecto fundamental para poder comenzar con el reprocesamiento, esto a veces no es posible para todos los pacientes por la naturaleza de sus problemas clínicos. Trentini et al. (2015) explican que cuando una persona

presenta un estilo disfuncional de regulación emocional, que no es generalizado ni recurrente en el tiempo o rígido, el protocolo estándar actúa como un entrenamiento cognitivo, similar a lo que propuso Coubard (2015). De lo contrario, cuando una persona tiene una tendencia a usar estrategias disfuncionales para la regulación emocional de manera rígida y prolongada en el tiempo, se requiere de intervenciones adicionales al protocolo estándar para que la memoria pueda ser procesada e integrada correctamente. Es decir, **los afectos parecieran tener un efecto importante en la posibilidad del reprocesamiento cognitivo**, y por lo tanto en las intervenciones clínicas.

Otra propuesta interesante la hace Giovannozzi (2016) quien integró el modelo del PAI con la Teoría Polivagal de Stephen Porges (Giovannozzi, 2016). Según esta teoría, el sistema nervioso autónomo opera en una jerarquía regulada por diferentes ramas del nervio vago. Cuando el vago mielinizado, asociado con la interacción social, falla, predomina la activación simpática (hiperactivación) generando respuestas de lucha/huida. En cambio, una activación extrema del vago no mielinizado puede llevar a respuestas de inmovilización o colapso. Giovannozzi explica que esto podría ayudar a comprender la variabilidad en la efectividad del EMDR: en estados de hiperactivación, los movimientos oculares pueden ser útiles, mientras que en estado de colapso podrían no generar cambios o incluso empeorar los síntomas. No obstante, la autora señala que aún falta evidencia empírica que respalde la teoría polivagal.

Respecto a la evidencia científica, Staring et al (2016) realizaron un ensayo controlado aleatorizado cruzado comparando el EMDR con el Entrenamiento de Memoria Competitiva (COMET) en 47 pacientes con baja autoestima y un trastorno de ansiedad primario, de los cuales el 51% tenía un diagnóstico de Trastorno de Estrés Posttraumático. El EMDR se enfocó en la desensibilización de representaciones negativas de la memoria, mientras que COMET promovió representaciones

positivas mediante tareas diarias. Los resultados mostraron que el COMET fue más efectivo para mejorar la autoestima que el EMDR, y así los autores llegaron a la conclusión de que la intervención centrada en lo positivo pareciera tener un mayor impacto en la autoestima. Lo que no queda claro de este estudio es la metodología empleada desde el EMDR, pues como se ha mencionado parte del protocolo estándar incluye trabajar tanto con cogniciones negativas como positivas, por lo tanto no se trabaja exclusivamente con representaciones negativas de la memoria.

Otro estudio realizado por Wanders et al., (2008) buscó comparar el EMDR con la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC)... en 26 niños con problemas conductuales y de autoestima. Ambas terapias mostraron efectos positivos tanto en la conducta como en la autoestima, pero en los niños que recibieron EMDR presentaron mayores cambios en los comportamientos objetivos en comparación con los de la TCC. Los autores concluyeron que la terapia EMDR pareciera ser efectiva para la desestabilización de recuerdos significativos, lo que produce mejoras sostenidas en la autoestima y problemas relacionados. Respecto al apego, otro estudio realizado por Civilotti et al (2019) evaluó los cambios en el modelo interno de trabajo del apego y la función reflexiva (RF) como mecanismos de cambio en el tratamiento con EMDR para pacientes con recuerdos traumáticos. Los resultados mostraron que el EMDR aumentó la coherencia narrativa y la RF de las pacientes. Además, se observó una reducción significativa en el número de participantes clasificadas como "no resueltas" tras el tratamiento, indicando que la terapia ayudó a procesar pérdidas y traumas de manera más adaptativa. Según los autores, estos hallazgos respaldan la efectividad del EMDR para modificar el estado del apego. Habiendo dicho lo anterior, ambos estudios que encontraron resultados significativos son parte de la Revista de EMDR, por lo que podría haber sesgos.

Griffioen et al. (2017) realizaron un estudio que buscó medir el efecto del EMDR y la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) en la autoestima en población psiquiátrica. Ambos grupos mostraron mejoras significativas en su autoestima, sin mayor diferencia entre ellas, y con efectos que se mantuvieron después de 3 meses. Sin embargo, no hay un grupo de control; por lo tanto, el diseño del estudio podría tener sesgos especialmente en la interpretación de los resultados. Una revisión sistemática de estudios (RCT) examinó la efectividad del EMDR en el tratamiento de síntomas relacionados con el trauma en pacientes con psicosis, trastorno bipolar, depresión unipolar, trastornos de ansiedad, trastornos por consumo de sustancias y dolor crónico (Moreno-Alcázar et al., 2017). Si bien los estudios en estas condiciones comórbidas aún son limitados, los hallazgos sugieren que el EMDR puede mejorar los síntomas asociados al trauma y generar una mejoría parcial en los síntomas primarios del trastorno. Además, se ha propuesto que el EMDR pudiera ser una intervención complementaria para el tratamiento de síntomas psicóticos o afectivos, así como una estrategia terapéutica adicional en el manejo del dolor crónico. Otra RCT buscó medir la eficacia del EMDR para trastornos ansiosos, y encontró que en cuatro de los seis estudios revisados se observan efectos positivos que sugieren que el EMDR podría tener un papel relevante en el tratamiento de trastornos como el pánico y las fobias específicas (Fareta y Dal Farra, 2019). Por último, un metaanálisis y revisión sistemática realizado por Sepehry et al (2021) analizó 39 estudios sobre el uso del EMDR en personas con síntomas depresivos, incluyendo tanto casos de depresión primaria como depresión secundaria, es decir, asociada a otros trastornos como duelo, ansiedad, TEPT, etc... Se encontró un efecto grande y significativo del EMDR para reducir síntomas depresivos en comparación con cualquier tipo de condición de control (placebo, lista de espera, tratamiento habitual, etc). Por lo tanto, el EMDR puede ser una opción efectiva para tratar la

depresión, no solo en casos ligados a trauma, donde se suele utilizar, sino también en cuadros depresivos primarios. Sin embargo, este estudio fue publicado por el mismo *Journal of EMDR Practice and Research*, por lo que puede conllevar sesgos de confirmación de los investigadores.

A modo de resumen, los afectos claramente son un aspecto fundamental tanto para el entendimiento clínico de los pacientes como el quehacer clínico y sus efectos. Existe cierta evidencia que muestra la efectividad que tiene el EMDR para fomentar la autorregulación emocional, sin embargo, todavía falta investigación que sustente la validez de otras técnicas del EMDR, como el estado calmo. Adicionalmente, sería interesante medir la validez de intervenciones desde el EMDR en pacientes que únicamente tengan problemáticas relacionadas al autoestima, apego, etcétera, sin diagnóstico de otro trastorno, dada la importancia que tienen los afectos en el modelo teórico bajo el cual está sustentado el EMDR.

Paradigma inconsciente

Desde el PAI, como se mencionó en el paradigma cognitivo, las experiencias son almacenadas en redes de memoria lo cual se da tanto de manera consciente como inconsciente (Oren y Solomon, 2012). Shapiro (2023) explica que los estímulos del presente se vinculan de manera inconsciente con experiencias negativas del pasado, y que estas similitudes pueden desencadenar una reacción en el presente. Por lo tanto, el EMDR podría interpretarse como un método de acceso, regulación y transformación de contenidos inconscientes.

Los aportes que tiene el paradigma inconsciente para el entendimiento y la aplicación del EMDR son varios. Primero, resulta relevante evaluar cómo los mecanismos de defensa pueden influir en el éxito terapéutico de las técnicas empleadas en el EMDR. En este sentido, González et al. (2017) explican que la manera en que un paciente reacciona ante la emoción

experimentada durante la fase de reprocesamiento puede determinar la eficacia del tratamiento. La reevaluación cognitiva se asocia con una resolución adaptativa, reflejada en la aparición espontánea de nuevos significados y cambios de perspectiva durante dicha fase. Sin embargo, la supresión emocional, caracterizada por la inhibición de la expresión afectiva sin una disminución real de la activación emocional, puede interferir en el proceso terapéutico. Se ha encontrado que esta estrategia defensiva incrementa la activación simpática y de la amígdala (Gross y Levenson, 1997; Demaree et al., 2006; Goldin et al., 2008), lo que podría generar bloqueos en el procesamiento de la memoria durante el EMDR (González et al.). Es más, los autores refieren que en pacientes con una tendencia marcada a la supresión es posible que este mecanismo de defensa se active automáticamente en la fase de reprocesamiento, impidiendo la resolución adaptativa del material traumático, incluso en presencia de estimulación bilateral. Desde el paradigma inconsciente, esto resalta la importancia de evaluar y trabajar previamente con las estrategias defensivas del paciente para apuntar hacia un mayor awareness integral y así facilitar una integración efectiva de las experiencias traumáticas y optimizar los resultados del tratamiento con EMDR. En la misma línea, Coubard (2015) sugiere que el protocolo obstaculiza la evitación, ya que pregunta directamente por la emoción, dónde se siente y por las Unidades de Perturbación Subjetivas (SUD por sus siglas en inglés). Esto es el caso para mecanismos de defensa que Bond y Wesley (1996), clasificaron como maduros dentro del Cuestionario de Estilos de Defensa. ¿Qué pasa con estilos inmaduros, como lo es la disociación? La literatura disponible para terapeutas EMDR que trabajan con trastornos complejos con síntomas disociativos severos integran el PAI con la Teoría de la Disociación Estructural de la Personalidad (TSDP). Esta teoría postula que la disociación es la característica central de la traumatización y de

diversos trastornos relacionados con el trauma, desde el TEPT hasta el trastorno de identidad disociativo (DID). Van der Hart et al. (2010) explican desde el TDSP que los pacientes con trauma complejo presentan múltiples partes disociativas con respuestas específicas a los estímulos traumáticos, algunas de las cuales pueden resistirse a la integración de los recuerdos. Es más, los autores refieren que algunos pacientes crean nuevas partes disociativas durante las sesiones de EMDR como mecanismo de afrontamiento. Esto puede ocurrir por intentos prematuros de integrar recuerdos traumáticos o por la necesidad de evitar mentalmente dichos recuerdos debido a la incapacidad actual de procesarlos. Así, Van der Hart et al. (2013) sugieren que la etapa de estabilización y preparación es sumamente relevante antes de comenzar con el reprocesamiento de recuerdos traumáticos, destacando la importancia de trabajar con creencias desadaptativas, superar fobias disociativas y aplicar estrategias extendida de recursos para garantizar un uso seguro y efectivo del EMDR.

Otra manera en la que el paradigma inconsciente puede aportar al quehacer clínico con técnicas de EMDR es a partir de la contratransferencia. Dworkin y Erebo (2010) proponen que la terapia con EMDR se fortalecería si es que se conceptualiza como una terapia entre dos personas; esto es, una terapia que usa el diálogo entre el terapeuta y el paciente respecto a la resonancia, sintonización y la intención de su relación. Para esto, el terapeuta debe ser capaz de reconocer lo que le pasa a partir de lo que le pasa al paciente (contratransferencia). Opazo (2017) propone que uno de los aspectos más importantes de la contratransferencia es que el terapeuta tome conciencia de cuáles son los afectos que aparecen, de lo contrario se podría perjudicar al paciente. El autor también sugiere que es importante hacer un buen uso de su contratransferencia, en un principio, tolerando los afectos. Desde el PAI, Dworkin y Erebo explican la

contratransferencia como el proceso por el cual al clínico se le activan sus propias redes de memoria a raíz de los cambios emocionales o bloqueos del paciente, lo cual podría llevar a una ruptura en la alianza terapéutica. Así, los autores recomiendan que esta experiencia compartida se ocupe para superar y avanzar a partir de estos impases, dando ejemplos de cómo se ve lo anterior en las distintas fases del protocolo. Los autores ilustran un ejemplo de esto con el caso de Robert, paciente con el que el reprocesamiento espontáneamente se bloqueó a pesar de intentar cambios de dirección de los movimientos oculares y retornar al recuerdo objetivo, lo que sugiere una desconexión de la experiencia emocional. Ante esta situación, el clínico revela su propia sensación de confusión con el momento presente, vinculándola con la posible vivencia interna de Robert al ver a su padre llorar en el pasado. Esto generó un punto de encuentro significativo y permitió que Robert reconozca su experiencia de bloqueo, accediendo a memorias previas de situaciones en las que se sintió paralizado por la angustia. Los autores lo dicen de la siguiente manera, “tomando un paso mental hacia atrás, el clínico se pregunta si su sistema de neuronas espejo puedan estar percibiendo las memorias inconscientes de impotencia de Robert, y si él, como clínico, estaba encarnando esta emoción” (p. 119).

Paradigma sistémico

La efectividad clínica del EMDR puede enriquecerse al integrarlo con el paradigma sistémico, especialmente por su relevancia en el tratamiento del trauma. Figley (2004) señala que la terapia familiar aborda el impacto del trauma en los miembros de la familia, mientras que los terapeutas EMDR trabajan con los efectos del trauma en el individuo. Esto implica que, por separado, cada enfoque se limita a su propia perspectiva sobre los diversos problemas de las personas. En este sentido, Silvestre y Tarquinio (2022) proponen que una integración entre la terapia familiar y la individual permite abordar

tanto heridas del individuo como las dinámicas disfuncionales dentro del sistema familiar. De esta manera, incluir elementos del paradigma sistémico en el trabajo con EMDR podría mejorar la comprensión de las problemáticas de los pacientes y favorecer un abordaje terapéutico más completo.

En la fase 1 del protocolo, el clínico debe tomar la historia del paciente y realizar un análisis comprensivo del problema que presenta desde el PAI (Shapiro, 2023). Según Silvestre y Tarquinio (2022), los aspectos sistémicos relevantes en este proceso incluyen las dinámicas familiares, las cualidades del apego y la estabilidad emocional de los padres. Estos factores contextualizan la terapia EMDR y permiten diseñar un plan de tratamiento que abarque tanto la dimensión relacional como la individual.

Un ejemplo de la importancia de esta integración es el concepto de transmisión transgeneracional del trauma presente en la terapia sistémica. Esta ocurre cuando los padres, al no haber procesado sus propias heridas emocionales, replican patrones disfuncionales de comportamiento y afecto con sus hijos (Schützenberger, 1993; Schützenberger, 1996; Yehuda et al., 2014). Estudios sobre traumas originados por eventos históricos, como el Holocausto, han demostrado que estos pueden tener efectos incluso a nivel epigenético en los descendientes de las víctimas (Yehuda et al., 2016). A partir de esta evidencia, Silvestre y Tarquinio (2022) argumentan la importancia de considerar no sólo el contexto familiar actual, sino también la historia familiar en su totalidad. Lo anterior guarda relación con la Teoría Ecológica de los Sistemas de Bronfenbrenner (1979), quien explica que el desarrollo humano ocurre dentro de diferentes niveles de influencia. Primero, el microsistema, el cual es el entorno más cercano como la familia, amigos y escuela que impactan directamente al individuo. Segundo, el mesosistema, el cual es la interacción entre los microsistemas, como la relación entre la familia y la escuela. Tercero, el

exosistema, que son los contextos que afectan al individuo sin su participación directa, como el trabajo de los padres. Cuarto, el macrosistema, son las creencias, cultura y valores que influyen en los otros sistemas. Finalmente, está el cronosistema, que son los cambios en el tiempo que afectan el desarrollo, como los eventos históricos o crisis familiares. Desde esta perspectiva, el trauma no solo afecta al individuo (microsistema), sino que tiene repercusiones que se extienden a otros niveles, como las dinámicas familiares (mesosistema) o factores culturales y generacionales (macrosistema y cronosistema respectivamente). Estudios como los de Yehuda et al refuerzan esta idea al mostrar cómo los efectos del trauma pueden trascender generaciones. Pocock (2011), un psicólogo sistémico que trabaja con niños argumenta que aunque el EMDR se utiliza en pacientes de manera individual (o paciente identificado), sería incorrecto considerar que estas intervenciones no tienen un enfoque sistémico, justamente por lo mencionado anteriormente: el impacto del trauma no resuelto en sus procesos perceptivos y en su capacidad de autorregulación emocional tiene serias consecuencias en las relaciones familiares y con los compañeros.

Un estudio de Van der Hoeven et al. (2024) buscó analizar la efectividad de un tratamiento integrador para el trauma y el apego en niños de 6 a 12 años con antecedentes de abuso y negligencia infantil que no respondieron a tratamientos alternativos basados en la evidencia. El modelo combina terapia familiar con EMDR y prioriza la resolución de obstáculos que dificultan el procesamiento del trauma. Se analizó si el estilo de apego y los síntomas centrales del TEPT influyen en los resultados del tratamiento. Los resultados mostraron que los niños con apego desorganizado presentaban una sintomatología más severa en general, excepto en los síntomas de estrés postraumático. El tratamiento fue más efectivo en niños con apego no desorganizado, especialmente en aquellos con síntomas de reexperimentación

como núcleo del TEPT. Si bien falta mayor información que compare este tratamiento más integrativo con otros tipos, los resultados podrían sugerir que el EMDR es una herramienta útil para trabajar casos complejos de trauma infantil, especialmente cuando se combina con un enfoque sistémico que involucra a la familia. Esto resalta la importancia de adaptar las intervenciones según el estilo de apego y la sintomatología específica de cada niño, permitiendo un tratamiento más personalizado y efectivo.

Otro estudio de Wesselmann et al. (2018) publicado en el *Journal of EMDR Practice and Research* también evaluó la efectividad de un modelo integrador de terapia familiar y EMDR para el tratamiento del trauma en niños por apego, especialmente en niños adoptados con historia de maltrato y cuidado en hogares de acogida y orfanatos. De los 23 niños participantes, 22 completaron el tratamiento en un periodo de 6 a 24 meses. El análisis estadístico mostró mejoras significativas en los síntomas de TEPT, comportamiento y relaciones de apego al final del tratamiento. También se observaron mejoras significativas en los síntomas y actitudes de las madres hacia sus hijos. Estas mejoras se mantuvieron en las 15 familias que completaron las medidas de seguimiento. Si bien el tamaño de la muestra es reducido y tiene el sesgo de ser realizado por el mismo equipo de EMDR, los hallazgos arrojados por estos estudios sugieren que un enfoque integrador puede ser efectivo para tratar el trauma por apego en niños.

Paradigma ambiental-conductual

El paradigma ambiental-conductual es sumamente relevante por sus aportes en la explicación de la teoría del PAI y cómo se genera el trauma. Recordando brevemente, el PAI sugiere que las creencias negativas, las memorias intrusivas, y en general los problemas de las personas se dan por experiencias del pasado, probablemente en la infancia, que tienen como consecuencia memorias desadaptativas que deben

ser reprocesadas (Shapiro, 2023). Es decir, este modelo pone todas sus cartas en cómo lo ambiental afecta al individuo.

El trauma, desde el enfoque del EMDR es un concepto más amplio que el que entiende el DSM-5 (Shapiro, 2007). Esto ya que trauma se considera cualquier evento que tiene efectos duraderos negativos en la psique o en el yo. Por ejemplo, un hombre que ante la muerte de su esposa de 30 años desarrolla síntomas de pensamientos intrusivos, depresión, e insomnio que dura varios años podría considerarse que tiene un trauma y así diagnosticar TEPT. Sin embargo, un hombre que tiene exactamente los mismos síntomas ante el hecho de que su esposa de 30 años lo dejó por su instructor de danza, dado la naturaleza del evento, no cumple con la categoría de TEPT. Por lo tanto, las personas pueden verse afectadas durante años por una variedad de experiencias que no cumplen con el criterio A del TEPT respecto al entendimiento del trauma. Así, desde el entendimiento del PAI, estas experiencias se designan como “t pequeña” o “trauma con t minúscula”, no porque sean menos traumáticas o imborrables, sino porque son más ubicuas. Por otro lado, en caso de cumplir con el criterio A, se les llama “T grande” o “Trauma con T mayúscula”. Un estudio de Mol et al. (2005) respalda esta conceptualización. Una encuesta realizada a 832 personas indicó que “los eventos de la vida pueden generar al menos tantos síntomas de TEPT como los eventos traumáticos” (p. 494). Esto es similar a lo que dice Opazo (2017), quien sugiere que la asociación de un estímulo neutro con una evento traumático puede generar un estímulo condicionado y así, una experiencia traumática única puede bastar para generar el condicionamiento. Sin embargo, “un condicionamiento similar puede generarse por la vía de ir presentado muy seguidamente un conjunto de experiencias subtraumáticas” (p. 584). Así, estas experiencias subtraumáticas pueden ser un ejemplo de traumas de t pequeña. Dicho lo anterior, la conceptualización del trauma desde el

PAI es fundamental porque amplía la comprensión de las experiencias que pueden generar un impacto psicológico significativo. Mientras que el DSM-5 delimita el TEPT a eventos que cumplen con el criterio A, el PAI reconoce que muchas experiencias no catalogadas como traumáticas en términos de diagnóstico pueden tener efectos igualmente duraderos en la psique, lo cual a su vez valida el sufrimiento de quienes experimentan síntomas de trauma a raíz de eventos de la vida cotidiana, sin necesariamente llamarlos igual que aquellos eventos que sí cumplen con el criterio A.

Ahora, si bien, como se ha mostrado a lo largo del presente trabajo, el PAI es una buena hipótesis explicativa de la etiología y el tratamiento del trauma, en realidad la evidencia científica no es suficiente como para generalizar esta teoría a otros trastornos de la salud mental. Opazo (2017) señala que los factores ambientales pueden ser procesados psicológicamente de manera diferente según las características biológicas individuales, lo que hace que algunas personas sean más o menos propensas a desarrollar dificultades psicológicas. Esta perspectiva podría explicar por qué el EMDR ha demostrado mayor eficacia en el tratamiento del trauma, una condición predominantemente influida por factores ambientales, en comparación con otros trastornos que tienen mayor carga biológica.

Respecto al paradigma ambiental-conductual y el quehacer clínico, una revisión sistemática y síntesis temática de trabajo de investigación cualitativa encontró que existen condiciones necesarias para que se logre un cambio significativo con la terapia EMDR (Whitehorse, 2019). Entre ellas, el relacionado con este paradigma es el sentimiento de seguridad durante la terapia, ya que este depende directamente de la forma en que se responden las dudas sobre el EMDR y cómo se aborda la terapia, lo que ayuda a reducir el escepticismo y favorece el éxito del tratamiento. Adicionalmente, Whitehorse menciona que el entorno terapéutico, la actitud positiva y el apoyo del personal también influyen

en el éxito de la terapia. La ausencia de actitudes negativas o cínicas por parte del personal es importante, ya que los pacientes necesitan sentir que no serán atacados o ridiculizados para poder abrirse y abordar sus traumas de manera más efectiva. El autor también hace referencia a que varios estudios enfatizan el método como el factor principal de cambio, mientras que otros estudios señalan que la habilidad, las cualidades personales del terapeuta y la relación terapéutica juegan un papel fundamental en el cambio de los pacientes. Desde el EIS se podría decir que el clínico requiere de un buen repertorio conductual que fomente la seguridad en la terapia y en el terapeuta.

Síntesis

A continuación, se presenta una síntesis de cómo los aportes del EMDR dialogan con cada paradigma del EIS.

Paradigma EIS	Relación con EMDR
Biológico	El EMDR produce cambios neurobiológicos observables, como la activación de la corteza prefrontal y la desactivación de la amígdala (Pagani et al., 2012). La estimulación bilateral podría imitar patrones cerebrales del sueño REM, facilitando la consolidación de memorias (Stickgold, 2002).
Cognitivo	Según el modelo PAI, las creencias negativas están ligadas a redes de memoria desadaptativa. El EMDR facilita su reestructuración espontánea durante el reprocesamiento (Shapiro, 2007; Solomon & Shapiro, 2008). Además, se ha propuesto un mecanismo de sobrecarga de la memoria de trabajo (Van den Hout et al., 2012).
Afectivo	La estimulación bilateral puede inducir regulación emocional a través de activación parasimpática (Sack et al., 2008). Intervenciones como el Estado Calmo y la Instalación de Recursos fortalecen la autorregulación emocional y el sentido de autoeficacia (Dworkin & Errebo, 2010; Korn & Leeds, 2002).
Inconsciente	El EMDR accede a contenidos inconscientes mediante evocación indirecta. Mecanismos de defensa como la supresión emocional o la disociación

	pueden interferir en el reprocesamiento (González et al., 2017; Van der Hart et al., 2010). La contratransferencia puede usarse clínicamente (Dworkin & Errebo, 2010; Opazo, 2017).
Ambiental- Conductual	El trauma incluye experiencias significativas no necesariamente diagnosticables como TEPT ("t minúscula"), las cuales se consideran en el PAI (Shapiro, 2023; Mol et al., 2005). El entorno terapéutico y la relación también influyen en el éxito del tratamiento (Whitehouse, 2019).
Sistémico	El EMDR puede combinarse con terapia familiar para tratar el trauma relacional y transgeneracional (Silvestre & Tarquinio, 2022; Wesselmann et al., 2018). La historia víncular y el estilo de apego son relevantes para la planificación del tratamiento (Van der Hoeven et al., 2024; Yehuda et al., 2016).

Análisis y discusión

El EMDR es un enfoque relativamente nuevo, pero que rápidamente ha ganado popularidad por sus aportes efectivos en el tratamiento de pacientes con temáticas complejas, como aquellos con el diagnóstico de Trastorno de Estrés Postraumático, e incluso en las cogniciones y afectos de personas con trastornos del ánimo como la depresión. Para el EIS, integrar el conocimiento válido del EMDR es sumamente útil ya que se nutre de componentes que permiten predecir y cambiar el comportamiento. Entre éstos están: (1) la estimulación bilateral y su rol en la regulación emocional y la reestructuración cognitiva, con fuerte respaldo empírico y con un evidente correlato biológico. (2) La comprensión del trauma desde el Modelo de Procesamiento Adaptativo de Información (PAI) y la amplia evidencia empírica que respalda su efectividad. Sin embargo, todavía falta evidencia que demuestre utilidad del enfoque tanto en herramientas propuestas como el Estado Calmo, o en trastornos con origen distinto a la naturaleza traumática. Por lo mismo, si bien el EMDR como herramienta terapéutica es valiosa, como enfoque tiene ciertas limitaciones que el Enfoque Integrativo

Supraparadigmático (EIS) permite corregir, pues no es capaz de explicar ni tratar todos los trastornos o problemáticas relacionadas con la salud mental. Es decir, resulta evidente que su potencia puede verse limitada si se aplica de forma reduccionista, como un modelo autosuficiente y universal. Así, el EIS invita a evitar este tipo de rigideces, promoviendo una visión integradora que reconoce que ningún enfoque por sí solo explica la totalidad de la complejidad humana, y recoge lo válido de cada uno.

De esta manera, como el EIS, una teoría integradora orientadora que se nutre del conocimiento válido del EMDR, permite una mejor toma de decisiones para el quehacer clínico, por ejemplo, cómo, cuándo y porqué ocupar los aportes del EMDR. Esto protege al clínico y al paciente de caer en visiones simplistas o modas terapéuticas descontextualizadas. Como autora de este trabajo, con formación desde el EIS y entrenada en EMDR, lo anterior es sumamente importante, pues el trauma no siempre se ve de la misma manera en todos los pacientes, y por eso el EMDR puede ser práctico no solo para pacientes que cumplan con los criterios del diagnóstico de Trastorno de Estrés Postraumático. Por ejemplo, en pacientes con Trastorno de Bipolaridad los episodios de manía o hipomanía pueden suponer un evento traumático, y parte del tratamiento de la bipolaridad, después de haber estabilizado el paradigma biológico, puede involucrar trabajar con EMDR el componente traumático del trastorno.

Como ya fue mencionado, todavía falta investigación para entender realmente cómo funciona el EMDR. Por ejemplo, ¿Cuáles son los correlatos neurológicos detrás de la efectividad del EMDR para tratar la depresión? ¿Qué tan eficaz es el estado calmo para la regulación emocional? Respecto a los trastornos ansiosos, sería interesante hacer una comparación controlada entre el EMDR y la Terapia Cognitiva Conductual (TCC), ya que ésta última sigue siendo el estándar de oro en el tratamiento de la ansiedad. Así, poder evaluar si el EMDR ofrece otras ventajas

específicas, por ejemplo, en pacientes que no responden a la TCC.

Conclusión

El presente trabajo ha permitido evidenciar la riqueza clínica y teórica que ofrece la terapia EMDR, especialmente en el abordaje del trauma, y cómo su integración dentro del Enfoque Integrativo Supraparadigmático (EIS) potencia su alcance terapéutico. Al analizar sus fundamentos y mecanismos de acción a través de los seis paradigmas del EIS, se observa que el EMDR no solo cuenta con respaldo empírico sólido en áreas específicas, sino que también requiere ser contextualizado y complementado para evitar reduccionismos en su aplicación.

Desde esta perspectiva, el EIS funciona como un marco integrador que permite ordenar los aportes válidos del EMDR—como la estimulación bilateral, el modelo del Procesamiento Adaptativo de Información (PAI) y su implicancia neurobiológica, afectiva y cognitiva—y también reconocer sus limitaciones como enfoque único. Esta mirada más amplia favorece la toma de decisiones clínicas informadas, al permitir adaptar el uso del EMDR según las características del paciente, su sintomatología y contexto relacional, y no como una herramienta estándar para todo tipo de malestar psicológico.

En definitiva, el EMDR puede constituirse como una herramienta muy eficaz dentro del repertorio clínico integrativo EIS. Sin embargo, para que su uso sea éticamente riguroso y clínicamente efectivo, es fundamental anclarlo en una comprensión que reconozca tanto su validez como sus límites. Desde mi práctica clínica y formación en el EIS, considero el verdadero potencial terapéutico del EMDR se despliega cuando se articula con otras dimensiones del ser humano—biológicas, afectivas, cognitivas, inconscientes, ambientales y sistémicas—permitiendo así una intervención más sensible, profunda y coherente con la complejidad de la experiencia humana.

Referencias

- Amano, T., & Toichi, M. (2016).** The Role of Alternating Bilateral Stimulation in Establishing Positive Cognition in EMDR Therapy: A Multi-Channel Near-Infrared Spectroscopy Study. *PLOS ONE*, 11(10). doi: 10.1371/journal.pone.0162735
- Buchanan T. W. (2007).** Retrieval of emotional memories. *Psychological bulletin*, 133(5), 761–779. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.133.5.761>
- Bender, V. A., Bender, K. J., Brasier, D. J., & Feldman, D. E. (2006).** Two coincidence detectors for spike timing-dependent plasticity in somatosensory cortex. *The Journal of neuroscience: the official journal of the Society for Neuroscience*, 26(16), 4166–4177. <https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.0176-06.2006>
- Bond, M., y Wesley, S. (1996).** Manual for the Defense Style Questionnaire. Montreal, Quebec: McGill University.
- Bronfenbrenner, U. (1979).** *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Harvard University Press.
- Civilotti, C., Cussino, M., Callerame, C., Fernandez, I., & Zaccagnino, M. (2019).** Changing the adult state of mind with respect to attachment: An exploratory study of the role of EMDR psychotherapy. *Journal of EMDR Practice and Research*, 13(3), 176–186. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.13.3.176>
- Coubard O. A. (2015).** Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) re-examined as cognitive and emotional neuroentrainment. *Frontiers in human neuroscience*, 8, 1035. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2014.01035>
- Demaree, H., Pu, J., Robinson, J., Schmeichel, B., and Everhart, E. (2006).** Predicting facial valence to negative stimuli from resting RSA: not a function of active emotion regulation. *Cognition and Emotion*, 20(2), 161–176. 10.1080/02699930500260427
- Dworkin, M., & Errebo, N. (2010).** Rupture and Repair in the EMDR Client/Clinician Relationship: Now Moments and Moments of Meeting. *Journal of EMDR Practice and Research*, 4(3), 113–123. doi:10.1891/1933-3196.4.3.113
- Fareta, E., Dal Farra, M. (2019).** *Efficacy of EMDR Therapy for Anxiety Disorders*. *Journal of EMDR Practice and Research*, 13(4). doi: 10.1891/1933-3196.13.4.325
- Figley, C. R. (2004).** Series Editor's Foreword. In *Handbook of Stress, Trauma, and the Family*. New York: Brunner-Routledge p. xiii–xv
- Giovannozzi, G. (2016, June).** Consistence and integrability of the AIP model and the polyvagal theory: Clinical applications. In S. Leutner (Chair), *Porges' polyvagal theory* [Presentation]. 17th EMDR Europe Association Conference, The Hague. <https://francineshapirolibrary.omeka.net/items/show/23892>
- González, A., del Río-Casanova, L. & Justo-Alonso, A. (2017).** Integrating neurobiology of emotion regulation and trauma therapy: reflections on EMDR therapy. *Reviews in the Neurosciences*, 28(4), 431-440. <https://doi.org/10.1515/revneuro-2016-0070>
- Goldin, P.R., McRae, K., Ramel, W., and Gross, J.J. (2008).** The neural bases of emotion regulation: reappraisal and suppression of negative emotion. *Biol. Psychiatry*. 63, 577–586. Doi: 10.1016/j.biopsych.2007.05.031
- Griffioen, B., Van der Vegt, A., Groot, I., Jongh, A. (2017).** The effect of EMDR and CBT on Low Self-esteem in a General Psychiatric Population: A Randomized Controlled Trial. *Front. Psychol.* 8(1910). Doi: 10.3389/fpsyg.2017.01910
- Gross, J.J. and Levenson, R.W. (1997).** Hiding feelings: the acute effects of inhibiting negative and positive emotion. *J. Abnorm. Psychol.* 106, 95–103.10.1037/0021-843X.106.1.95
- Högberg, G., Pagani, M., Sundin, O., Soares, J., Aberg-Wistedt, A., Tärnell, B., & Hällström, T. (2008).** Treatment of post-traumatic stress disorder with eye movement desensitization and reprocessing: outcome is stable in 35-month follow-up. *Psychiatry research*, 159(1-2), 101–108. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2007.10.019>
- Khalfa, D., Touzet, C.F. (2017)** EMDR Therapy Mechanisms Explained by the Theory of Neural Cognition. *Journal of Traumatic Stress Disorders & Treatment* 6(4) DOI: 10.4172/2324-8947.1000179
- Korn, D. L., & Leeds, A. M. (2002).** Preliminary evidence of efficacy for EMDR resource development and installation in the stabilization phase of treatment of complex posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 58(12), 1465–1487. doi:10.1002/jclp.10099
- Leeds, A.M., & Shapiro, F. (2000).** EMDR and Resource Installation: Principles and procedures for enhancing current functioning and resolving traumatic experiences. In J. Carlson & L. Sperry 1484 *Journal of Clinical Psychology*, December 2002 (Eds.), *Brief therapy strategies with individuals and couples*. (pp. 469–534). Phoenix, AZ: Zeig, Tucker, Theisen, Inc.
- Lin, C. H., Yeh, S. H., Lu, H. Y., & Gean, P. W. (2003).** The similarities and diversities of signal pathways

- leading to consolidation of conditioning and consolidation of extinction of fear memory. *The Journal of neuroscience: the official journal of the Society for Neuroscience*, 23(23), 8310–8317. <https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.23-23-08310.2003>
- Mol, S. S. L., Arntz, A., Metsemakers, J. F. M., Dinant, G., Vilters-Van Montfort, P. A. P., & Knottnerus, A. (2005).** Symptoms of post-traumatic stress disorder after nontraumatic events: Evidence from an open population study. *British Journal of Psychiatry*, 186, 494–499.
- Moreno-Alcázar, A., Treen, D., Valiente-Gómez, A., Sio-Eroles, A., Pérez, V., Amann, B. L., & Radua, J. (2017).** EMDR beyond PTSD: A systematic literature review. *Frontiers in Psychology*, 8, 1668. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01668>
- Opazo , R (2017).** Psicoterapia Integrativa EiS: Profundizando La Comprensión Potenciando El Cambio. S.n.
- Oren, E., & Solomon, R. (2012).** EMDR therapy: An overview of its development and mechanisms of action. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée/European Review of Applied Psychology*, 62(4), 197–203. doi: 10.1016/j.erap.2012.08.005
- Pagani, M., Di Lorenzo, G., Verardo, A. R., Nicolais, G., Monaco, L., Lauretti, G., Russo, R., Niolu, C., Ammaniti, M., Fernández, I., & Siracusano, A. (2012).** Neurobiological correlates of EMDR monitoring - an EEG study. *Plos one*, 7(9), e45753. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0045753>
- Pagani, M., Höglberg, G., Fernández, I., & Siracusano, A. (2015).** Correlatos de la terapia EMDR en la neuroimagen funcional y estructural: Un resumen crítico de los hallazgos recientes. *Journal of EMDR Practice and Research*, 9(2), 58E–68E. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.9.2.58>
- Patel, R., Spreng, R. N., Shin, L. M., & Girard, T. A. (2012).** Neurocircuitry models of posttraumatic stress disorder and beyond: a meta-analysis of functional neuroimaging studies. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, 36(9), 2130–2142. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2012.06.003>
- Piaget, J. (1937).** *La construcción de lo real en el niño* (A. Suay Rincón, Trad.). Morata. (Trabajo original publicado en 1937)
- Pocock, D. (2011).** The promise of EMDR in family and systemic psychotherapy: a clinical complement to Field and Cottrell. *Journal of Family Therapy*, 33(4), 389–399. doi:10.1111/j.1467-6427.2011.00547.x
- Rasch, B., Buchel, C., Gais, S., & Born, J. (2007).** Odor cues during slow-wave sleep prompt declarative memory consolidation. *Science*, 315 (5817), 1426–1429.
- Rousseau, P.-F., El Khoury-Malhame, M., Reynaud, E., Zendjidjian, X., Samuelian, J. C., & Khalfa, S. (2018).** Neurobiological correlates of EMDR therapy effect in PTSD. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 3(2), 93–100. <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2018.07.001>
- Sack, M., Hofmann, A., Wizelman, L., and Lempa, W. (2008).** Psychophysiological changes during EMDR and treatment outcome. *J. EMDR Pract. Res.* 2, 239–246.
- Schützenberger, A. (1993).** Aïe, mes aïeux! Paris: Desclée de Brouwer.
- Schützenberger, A. (1996).** Transmission de l'angoisse indincible et transgénérationnelle. L'angoisse d'un traumatisme qu'on n'a pas vécu. *Bulletin de Psychologie*, 423, 288–423.
- Silvestre, M., Tarquinio, C. (2022).** Systemic family therapy and EMDR therapy: An integrative approach. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 6(4). <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2022.100291>
- Sepehry, A., Lam, K., Sheppard, M., Guirguis-Younger, M., Maglio, A. (2021).** EMDR for Depression: A Meta-Analysis and Systematic Review. *Journal of EMDR Practice and Research*, 15(1). DOI: 10.1891/EMDR-D-20-00038
- Servan-Schreiber, D., Schooler, J., Dew, M. A., Carter, C., & Bartone, P. (2006).** Eye movement desensitization and reprocessing for posttraumatic stress disorder: a pilot blinded, randomized study of stimulation type. *Psychotherapy and psychosomatics*, 75(5), 290–297. <https://doi.org/10.1159/000093950>
- Shapiro, F. (1995).** Eye movement desensitization and reprocessing, basic principles, protocols and procedures. New York: Guilford Press.
- Shapiro, F. (2007).** EMDR, Adaptive Information Processing, and case conceptualization. *Journal of EMDR Practice and Research*, 1(2). DOI: 10.1891/1933-3196.1.2.68
- Shapiro, F. (2023).** EMDR Basic Training. California: EMDR Institute INC
- Solomon, R. M., & Shapiro, F. (2008).** EMDR and the Adaptive Information Processing Model Potential Mechanisms of Change. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2(4), 315–325. doi:10.1891/1933-3196.2.4.315
- Staring, A. B. P., van den Berg, D. P. G., Cath, D. C., Schoorl, M., Engelhard, I. M., & Korrelboom, C. W. (2016).** Self-esteem treatment in anxiety: A randomized controlled crossover trial of eye movement desensitization and reprocessing

- (EMDR) versus competitive memory training (COMET) in patients with anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 82, 11–20. doi: 10.1016/j.brat.2016.04.002
- Stickgold, R. (2002).** EMDR: a putative neurobiological mechanism of action. *Journal of clinical psychology*, 58(1), 61–75. <https://doi.org/10.1002/jclp.1129>
- Stickgold, R. (2007).** Of sleep, memories and trauma. *Nature Neuroscience*, 10 (5), 540–542.
- Touzet, C. F. (2015).** The Theory of Neural Cognition Applied to Robotics. *International Journal of Advanced Robotic Systems*, 12(6), 74. doi:10.5772/60693
- Trentini, C., Paganí, M., Fania, P., Speranza, A. M., Nicolais, G., Sibilia, A., Inguscio, L., Verardo, A. R., Fernandez, I., & Ammaniti, M. (2015).** Neural processing of emotions in traumatized children treated with Eye Movement Desensitization and Reprocessing therapy: a hdEEG study. *Frontiers in psychology*, 6, 1662. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01662>
- Uribe MER, Ramírez EOL, Mena IJ. (2013).** Effect of the EMDR Psychotherapeutic Approach on Emotional Cognitive Processing in Patients with Depression. *The Spanish Journal of psychology*. ;13(1):396-405. doi:10.1017/S1138741600003954
- Van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S., & Solomon, R. (2010).** Dissociation of the personality in complex trauma-related disorders and EMDR: Theoretical considerations. *Journal of EMDR Practice and Research*, 4(2), 76–92. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.4.2.76>
- Van der Hart, O., Groenendijk, M., Gonzalez, A., Mosquera, D., & Solomon, R. (2013).** Dissociation of the personality and EMDR therapy in complex trauma-related disorders: Applications in the stabilization phase. *Journal of EMDR Practice and Research*, 7(2), 81–94. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.7.2.81>
- Van der Hoeven, M., Bouwmeester, S., Schlattmann, N., Lindauer, R. (2024).** Family therapy and EMDR after child abuse and neglect: moderating effects of child attachment style and PTSD symptoms on treatment outcome. *European Journal of Psychotraumatology*, 15(1). Doi: 10.1080/20008066.2024.2416288
- Van den Hout, M. A., Engelhard, I. M., Rijkeboer, M. M., Koekebakker, J., Hornsveld, H., Leer, A., Toffolo, M. B., & Akse, N. (2011).** EMDR: eye movements superior to beeps in taxing working memory and reducing vividness of recollections. *Behaviour research and therapy*, 49(2), 92–98. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.11.003>
- Wanders, F., Serra, M., & de Jongh, A. (2008).** EMDR Versus CBT for Children with Self-Esteem and Behavioral Problems: A Randomized Controlled Trial. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2(3), 180–189. doi:10.1891/1933-3196.2.3.180
- Wesselmann, D., Armstrong, S., Schweitzer, C., Davidson, M., Potter, A. (2018).** An integrative EMDR and Family Therapy Model for Treating Attachment Trauma in Children: A Case Series. *Journal of EMDR Practice and Research*, 12(4). Doi: 10.1891/1933-3196.12.4.196
- Whitehouse, J. (2019).** What do clients say about their experiences of EMDR in research literature? A systematic review and thematic synthesis of qualitative research papers. *European Journal of Trauma & Dissociation*. doi: 10.1016/j.ejtd.2019.03.002
- Wilson, D. L., Silver, S. M., Covi, W. G., & Foster, S. (1996).** Eye movement desensitization and reprocessing: effectiveness and autonomic correlates. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 27(3), 219–229. [https://doi.org/10.1016/s0005-7916\(96\)00026-2](https://doi.org/10.1016/s0005-7916(96)00026-2)
- Yehuda, R., Daskalakis, N. P., Lehrner, A., Desarnaud, F., Bader, H. N., Makotkine, I., et al. (2014).** Influences of maternal and paternal PTSD on epigenetic regulation of the glucocorticoid receptor gene in holocaust survivor offspring. *American Journal of Psychiatry*, 171(8), 872–880. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.2014.13121571>
- Yehuda, R., Daskalakis, N. P., Bierer, L. M., Bader, H. N., Klengel, T., Holsboer, F., et al. (2016).** Holocaust exposure induced intergenerational effects on FKBP5 methylation. *Biological Psychiatry*, 80(5), 372–380. <http://dx.doi.org/10.1016/j.biopsych.2015.08.000>

Duelo Complicado por fallecimiento de cónyuge Una mirada desde el Enfoque Integrativo Supraparadigmático E.I.S

Karen Tengner Romero*

Abstract

This article is framed in the Supraparadigmatic Integrative Approach (E.I.S.) and focuses on carrying out a theoretical bibliographic review of research and articles published in scientific journals that establish an existing correlation between Complicated Grief due to the death of a spouse and its impact on the biological, cognitive, affective, unconscious, environmental-behavioral and systemic paradigms of the grieving individual. In this review, key research contributions on the subject from relevant authors were considered, such as those of Chaverra et al., 2024, Bustamante et al., 2022, Feijter et al., 2021, Pochintesta, 2021, Reiland et al., 2021, Reyes et al., 2020, Sekgobela et al., 2020, and Szabó et al. al., 2020, among others. In conclusion, it is established that Complicated Grief due to the death of a spouse is a process that generates an impact on each one of the paradigms of the mourner, and due to the close relationship between them, where each paradigm in turn impacts the others, it is necessary to approach it from an integrative perspective, as offered by the Supraparadigmatic Integrative Approach (EIS) developed by Dr. Roberto Opazo with the collaboration of Dr. Verónica Bagladi.

Keywords: *Complicated Grief, Supraparadigmatic Integrative Approach (E.I.S.), Biological Paradigm, Cognitive Paradigm, Affective Paradigm, Unconscious Paradigm, Environmental-Behavioral Paradigm and Systemic Paradigms.*

Resumen

El presente artículo se enmarca en el Enfoque Integrativo Supraparadigmático (E.I.S.) y se centra en realizar una revisión teórica bibliográfica de investigaciones y artículos publicados en revistas científicas que establezcan un correlato existente entre el Duelo Complicado por fallecimiento del cónyuge y su impacto en los paradigmas biológico, cognitivo, afectivo, inconsciente, ambiental-conductual y sistémico del individuo doliente. En esta revisión se consideraron aportes clave de investigaciones en la temática de relevantes autores, tales como los de Chaverra et al., 2024, Bustamante et al., 2022, Feijter et al., 2021, Pochintesta, 2021, Reiland et al., 2021, Reyes et al., 2020, Sekgobela et al., 2020, y Szabó et al., 2020, entre otros. Como conclusión se establece que siendo el Duelo Complicado por fallecimiento del cónyuge un proceso que genera un impacto en cada uno de los paradigmas del doliente, y debido a la estrecha relación entre ellos, donde cada paradigma a su vez impacta a los demás, es necesario abordarlo desde una mirada integrativa, tal y como ofrece el Enfoque Integrativo Supraparadigmático (E.I.S.) desarrollado por el Dr. Roberto Opazo con la colaboración de la Dra. Verónica Bagladi.

Palabras clave: *Duelo complicado, Enfoque Integrativo Supraparadigmático (E.I.S.), Paradigma biológico, Paradigma Cognitivo, Paradigma Afectivo, Paradigma Inconsciente, Paradigma ambiental-conductual, Paradigma Sistémico.*

INTRODUCCION

El proceso de Duelo Complicado por fallecimiento del cónyuge influye, impacta y repercute en una amplia gama de áreas de la vida de una persona, lo que se traduce en

un grave problema de salud que debe ser abordado desde una mirada integrativa, tal como la que ofrece el Enfoque Integrativo Supraparadigmático (E.I.S.) desarrollado por el Dr. Roberto Opazo, con colaboración de la Dra. Verónica Bagladi.

El presente trabajo plantea la siguiente hipótesis:

El proceso de Duelo Complicado por fallecimiento del cónyuge, como evento

* Ps. U. de las Américas

Post Título Psicoterapia Integrativa ICPSI
ps.karen33@gmail.com

AcPI, vol. XVII, 86 - 105

traumático, impacta en los distintos Paradigmas de un individuo (biológico, cognitivo, afectivo, inconsciente, ambiental-conductual y sistémico).

De encontrar en la revisión bibliográfica apoyo para esta hipótesis, ¿cómo específicamente y en qué grado afecta el proceso de Duelo Complicado por fallecimiento del cónyuge en un individuo en las áreas ya mencionadas?

El presente trabajo se enmarca dentro del Enfoque Integrativo Supraparadigmático (E.I.S.) desarrollado por el Dr. Roberto Opazo, con la colaboración de la Dra. Verónica Bagladi, y se centra en realizar una revisión teórica bibliográfica de investigaciones y artículos publicados en revistas científicas que nos entregarán información válida del impacto del Duelo Complicado por fallecimiento del cónyuge en cada Paradigma del doliente, aportándonos una panorámica 360° de su dinámica psicológica y entregándonos información relevante para el campo de la psicología clínica, tanto para la comprensión del fenómeno, como para su diagnóstico y tratamiento de forma personalizada, holística e integrativa.

En esta revisión se consideraron aportes clave de investigaciones en la temática de relevantes autores, tales como los de Chaverra et al., 2024, Bustamante et al., 2022, Feijter et al., 2021, Pochintesta, 2021, Reiland et al., 2021, Reyes et al., 2020, Sekgobela et al., 2020, y Szabó et al., 2020, entre otros.

EL PROCESO DE DUELO

Duelo es un término que, en nuestra cultura, suele referirse al conjunto de procesos psicológicos y psicosociales que siguen a la pérdida de una persona con la que el sujeto en duelo, el deudo, estaba

psicosocialmente vinculado (Tizón, 2004). Según su significado etimológico, viene del latín 'dolus', que significa dolor como respuesta emotiva a la pérdida de alguien o de algo (Real Academia Española, 2001).

El duelo es un proceso de adaptación natural y autolimitado a una nueva realidad que surge tras una pérdida significativa, real o percibida, con un amplio abanico de manifestaciones que producen un impacto en la salud del doliente (Rodríguez-Álvaro, 2019).

El duelo se caracteriza por ser una reacción universal ante la pérdida, es decir, en todas las culturas se hace presente, aunque sus manifestaciones pueden cambiar, es una experiencia que provoca sufrimiento y puede manifestarse en comportamientos pasivos de tipo depresivo (Bayés, 2006).

El duelo es una experiencia multidimensional que afecta no sólo lo biológico y lo emocional, sino que también trastoca las acciones privadas (p. ej., cogniciones, emociones, creencias, etc.) y públicas presentes en contextos específicos que están mediados por antecedentes históricos personales (Cruz et al., 2017).

El duelo es la reacción natural experimentada ante la pérdida de un ser querido (Shear, 2015), es decir, tal y como define la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018), son las respuestas asociadas a la muerte de otra persona, tanto a nivel físico como emocional, cognitivo, conductual, social y espiritual.

Tras el fallecimiento, dicha reacción suele ser aguda, intensa y disruptiva; pero, con el tiempo, tiende a integrarse adecuadamente. El problema surge cuando hay dificultades en dicha reformulación de la pérdida: por diversas circunstancias, lejos de suponer una respuesta natural y adaptativa, este dolor inicial puede

permanecer más tiempo, generando mayor interferencia de la que cabría esperar (Shear, 2015). Así, se elaboraría un proceso desadaptativo conocido como 'Duelo complicado' (persistente o prolongado).

Cuando la muerte del ser querido ocurre en circunstancias inesperadas y repentinas (como puede ser un accidente, un suicidio o un homicidio), el sufrimiento por la pérdida es más traumático y por lo tanto las reacciones son más severas y pueden llegar a complicarse (Tal Young I et al., 2012).

La literatura especializada categoriza el duelo en dos grupos específicos:

El duelo adaptativo: El doliente integra sus pensamientos y sus sentimientos asimilando el dolor y permitiendo gradualmente la toma de conciencia de la realidad y adaptación al nuevo estilo de vida (García, 2021).

El duelo complicado (persistente o prolongado): Se caracteriza por obstáculos para la adaptación, intensificación de síntomas, incurriendo en conductas inadaptadas, las personas están más expuestas a requerir ayuda especializada debido a problemas de morbilidad física o psicológica (García, 2021).

Respecto al duelo complicado, poco se sabe acerca de su prevalencia dado que el término es relativamente de reciente creación (Barreto et al., 2008), pero a partir de la evidencia clínica, se estimó un porcentaje de entre el 10-20% en las personas que tienen problemas en la resolución de su duelo (Prigerson et al., 2008), Bonanno y Kaltman (2001) apuntaron un 10-15% de acuerdo a sus muestras de afectados y Maercker, Fortmeieer, Enzler y Ehlert (2005) encontraron sólo un 7,4% de personas con duelo complicado en una muestra de personas mayores. Jacobs (1999) estima

que entre un 10% y un 20% de los deudos presentan dificultades importantes, mientras que Maerker, Fortmeieer, Enzler y Ehlert (2005) determinó un 7,5%. La Asociación Americana de Psiquiatría estima que la prevalencia del Trastorno de Duelo Persistente es de aproximadamente un 2,4-4,8% (APA, 2014); y la reciente revisión de Lundorff et al. (2017), que analiza 14 estudios, muestra que al menos uno de cada diez adultos en duelo, padecen Duelo Complicado.

CRITERIOS DIAGNOSTICOS SEGÚN DSM-5 TR Y CIE-11

El duelo prolongado es una respuesta normal de duelo, pero persistente y profunda. Las diferencias con el duelo normal estarían dadas sólo por su duración e intensidad, donde las manifestaciones se extienden por un atípico período de 6 meses o más (CIE-11) o de 12 meses (DSM-5 TR) después de la pérdida de un ser querido.

TR. DE DUELO PROLONGADO CRITERIOS A, B Y C EN DSM-5 TR (Moran, 2021).

- A. Muerte de un ser cercano ocurrida al menos 12 meses antes.
- B. Desarrollo persistente de una respuesta de duelo caracterizada por uno a dos de los siguientes síntomas, que se presentan la mayor parte de los días en un grado clínicamente significativo. Los síntomas pueden ocurrir casi todos los días durante al menos un mes:
 1. Añoranza intensa por la persona fallecida.
 2. Preocupaciones con pensamientos o recuerdos del muerto.
- C. Desde la muerte, al menos tres de los siguientes síntomas han estado presentes la mayor parte de los días en un grado clínicamente significativo. Los

- síntomas pueden ocurrir casi todos los días durante al menos un mes:
1. Perturbación de la identidad (sentimiento como si parte de uno hubiera muerto).
 2. Sentimiento de marcada incredulidad para aceptar la muerte.
 3. Evitación de recuerdos o recordatorios que indiquen que la persona ha fallecido.
 4. Dolor emocional intenso (por ejm. ira, amargura, tristeza).
 5. Dificultad para seguir adelante: retomar relaciones y actividades luego de la muerte (por ejemplo, dificultades para compartir con amigos, compartir intereses, o planificación futura).
 6. Aturdimiento (ausencia o marcada reducción de experiencias emocionales).
 7. Sentir que la vida no tiene sentido como resultado de la muerte.
 8. Sentimiento de intensa soledad como resultado de la muerte.

CIE-11. 6B42 TRASTORNO POR DUELO PROLONGADO (Trastornos específicamente asociados con el estrés).

El trastorno por duelo prolongado es un trastorno en el que, tras la muerte de un compañero, parent, hijo u otra persona cercana al doliente, hay una respuesta de dolor persistente y generalizada caracterizada por la nostalgia por la persona fallecida o preocupación persistente acompañada por un intenso dolor emocional (por ejemplo, tristeza, culpa, ira, negación, reproche, dificultad para aceptar la muerte, sentir que uno ha perdido una parte de sí mismo, incapacidad para experimentar un estado de ánimo positivo, entumecimiento emocional, dificultad para relacionarse con las actividades sociales o de otro tipo). La respuesta de dolor ha persistido durante un período atípicamente largo después de la pérdida (más de 6 meses como mínimo) y claramente mayor que las normas sociales esperadas, por el contexto

cultural y religioso del individuo. Las reacciones de duelo que han persistido durante períodos más largos, aunque dentro de lo que sería un período normativo de duelo de determinado contexto cultural y religioso de la persona, son vistas como respuestas de duelo normal y no se les asigna un diagnóstico. La alteración provoca un deterioro significativo en la vida personal, familiar, social, educacional, ocupacional o en otras áreas importantes del funcionamiento.

FASES DEL DUELO

Las primeras reacciones no señalan necesariamente la evolución del duelo. Hay individuos que al principio tienen una leve respuesta emocional y sin embargo más tarde el duelo se cronifica, esto suele ocurrir en un 10-20% del total de los casos. Otras personas, sin embargo, expresan un intenso sufrimiento inicial, y luego superan el duelo más fácilmente (Echeburúa, 2004).

Bowlby (1961) propuso cuatro fases que tienen lugar en el duelo:

- Fase 1: "fase de shock". Es la fase más temprana y se produce una intensa desesperación, se caracteriza por el aturdimiento, cólera, negación y la no aceptación del duelo. Su duración puede ser de un momento o de varios días y la persona afectada puede recaer en esta fase varias veces durante el proceso de luto.
- Fase 2: "fase de anhelo y búsqueda". Es un período donde se tiene un intenso recuerdo y de búsqueda de la persona fallecida, se caracteriza por inquietud física y pensamientos recurrentes sobre el fallecido. Puede durar de varios meses hasta años de una manera atenuada.
- Fase 3: "fase de desorganización y desesperanza". En esta fase la realidad de la pérdida comienza a establecerse, la sensación de no poder evitar los acontecimientos está presente y la persona

en duelo parece apática e indiferente, puede padecer insomnio, tener pérdida de peso y sensación de que su vida ha perdido sentido. La persona en duelo revive continuamente los recuerdos de la persona que ha fallecido, aceptar que los recuerdos son solo eso provoca una reacción de desconsuelo.

- Fase 4: "fase de reorganización". Es una etapa en la que comienzan a remitir los aspectos más dolorosos del duelo y el individuo comienza a experimentar la sensación de reincorporarse a su vida, en esta fase se tiene el recuerdo del fallecido con una sensación de alegría y tristeza y se internaliza la imagen de la persona perdida.

IMPACTO DEL DUELO COMPLICADO EN LOS DIFERENTES PARADIGMAS

PARADIGMA BIOLÓGICO

El paradigma biológico explica como ciertas características específicas genéticas, endocrinas, neuroanatómicas o bien neurofisiológicas, pueden llegar a influir en la aparición de estructuras pensamientos, emociones y conductas manifiestas, consideradas en desequilibrio (Opazo, 2001, pp. 109).

Algunos síntomas del Duelo Complicado en el Paradigma Biológico son:

- Falta de energía, falta de apetito, insomnio y dolor (Sekgobela et al. 2020).
- Dolores físicos (Bustamante et al., 2022).
- Mayor actividad adrenocortical (Irwin et al., 1988). Permanencia de cortisol elevado durante al menos los seis primeros meses de duelo (Gerra et al., 2003).
- El cortisol elevado se relaciona con mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares, cardiopatías coronarias, accidentes cerebrovasculares (Fraser et al., 1999).
- Aumento de la frecuencia cardiaca (Buckley et al., 2011).
- Marcado aumento de riesgo cardiovascular durante el mes posterior al duelo conyugal,

lo cual parece ser consecuencia de respuestas fisiológicas adversas asociadas con el duelo agudo (Carey et al., 2014).

- El duelo por la muerte de una persona significativa se asocia con un incremento de la mortalidad por trombosis coronaria y otras enfermedades arterioescleróticas y degenerativas del corazón (Murray Parkes, 1969), así como con un aumento del riesgo de infartos de miocardio en los días posteriores (Motofsky et al., 2012).
- Aumento de la presión arterial (Buckley et al., 2011), (Santic et al., 2006).
- Activación plaquetaria y de los factores de coagulación en las primeras semanas del duelo, que aumentan el riesgo de trombosis (Buckley et al., 2009), (Morel-Kopp et al., 2009), (Wang et al., 2007).
- El cortisol elevado también se relaciona con la disminución de la inmunidad (Segerstrom et al., 2004), (Goodkin et al., 1996), y con la depresión de la función linfositaria (Schleifer et al., 1983), (Irwin et al., 1987), (Linstrom, 1997).
- Trastornos de ansiedad (Pini et al., 2012).
- Alteraciones del sueño (Germain et al., 2005), (Feijter et al., 2021), (Chaverra et al., 2024). Reducción del tiempo de sueño, probablemente resultado de una mayor activación del eje hipotálamo-hipofisario-suprarrenal, lo puede exacerbar los síntomas depresivos, ya que anteriormente se ha sugerido una fuerte relación bidireccional entre el sueño y la depresión (Reynolds et al., 1992), (Pasternak et al., 1992), (Armitage & Hoffmann, 2001), (Riemann & Voderholzer, 2001).
- Los episodios depresivos son comunes tras la muerte, particularmente en dolientes jóvenes (Zisook & Shuchter, 1991). La mayoría de los dolientes ajustan sus síntomas depresivos durante el año posterior a la pérdida (Kuo et al., 2017).
- Riesgo moderado de mala nutrición ya sea por ingesta superior o inferior a las necesidades, diarrea, estreñimiento y riesgo de estreñimiento (Johnson, 2012).

La enfermedad grave con hospitalización y la muerte conyugal, parecen estar asociadas con el riesgo de muerte de la pareja, tal y como indican Christakis y Allison (2006) tras estudiar más de medio millón de parejas estadounidenses mayores de 65 años. Dicho aumento no es fijo, aunque parece tener relación con la causa de la muerte (Elwert & Christakis, 2008) y con el género, mayormente masculino (Martikainen & Valkonen, 1996).

La evidencia disponible indica que el riesgo de mortalidad relativa más alto se encuentra inmediatamente después del fallecimiento del ser querido. Entre los resultados por causas naturales, la mortalidad durante la primera semana puede ser de más del doble en comparación con las tasas esperadas (Kaprio, 1987). Un seguimiento de casi 400 cuidadores en un estudio de cohortes en Estados Unidos, después de ajustar por factores sociodemográficos, enfermedad prevalente y enfermedad cardiovascular subclínica y sugiere como factor de riesgo independiente para la mortalidad, la tensión mental o emocional que sufre el cuidador (Schulz Visintainer y Williamson, 1990).

En un estudio de seguimiento de 10 años, se demostró que un mayor riesgo para la salud puede persistir durante muchos años después del duelo, especialmente en los cónyuges supervivientes (Jones et al., 2010).

PARADIGMA COGNITIVO

El paradigma cognitivo asigna un rol preponderante a la información y el procesamiento de esta. Los sesgos, distorsiones o defectos en la percepción e interpretación de las experiencias, pueden resultar en respuestas desadaptativas y ese

error sistemático y persistente en el procesamiento de la información, tiene un rol fundamental en muchas formas de psicopatología. La presencia de un mismo estímulo puede hacer pensar de manera diferente, generando consecuencias emocionales y conductuales distintas y desestructurantes (Opazo, 2001, pp. 111-112).

Las cogniciones reflexivas y desadaptativas ocurren en este tipo de duelo y probablemente juegan un papel en la aparición y mantenimiento del trastorno (Lenferink y Eisma, 2018).

Algunos síntomas del Duelo Complicado en el Paradigma Cognitivo son:

- Falta de concentración, olvidos y recuerdos recurrentes del momento de la pérdida y del fallecido (Sekgobela et al., 2020).
- Pensamientos o imágenes intrusivas del fallecido (Prigerson et al., 2009).
- Añoranza intensa por la persona fallecida (APA, 2022).
- Preocupaciones con pensamientos o recuerdos del muerto (APA, 2022).
- Preocupaciones relacionadas con la pérdida del ser querido, el proceso de duelo y la incertidumbre sobre un futuro incierto (Chaverra et al., 2024).
- Evitación de recuerdos o recordatorios que indiquen que la persona ha fallecido (APA, 2022).
- Menor atención y rendimiento cognitivo global en personas con duelo complicado (Hall et al., 2014), especialmente en personas mayores (Ward et al., 2007).
- Szanto et al. (1997) evalúan la ideación suicida en 130 ancianos en duelo, encontrando que el 57% de los que tienen altas puntuaciones de Duelo Complicado, tienen ideación suicida durante el periodo de seguimiento (17 meses).

- En dolientes con soledad emocional y síntomas depresivos se incrementa la ideación suicida (Stroebe, Stroebe y Abakoumkin, 2005), (Sekgobela et al., 2020).

PARADIGMA AFECTIVO

El paradigma afectivo indica que los eventos y estructuras afectivas, siendo la energía el factor predominante, pueden ejercer una influencia causal generando cogniciones, conductas e incluso cambios anatómico fisiológicos en el organismo (Opazo, 2001, pp. 113).

Algunos síntomas del Duelo Complicado en el Paradigma Afectivo son:

- Profunda sensación de soledad (Reiland et al., 2021). (Reyes et al., 2020).
- Profundo dolor emocional, sentimientos de tristeza, pérdida, soledad, sentimientos de ira, dolor y traición hacia el mundo, incluso hacia sus maridos recientemente fallecidos (Sekgobela et al., 2020).
- Tristeza, vacío y desolación, sintiendo el peso de la soledad fuertemente durante los primeros años, especialmente en las noches, al despertar y durante los fines de semana, cuando tenían la mayor parte del día libre de actividades (Pochintesta, 2021).
- Sentimiento de culpa y rabia hacia ellos mismos, hacia otra persona, hacia el fallecido o hacia la vida por la situación vivida (Bustamante et al., 2022).
- Añoranza, búsqueda del fallecido, dificultades para aceptar la muerte, excesiva irritabilidad, amargura y/o enfado en relación con la muerte (Prigerson et al. 1999).
- Perturbación de la identidad desde la muerte (p. e. sentimiento como si parte de uno hubiera muerto), (APA, 2022).
- Sentimiento de marcada incredulidad para aceptar la muerte (APA, 2022).
- Dolor emocional intenso (p. e. ira, amargura, tristeza), (APA, 2022).

- Aturdimiento (ausencia o marcada reducción de experiencias emocionales) como resultado de la muerte (APA, 2022).
- Sentir que la vida no tiene sentido como resultado de la muerte (APA, 2022).
- Tristeza, culpa, ira, negación, reproche, dificultad para aceptar la muerte, sentir que uno ha perdido una parte de sí mismo, incapacidad para experimentar un estado de ánimo positivo, entumecimiento emocional (OMS, 2018).
- Los que sobreviven a un suicidio, experimentan sentimientos de traición y abandono, de culpa, de vergüenza y miedo y de fracaso del rol, quedando profundamente estigmatizados (Munera, 2013) desarrollando mayores complicaciones en el duelo (Mitchell y Terhorst, 2017).

PARADIGMA INCONSCIENTE

El paradigma inconsciente involucra la influencia sobre cogniciones, afectos y conductas, desde todas aquellas actividades mentales de las cuales el individuo no está consciente (Opazo, 2001, pp. 114).

Freud en su obra 'Duelo y melancolía' (1917) define los objetivos de la elaboración del duelo en: 1. La retirada de la libido invertida en el objeto. 2. Su sana reinversión en otro objeto.

Freud creó un modelo de duelo muy directamente inspirado por la depresión, la melancolía, y en el cual las relaciones con los demás, con los 'objetos', son el elemento fundamental de la pérdida que se experimenta con el duelo, es decir, cuando se pierde afectivamente algo o a alguien significativo, se pierde una parte del yo, del mundo interno, de la estructura personal (Tizón, 2004).

Para Melanie Klein (1978) cada duelo reaviva la ambivalencia residual, nunca completamente elaborada, con respecto a nuestro objeto primigenio, lo que supone alteraciones más profundas de nuestra

relación con nuestros recuerdos, con nuestras representaciones mentales conscientes e inconscientes que nos vinculan con la madre, el padre, la familia original.

Los 'mecanismos de defensa' inconscientes protegen al individuo de emociones, ideas y realidades dolorosas (Freud, 1894). La presencia de mecanismos de defensa inconscientes como represión, negación, proyección, etc. influye aumentando la probabilidad de tensión interna y empobreciendo el análisis de la realidad, una tendencia generalizada a marginar de la conciencia las propias respuestas emocionales influye aumentando la probabilidad de que se presenten desajustes psicofisiológicos" (Koscina, 2016).

Algunos síntomas del Duelo Complicado a nivel del Paradigma Inconsciente son:

- Negación: No aceptar la realidad de la pérdida, no creer lo que nos está ocurriendo, o negar el significado de la pérdida, donde la pérdida se puede ver cómo menos significativa de lo que realmente es. La negación proporciona un alivio transitorio de la dura realidad psicológica de una pérdida potencial. Pero la negación es un problema en sí misma cuando en sus formas extremas impide una transformación que permita seguir adelante con la vida. La negación también adquiere la forma de no sentir el dolor, bloquear los sentimientos que están presentes. A veces se refuerza esta actitud evitando pensamientos dolorosos. Idealizar al difunto, evitar las cosas que le recuerdan a él o a ella y usar alcohol, drogas o psicofármacos son otras maneras en que la gente refuerza la negación (Bustamante et al., 2022), (Chaverra et al., 2024).
- Mecanismos de defensa disociativos, que hacen que se rechace, aunque no de manera intencional, la información

emocional conflictiva producto de la experiencia traumática del Duelo, con el fin de minimizar el sufrimiento y producir una especie de congelamiento emocional (Chaverra et al., 2024).

- Mecanismos de defensa represivos: no recordar el contenido de la experiencia traumática, no porque estos hechos hayan quedado en el olvido, sino porque han sido depositados en el inconsciente (Chaverra et al., 2024).
- Falta de conciencia de la relación entre pérdidas actuales y pérdidas de la infancia, conflictos y experiencias traumáticas reprimidas, experiencias tempranas de pérdida.
- Esquemas cognitivos y afectivos disfuncionales e inconscientes.
- Patrón depresivo automático inconsciente.
- Dinámica de pérdida-introyección-autoagresión.
- Disociación yoica.

PARADIGMA AMBIENTAL-CONDUCTUAL

El paradigma ambiental-conductual indica que ciertas características ambientales específicas, pueden llegar a influir en la aparición específica de cogniciones, sentimientos de conductas manifiestas que pueden estar en desajuste (Opazo, 2001, pp. 111).

Algunos síntomas del Duelo Complicado en el Paradigma Ambiental-conductual son:

- Afectación en la rutina diaria del doliente, sobre todo cuando se ve en la necesidad de realizar en soledad las rutinas que hacía el cónyuge o que realizaban juntos (Bustamante et al., 2022), o cuando el doliente dependía de su pareja para el desarrollo de actividades relacionadas con el cuidado personal y oficios domésticos (Reyes et al., 2020).
- Falta de motivación para hacer cualquier cosa (Bustamante et al., 2022).
- Dificultad para seguir adelante: retomar relaciones y actividades luego de la muerte

- (p. e., dificultades para compartir con amigos o planificación futura (APA, 2022).
- Respecto al ocio y tiempo libre, pueden aparecer en el doliente sentimientos de tristeza al recordar los momentos y las actividades que se hacían con el fallecido, tales sentimientos es probable que surjan en torno a las vacaciones, eventos deportivos o funciones del colegio que la familia disfrutaba antes de la tragedia. Para los dolientes a veces es complicado relajarse mientras ven la televisión o películas porque no saben cuándo pueden encontrarse con recordatorios de la pérdida (Pearlman et al., 2014).
 - A nivel laboral: dificultades de concentración y memoria, lo que reduce su capacidad de funcionamiento (Tehan y Thompson, 2012), (Chaverra et al., 2024). Los cambios fisiológicos relacionados con trastorno de estrés postraumático (incluyendo hiperexcitación, dolores de cabeza, dolores de estómago y dificultades de sueño) pueden conducir a problemas de demora, asistencia y productividad. En consecuencia, los afectados pueden experimentar una considerable ansiedad acerca de su rendimiento en el trabajo (Pearlman et al., 2014).
 - A nivel social: Fuerte tendencia a retraerse socialmente después de la tragedia, acortando de ese modo las relaciones sociales. En cuanto al aislamiento social de los mayores se han identificado una serie de factores asociados al riesgo de quedar aislado tales como: deficiente estado de salud, dificultad en la movilidad general, distancia geográfica de los hijos(as), y el hecho de no tener hijos (Pochintesta, 2021).
 - Al estudiar más de 3400 personas que sufrieron pérdidas por suicidio, Pitman, Osborn y King (2016) hallan que éstos tienen mayor probabilidad de tentativa suicida frente a sujetos de las mismas características que sufrieron pérdidas por causas naturales repentinas.

La cultura, la religión y las diversas formas de concebir el mundo juegan un papel importante en los duelos. En la mayoría de las culturas la expresión de dolor individual tiene un sitio en el marco del ritual del duelo público, sin embargo, en nuestro medio social actual aparece relativamente controlada y poco expresiva. Apenas se viven ya aquellas explosiones y gestos apasionados de dolor, rabia y desesperación propio de hace algunas décadas. Por hondo que sea el dolor de los deudos no está bien visto manifestarlo de una manera pública y en la práctica no se hace. Cada día más, los familiares prefieren realizar los funerales y/o entierro en la más estricta intimidad (Cabodevilla, 2007). El duelo se encuentra mediado por las características del entorno y las normas culturales del momento histórico (Kofod & Brinkmann, 2017).

PARADIGMA SISTÉMICO

El paradigma sistémico propone que un sistema implica un todo, un número de elementos que se mantiene en interacción, en el cual el todo es más que la simple suma de las partes; un sistema se comporta de acuerdo con patrones de causalidad circular en un proceso que no tiene ni principio ni final. La búsqueda de encontrar su punto de equilibrio homeostático y de conservar su coherencia sistémica, lleva a los sistemas a la resistencia al cambio. Y cuando el cambio de la totalidad se produce, las partes pasan a ser afectadas o viceversa, sean estas cogniciones, afectivas o conductuales (Opazo, 2001, pp. 115).

Algunos síntomas del Duelo Complicado en el Paradigma Sistémico son:

- Las relaciones familiares que fueron gratificantes antes del duelo podrían pasar

- a ser tensas después de la pérdida (Wortman & Boerner, 2011).
- Tras un duelo traumático, la mayoría de las personas notan un cambio dramático en la atmósfera del hogar (Finkbeiner, 1996).
 - Algunos miembros de la familia pueden estar más afectados y hallarse en una lucha constante contra su propia angustia, pudiendo contagiarse a otros familiares y provocar un efecto negativo que puede intensificar el dolor de cada persona (Rando, 1993).
 - Consecuencias económicas para el doliente y sus hijos, sobre todo cuando la persona fallecida era el principal sostén económico del hogar (Bustamante et al., 2022).
 - Cuando es un miembro de la pareja el que fallece, la otra persona se puede quedar con numerosos problemas, además de tener que hacerse cargo de toda la familia, por ejemplo, en una familia en el que el padre es el principal sustento económico, participa en la crianza de los hijos y además ayuda en las tareas domésticas, cuando este fallece se produce una pérdida traumática en la otra persona dejándole un estado emocional bajo que por lo tanto repercutirá en los hijos (Glazer et al., 2010).
 - Los padres que se quedan viudos pueden preocuparse por la ausencia de un modelo para los hijos del sexo opuesto. Por ejemplo, un padre puede tener dudas sobre la crianza de dos hijas adolescentes, además los padres pueden tener más dificultades para cumplir una disciplina consistente, y es común que estos sean más sobreprotectores y dispongan nuevas restricciones sobre los hijos. Este tipo de acciones suelen dar lugar a sentimientos de hostilidad y resentimiento (Rando, 1993).

ANALISIS DE LA INFORMACIÓN OBTENIDA

La revisión teórica bibliográfica de investigaciones y artículos publicados en revistas científicas acerca de la temática del

Duelo Complicado arrojó como resultado que se cuenta con numerosas investigaciones respaldadas científicamente que establecen correlatos existentes entre el Duelo Complicado por fallecimiento del cónyuge y su impacto en los paradigmas biológico, cognitivo, afectivo, inconsciente, ambiental-conductual y sistémico del individuo doliente.

Por lo anterior se confirmó la hipótesis de que el proceso de Duelo Complicado por fallecimiento del cónyuge, como evento traumático, es un proceso que genera un alto impacto en todos y cada uno de los paradigmas del doliente, y debido a la estrecha relación entre ellos, cada paradigma a su vez impacta a los demás.

ANÁLISIS CRÍTICO

En general es posible observar, en los distintos enfoques, una tendencia a abordar el proceso de Duelo Complicado por fallecimiento del cónyuge desde una perspectiva fragmentada, centrada prioritariamente en uno, dos o tres paradigmas del sujeto, particularmente el biológico, el cognitivo y el conductual, lo que se traduce en abordajes clínicos mayormente enfocados en síntomas físicos, cognitivos o conductuales, en desmedro de una comprensión verdaderamente integrativa de la complejidad del fenómeno

Frente a esta limitación, este artículo propone una lectura holística desde el modelo Integrativo Supraparadigmático (EIS), el cual reconoce que el Duelo Complicado no se despliega de forma aislada solo en algunas esferas del sujeto, sino que repercutе simultáneamente, en todos y cada uno de los paradigmas, así como también reconoce la estrecha interacción relacional entre ellos, donde la

afectación de cada uno repercute en los demás.

DUELO COMPLICADO POR FALLECIMIENTO DEL CÓNYUGE APORTES DESDE EL MODELO INTEGRATIVO SUPRAPARADIGMÁTICO (EIS)

El modelo Integrativo Supraparadigmático propone comprender al doliente como una totalidad multidimensional. En este modelo los seis paradigmas no se entienden como compartimentos aislados, el Supraparadigma integra los paradigmas biológico, cognitivo, afectivo, inconsciente, ambiental-conductual y sistémico, los cuales son articulados por el Sistema SELF de la persona, que es el epicentro del Sistema Integrativo, y está situado en el centro de la dinámica psicológica. El sistema SELF conecta, integra y organiza el funcionamiento de sus partes, donde los seis paradigmas que se entrecruzan e influyen entre sí, desde una lógica interdependiente y dinámica, convergen en el Sistema SELF dando como resultado un sistema global integrado que funciona como una Totalidad.

Los seis Paradigmas son modulados por el sistema SELF, el que interpreta los estímulos y contenidos de los diferentes paradigmas, entregando como resultado experiencias psicofacturadas particulares al individuo (Bagladi, 2010; Opazo, 2001). Así, al encontrarse involucrado cada paradigma en la explicación de la génesis de una función psicológica, es necesario explorar cada uno de ellos y su interacción (Opazo, 2001).

Para explorar las fortalezas y debilidades de cada uno de los paradigmas y su impacto en el doliente, es necesario realizar una completa evaluación mediante el proceso

de Psicodiagnóstico Integral. Las opciones evaluativas a las que puede recurrir un psicoterapeuta integrativo involucran las entrevistas y evaluaciones por parte del clínico mismo, el aporte de otros significativos, posibles interconsultas (psiquiatra, neurólogo, endocrinólogo, etc.), los test y pruebas psicológicas, exámenes de laboratorio informados por especialistas, etc. (Bagladi, 2002). Y, muy especialmente, la Ficha de Evaluación Clínica Integral (FECl-A), que está diseñado para evaluar datos, conexiones y significados, tanto nomotéticos como idiosincráticos. Lo anterior permitirá realizar una intervención personalizada más efectiva, que se adaptará a sus características individuales, ya que cada persona enfrenta la pérdida de manera única.

La interacción entre los distintos Paradigmas confirma que el Duelo Complicado es un fenómeno multidimensional que no puede ser comprendido desde una única perspectiva, por lo que abordarlo desde el enfoque Integrativo Supraparadigmático permitirá poder trabajar tanto en cada Paradigma como en las relaciones de interacción entre ellos.

RELACIÓN DE INTERACCIÓN ENTRE LOS DIFERENTES PARADIGMAS

Paradigma Biológico. Algunos ejemplos de su afectación en los otros paradigmas:

El cortisol elevado y la desregulación neuroquímica pueden afectar los procesos de atención, memoria y concentración, generando pensamientos negativos que provocan estados de ansiedad, irritabilidad, tristeza, rabia, culpa, miedo, y tales emociones activar defensas inconscientes, tales como la evitación. La desregulación

emocional puede afectar negativamente a los vínculos familiares y sociales. Los síntomas físicos pueden provocar que el doliente deje de realizar actividades, se retraiga socialmente y vea afectada su actividad laboral.

Desde el Modelo Integrativo Supraparadigmático es fundamental trabajar sobre este paradigma entendiendo que el funcionamiento biológico no es una dimensión aislada, sino que interdependiente con los demás paradigmas, afectando a los demás y a su vez viéndose afectado por ellos. Por lo anterior se evalúa y trabaja sobre posibles desregulaciones neuroquímicas, hormonales, enfermedades presentes, efectos secundarios de medicamentos que se estén ingiriendo, la alimentación, la higiene del sueño, y la actividad física, entre otras.

Paradigma Cognitivo. Algunos ejemplos de su afectación en los otros paradigmas:

Pensamientos negativos generan estrés que eleva el cortisol, lo que disminuye el sistema inmune, desequilibra los neurotransmisores, altera el sueño, el apetito, provoca somatizaciones en el cuerpo como dolor, también altera el sistema afectivo generando emociones como ansiedad, tristeza, rabia, culpa, etc. Algunas cogniciones despiertan mecanismos de defensa tales como la represión y la negación. Tal malestar provoca aislamiento social, conductas de evitación, falta de motivación para realizar actividades gratificantes.

Según el modelo EIS, una psicoterapia eficaz debe trabajar sobre los pensamientos automáticos negativos, intrusivos, rumiaciones, autorreproches, sesgos

atencionales negativos, creencias disfuncionales, distorsiones cognitivas y los esquemas cognitivos rígidos, promoviendo interpretaciones más integradas, compasivas y funcionales, y la construcción de significado de la pérdida para habilitar un procesamiento saludable del dolor.

Paradigma Afectivo. Algunos ejemplos de su afectación en los otros paradigmas:

Las emociones negativas persistentes generan aumento del cortisol, lo que disminuye el sistema inmune, desequilibra los neurotransmisores, altera el sueño, el apetito, provoca somatizaciones en el cuerpo tales como dolor. La emocionalidad intensa distorsiona la percepción y el pensamiento, fomentando distorsiones cognitivas y sesgos atencionales negativos. La desregulación emocional provoca sobrecarga emocional y cognitiva lo que afecta las funciones ejecutivas tales como la planificación, organización y toma de decisiones, capacidad de resolución de problemas, lo que afecta la capacidad para manejar los requerimientos de la vida diaria del doliente. Los afectos no elaborados se reprimen o se desplazan al inconsciente, donde permanecen activos como núcleos traumáticos no simbolizados, pudiéndose manifestar como síntomas, alimentando defensas inconscientes como la represión, negación o idealización del fallecido. La desregulación emocional provoca dificultades y conflictos en las relaciones sociales y familiares desorganizando el sistema familiar, y pueden llevar a la inhibición conductual o a conductas desorganizadas.

Según el enfoque EIS, una intervención clínica profunda requiere explorar sobre las emociones negadas, reprimidas o

desbordantes, reconociéndolas como núcleo constitutivo de la subjetividad, dándoles espacio para su expresión más integrada y consciente, validándolas, resignificando los afectos, y así modular emocionalmente los procesos emocionales del doliente para permitir la transformación integradora del duelo.

Paradigma Inconsciente. Algunos ejemplos de su afectación en los otros Paradigmas:

Los procesos inconscientes juegan un papel importante, ya que influyen en la manera en el que el doliente internaliza y procesa la pérdida.

Contenidos inconscientes intensos reprimidos, negados, desplazados (rabia hacia el fallecido o hacia otros), no simbolizados, no elaborados, pueden somatizarse generando síntomas físicos (somatizaciones físicas, alteraciones del sueño, etc.), cognitivos (evitación de recuerdos, fantasías inconscientes, resistencias, racionalizaciones, creencias de lealtad, autocastigo, etc.), afectivos (deseos reprimidos, emociones no reconocidas por ejemplo la culpa, miedos, memorias emocionales), conductuales (evitaciones, compulsiones, actos fallidos, etc.), ambientales (retramiento) y sistémicos (proyecciones, externalizaciones, internalización de roles, transferencias, contratransferencias, etc.). Adquieren vital relevancia experiencias anteriores relacionadas con el apego (dinámicas vinculares internalizadas en la infancia) y con situaciones traumáticas o duelos anteriores no resueltos ni elaborados.

En el enfoque EIS, es esencial hacer consciente lo inconsciente, identificando resistencias y defensas, reconociendo los procesos intrapsíquicos que están

operando fuera del umbral de la conciencia del doliente, reviviéndolos, resignificándolos e integrándolos, para que estos procesos dejen de operar como fuerza silenciosa que perpetúa el dolor, y puedan ser resignificados e integrados a la experiencia vital del sujeto.

Paradigma Ambiental-Conductual.

Algunos ejemplos de su afectación en los otros Paradigmas:

El retramiento social (evitar lugares y situaciones) y la inactivación conductual reducen la realización de actividades que pudieran ser gratificantes, lo que reduce la liberación de neurotransmisores (afectando el paradigma biológico en relación con los síntomas físicos, sueño, apetito y sistema inmune) y la experimentación de emociones positivas tales como el placer o logros (afectando el paradigma afectivo, perpetuando la sensación de vacío y soledad), adicionalmente refuerza las cogniciones negativas o distorsionadas reforzando creencias tales como la de su incapacidad para salir delante de este proceso, reforzando defensas y resistencias inconscientes (paradigma inconsciente), además de no facilitar la promoción de instancias de conectar y compartir de forma positiva y agradable con su entorno repercutiendo en la dinámica familiar (paradigma sistémico).

Según el modelo EIS, intervenir en esta dimensión implica reconocer en el doliente influencias del condicionamiento y el aprendizaje tales como aprendizajes conductuales previos no adaptativos (conductas desadaptativas) o ambientales pasados (cultura, educación) o presentes moldeados por el entorno (laboral, social, familiar). Además, realizar un análisis funcional de la conducta (antecedentes,

refuerzos internos y externos que la mantienen, sus consecuencias), favorecer la exposición gradual, la activación conductual de rutinas y actividades, el reforzamiento positivo o negativo de conductas, la reestructuración del ambiente, y fomentar la interacción vincular.

Paradigma Sistémico. Algunos ejemplos de su afectación en los otros Paradigmas:

El transitar un proceso de Duelo Complicado sin el apoyo de un sistema familiar que valide, contenga emocionalmente y acompañe al doliente, y que por el contrario sea uno en el que se manifiesten dinámicas vinculares invalidantes, tensas y conflictivas, generan y/o mantienen el nivel de estrés en el doliente, afectando el paradigma biológico (sistema nervioso, endocrino e inmune, somatizaciones, tensiones y dolores físicos, trastornos del sueño, etc.), reforzando creencias de que es mejor no mostrar el dolor, de la obligación de mostrarse fuerte, o de que no es correcto dejar de sufrir o disfrutar por lealtad al grupo (paradigma cognitivo), reforzando emociones negativas como la de soledad, rabia, culpa (paradigma afectivo), activando las defensas y afectando la elaboración de contenidos reprimidos inconscientes, los que se ven influenciados por las defensas y contenidos reprimidos inconscientes y no elaborados del propio entorno familiar tales como la negación, represión de la expresión del dolor, proyección, transferencia, contratransferencia entre otros (paradigma inconsciente) y promoviendo conductas desadaptativas (como sobreprotección o la exigencias de que debe tomar el rol de ser la figura más fuerte y hacerse cargo del clan. Lo que podría promover conductas de

aislamiento. (paradigma ambiental-conductual).

Desde el modelo EIS, se considera que el dolor del doliente no es solo individual, sino que está entrelazado con los patrones relationales y las dinámicas vinculares familiares, donde el proceso de duelo alteró los equilibrios de organización del sistema familiar, en relación con los roles, jerarquías y comunicaciones del sistema. Es fundamental trabajar con la red relacional del doliente, detectar posibles obstáculos, activar recursos vinculares, reconstruir redes de apoyo, abrir espacios de comunicación, resignificar lealtades y favorecer la resignificación e integración saludable de la pérdida, facilitará los procesos de reorganización del sistema familia, lo que favorecerá la homeostasis y la recuperación de su equilibrio.

APORTE PERSONAL DE LA AUTORA Y CONCLUSIÓN

La elaboración de las pérdidas y el proceso de Duelo es un tema central en la existencia humana, desde nuestro nacimiento, momento en el cual experimentamos nuestra primera dolorosa separación, la vida de cada uno de nosotros es un conjunto de pérdidas y separaciones donde cada una de ellas acarrea un duelo que en muchos casos es una experiencia que penetra hasta el núcleo de nuestro ser.

El Proceso de Duelo puede llegar a impactar de tal manera todas las áreas de la vida del doliente influyendo en su estado físico, cognitivo, afectivo, inconsciente, ambiental-conductual y sistémico a tal punto que éste puede sentirse incapaz de superar la pérdida, y desarrollar un Trastorno de Duelo Complicado que requerirá de una intervención profesional para su recuperación, especialmente en

ausencia del apoyo adecuado. Este apoyo psicoterapéutico debe ajustarse a las particularidades específicas y únicas de cada doliente, ya que las respuestas al Duelo varían según factores individuales y contextuales, y ofrecer una atención personalizada, holística y multidisciplinaria en la intervención.

Desde mi experiencia clínica en el Duelo Complicado priorizo el vínculo terapéutico como espacio de contención y acompañamiento, por sobre la técnica, donde muchas veces lo más terapéutico es acompañar y sostener sin juzgar, sin dirigir, sin presionar, y validar el sufrimiento sin buscar su eliminación inmediata, sin forzar procesos prematuros, respetando los tiempos psíquicos de cada proceso en particular, comprendiendo que no hay dos duelos iguales, cada experiencia de pérdida es única y singular, lo que me ha llevado a cuestionar los abordajes de protocolos estandarizados y privilegiar la atención personalizada.

Adicionalmente, el acompañar procesos de Duelo me ha llevado a revisar mi relación con la muerte, mi rol como sostén emocional, y me ha otorgado la comprensión de que el rol del terapeuta no debe reducirse a intervenir sobre síntomas aislados, sino que debe ofrecer un espacio terapéutico capaz de contener, validar y acompañar la singularidad del proceso de cada doliente con respeto, apertura y compasión, como lo merece una vivencia profundamente humana, donde el dolor se expresa, se transforma y se aloja en múltiples planos de la experiencia. Esta comprensión ha nutrido mi práctica con mayor presencia y humildad, lo que considero un aporte muy valioso para mí como persona y también para el ejercicio de mi práctica clínica.

Desde mi sensibilidad clínica he podido constatar que en el duelo no sufre únicamente la mente o el cuerpo, sino que se ve comprometido todo el entramado del doliente: su biología, sus pensamientos, sus emociones, sus vínculos, sus registros inconscientes y su contexto.

Desde mi perspectiva como psicóloga integrativa he constatado que el enfoque Integrativo Supraparadigmático E.I.S. tiene una postura profundamente ética y humana que nos recuerda que todo sufrimiento merece ser abordado desde una mirada integradora, donde la complejidad del ser no sea fragmentada ni simplificada. Esta postura a mi juicio constituye una vía posible y necesaria para honrar el dolor humano y acompañar procesos de duelo con verdadera profundidad en la resignificación de las pérdidas.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (2022).** *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition DSM-5-TR.* American Psychiatric Publishing. Washington DC.
- Armitage, R., & Hoffmann, R. (2001).** *EEG del sueño, depresión y género.* Sleep Med Rev.5:237-246.
<https://doi.org/10.1053/smrv.2000.0144>.
- Bagladi, V. (2007).** *Clase exposición Psicoterapia Integrativa.* Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa. Santiago de Chile.
- Barreto P., & Soler, M.C. (2007).** *Muerte y Duelo.* Madrid. Editorial Síntesis.
- Barreto, P., Yi, P., Soler, C., Martínez, E., Fombuena, M., Aldana, C. & Espinar, V. (2008).** *Factores protectores del duelo complicado.* IV Congreso de la Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos, 29-31.
https://www.researchgate.net/publication/277274808_Predictores_de_duelo_complicado.
- Bayés, R. (2006).** *Psicología del sufrimiento y de la muerte.* Editorial Martínez Roca.
- Bierhals, A.J., Kupfer, D.J., & Brent, D.A. (1999).** *Influence of traumatic grief on suicidal ideation among young adults.* Am. J.

- Psychiatry; 156(12):1994-5.
<https://doi.org/10.1176/ajp.156.12.1994>.
- Boelen, P. A. & Prigerson, H. G. (2012).** *Commentary on the Inclusion of Persistent Complex Bereavement-Related Disorder in DSM-5.* Death Studies, 36, 771-794. PMID: 24563927.
<https://doi.org/10.1080/07481187.2012.706982>.
- Bonanno, G.A. & Kaltman, S. (2001).** *The variety of grief experiences.* Clinical Psychology Review, 21(5), 705-34. PMID: 11434227.
[https://doi.org/10.1016/s0272-7358\(00\)00062-3](https://doi.org/10.1016/s0272-7358(00)00062-3).
- Bowlby, J. (1961).** *Process of mourning.* International Journal of Psychoanalysis 42,317-340.
- Buckley, T., Morel-Kopp, M.C., Ward, C. et al. (2009).** *Cambios inflamatorios y trombóticos en el duelo temprano: una evaluación prospectiva.* Eur J Cardiovasc Prev Rehabil. En prensa.
- Buckley, T., Mihailidou, A., & Bartrop, R. (2011).** *Cambios hemodinámicos durante el duelo temprano: posible contribución al aumento del riesgo cardiovascular.* Circulación cardiopulmonar. 20:91-98.
- Buckley, T., Sunari, D., Marshall, A., Bartrop, R., McKinley, S. & Tofler, G. (2012).** *Correlatos fisiológicos del duelo y el impacto de las intervenciones en el duelo.* Diálogos en Neurociencia Clínica. 14:2, 129-139.
<https://doi.org/10.31887/DCNS.2012.14.2/tbuckley>
- Bustamante, V., Mata, G., Rodríguez, G., Rincón, M., & Valladares, O. (2022).** *Comprendiendo el Duelo por Viudez y su Afrontamiento en Adultas Mayores Venezolanas. Analogías Del Comportamiento,* (21), 94–114. Recuperado a partir de <https://revistasenlinea.saber.ucab.edu.ve/index.php/analogias/article/view/5720>.
- Cabodevilla, I. (2007).** *Las pérdidas y sus duelos.* Anales Sis San Navarra. Vol.30, suppl.3 pp.163-176.
- Carey, I.M., Shah, S.M., DeWilde, S., Harris, T., Victor, C.R., & Cook, D.G. (2014).** *Mayor riesgo de eventos cardiovasculares agudos tras el duelo de la pareja: Un estudio de cohorte emparejado.* JAMA Intern Med. 2014;174(4):598–605.
<https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2013.1455>
- Chaverra, L., Montoya, M., Londoño, D., Román, N. & Rivera, M. (2024).** *Estudio Descriptivo del Duelo en Adultos Mayores.* Trabajo de Grado. Tecnológico de Antioquia, Institución Universitaria.
<https://dspace.tdea.edu.co/handle/tdea/6390>
- Christakis, N.A., & Allison, P.D. (2006).** *Mortality after the Hospitalization of a Spouse.* N. Engl J. Med. 354:719-730.
<https://doi.org/10.1056/NEJMsa050196>.
- Cruz, J.I., Reyes, M. & Cornona, Z. (2017).** *Duelo. Tratamiento basado en la terapia de aceptación y compromiso.* Manual Moderno.
<https://www.researchgate.net/publication/337146194> *Duelo Tratamiento basado en la Terapia de Aceptación y Compromiso.*
- Cruz, J.I. (2019).** *Terapia Cognitivo Conductual en el manejo del Duelo Complicado.* <https://www.researchgate.net/publication/329655368> *Terapia Cognitivo Conductual en el manejo del Duelo Complicado*
- Echeburúa, E. & Corral, P. (2001).** *El duelo normal y patológico. Necesidades psicosociales en la terminalidad.* San Sebastián. Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos.
- Echeburúa, E. (2004).** *Superar un trauma: el tratamiento de las víctimas de sucesos violentos.* Madrid. Editorial Pirámide. ISBN 84-368-1900-4
- Elwert, F., & Christakis, N. (2008).** *The Effect of Widowerhood on Mortality by the Causes of Death of Both Spouses.* Am J. Public Health. 98(11): 2092-2098.
<https://doi.org/10.2105/AJPH.2007.114348>.
- Fabila, L.J., & Montaño, A.H. (2022).** *Intervención cognitivo-conductual en el duelo complicado: un estudio de caso.* Clínica Contemporánea, 13(2), Artículo e10. <https://doi.org/10.5093/cc2022a8>.
- Feijter, M., Frances, M., Arizmendi, B., Ikram, M. & Luik, A. (2021).** *The longitudinal association of actigraphy-estimated sleep with grief in middle-aged and elderly persons.* Journal of Psychiatric Research, 137, 66-72.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.02.042>
- Ferrell, B.R., Twaddle, M.L., Melnick, A., & Meier, D.E. (2018).** *Guía de práctica clínica para cuidados paliativos de calidad del Proyecto de Consenso Nacional.* 4.ª edición. Journal of Palliative Medicine, 21(12), 1684-1689.
<https://doi.org/10.1089/jpm.2018.0431>
- Fraser, R., Ingram, M.C., Anderson, N.H., Morrison, C., Davies, E., & Connell, J.M. (1999).** *Efectos del cortisol sobre la masa corporal, la presión arterial y el colesterol en la población general.* Hipertensión. 33:1364-1368.
<https://doi.org/10.1161/01.hyp.33.6.1364>
- Freud, S. (1894)** *Las neurosis de defensa.* En: La Edición Estándar de las Obras

- Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Volumen 3. Londres. Hogarth Press 1964-4561
- Freud, S. (1917). Duelo y melancolía.** <http://www.insumisos.com/M4T3R14L/BD/Freud-Sigmund/Duelo%20y%20melancolia.PDF>
- García, A., Rodríguez, M., Brito, P., Fernández, D., Martínez, C. & Marrero, C. (2021). Duelo adaptativo, no adaptativo y continuidad de vínculos.** http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2021000100001&lng=es&tlang=es
- Germain, A., Caroff, K., Buysse, D.J., & Shear, M.K. (2005). Calidad del sueño en el duelo complicado.** *J Trauma Stress*. 18:343-346. <https://doi.org/10.1002/jts.20035>
- Gerra, G., Monti, D., Panerai, A.E., Sacerdote, P., Anderlini, R., Avanzini, P., Zaimovic, A., Brambilla, F., & Franceschi, C. (2003). Efectos inmunoendocrinos a largo plazo del duelo: relación con los niveles de ansiedad y el estado de ánimo.** *Psychiatry Res.* 2003; 121:145-158. [https://doi.org/10.1016/s0165-1781\(03\)00255-5](https://doi.org/10.1016/s0165-1781(03)00255-5)
- Glazer, H.R., Clark, M.D., Thomas, R., & Haxton, H. (2010). Parenting after the death of a spouse.** *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 27, 532-536. <https://doi.org/10.1177/1049909110366851>
- Goodkin, K., Feaster, D.J., Tuttle, R., Blaney, N.T., Kumar, M., Baum, M.K., Shapshak, P. & Fletcher, M.A. (1996). El duelo se asocia con disminuciones temporales de la función inmunitaria celular en hombres homosexuales seropositivos al virus de la inmunodeficiencia humana tipo 1 asintomáticos.** *Clin Diagn Lab Immunol.* 3:109-118. <https://doi.org/10.1128/cdli.3.1.109-118.1996>
- Hall, C.A., Reynolds, C.F., Butters, M., Zisook, S., Simon, N., Corey-Bloom, J., Lebowitz, B.D., Begley, A., Mauro, C., & Shear, M.K. (2014). Cognitive functioning in complicated grief.** *J Psychiatr Res.* 58:20-5. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2014.07.002>
- Irwin, M., Daniels, M., Bloom, E.T., Smith, T.L., & Weiner, H. (1987). Acontecimientos de la vida, síntomas depresivos y función inmunológica.** *Am J Psychiatry*. 144:437-441. *Am J Psychiatry*. 1987 Apr;144(4):437-41. <https://doi.org/10.1176/ajp.144.4.437>
- Irwin, M., Daniels, M., Risch, S., Bloom, E., & Weiner, H. (1988). Cortisol plasmático y actividad de las células asesinas naturales durante el duelo.** *Biol Psychiatry*. 24:173-178. [https://doi.org/10.1016/0006-3223\(88\)90272-Z](https://doi.org/10.1016/0006-3223(88)90272-Z)
- Jacobs, S.C. (1999). Traumatic grief: Diagnosis, treatment and prevention.** Philadelphia: Brunner/Mazel. <https://doi.org/10.4324/9781315784496>
- Johnson, C.S. (2012). Nutritional considerations for bereavement and coping with grief.** *J. Nutr Health Aging*. 6(3):171-6. <https://www.researchgate.net/publication/11476451>
- Jones, M.P., Bartrop, R.W., Forcier, L., & Penny, R. (2010). El impacto a largo plazo del duelo en la salud del cónyuge: un seguimiento de 10 años.** *Acta Neuropsychiatry*. 22:212-217. <https://doi.org/10.1111/j.1601-5215.2010.00482.x>
- Kaprio, J., Koskenvuo, M., & Rita, H. (1987). Mortality after bereavement: a prospective study of 95,647 widowed persons.** *American Journal of Public Health*. Vol. 77, No. 3, pp. 283-287. <https://doi.org/10.2105/AJPH.77.3.283>
- Kersting, A., Brähler, E., Glaesmer, H., & Wagner, B. (2011). Prevalence of complicated grief in a representative population based sample.** *Journal of Affective Disorders*, 131, 339-343. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.11.032>
- Koscina T. (2016). Revista ACPI. Actualizaciones en Psicoterapia Integrativa. Volumen N°8.** Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa. Santiago de Chile. https://icpsi.cl/wp-content/uploads/2017/01/AcPI_2016.pdf
- Kuo, S.C., Sun, J.L., & Tang, S.T. (2017). Trajectories of depressive symptoms for bereaved family members of chronically ill patients: a systematic review.** *J Clin Nurs.* <https://doi.org/10.1111/jocn.13720>
- Lehman, D.R., Wortman, C.B., & Williams, A.F. (1987). Long-term effects of losing a spouse or child in a motor vehicle crash.** *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 218-231. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.52.1.218>.
- Lenferink, L.I.M. & Eisma, M.C. (2018). 37,650 ways to have "persistent complex bereavement disorder" yet only 48 ways to have "prolonged grief disorder".** *Psychiatry Research* 261, 88-89. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.12.050>
- Letelier, C.L. (2003). Propuesta de Intervención desde el Modelo Integrativo Supraparadigmático a la temática del Duelo en Adultos. Tesis para optar al grado de Magíster en Psicología Clínica mención Psicoterapia Integrativa.** Universidad Adolfo Ibáñez. Escuela de Psicología.

- Lindstrom, T.C. (1997).** *Inmunidad y salud tras el duelo en relación con el afrontamiento.* Scand J. Psychol. 38:253-259. <https://doi.org/10.1111/1467-9450.00034>
- Lundorff, M., Holmgren, H., Zachariae, R., Farver-Vestergaard, I., & O'Connor, M. (2017).** *Prevalence of prolonged grief disorder in adult bereavement: A systematic review and meta-analysis.* J. Affect. Disord. 212: 138-149. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.01.030>
- Maciejewski, P.K. & Prigerson, H.G. (2017).** *El duelo prolongado, pero no complicado, es un trastorno mental.* British Journal of Psychiatry. 211, 189. <https://doi.org/10.1192/bj.p.116.196238>
- Maercker, A., Fortmeier, S., Enzler, A., & Ehlert, U. (2005).** *Complicated grief as a stress response syndrome: results from the Zurich older age study.* Paper presented at the 7th International conference on grief and bereavement in contemporary society, London.
- Martikainen, P. & Valkonen, T. (1996).** *Mortality after the death of a spouse: rates and causes of death in a large Finnish cohort.* Am J. Public Health. 86(8):1087-93. https://doi.org/10.2105/ajph.86.8_pt_1.087
- Klein M. (1978).** *Obras completas.* Editorial Paidós. Barcelona. https://www.academia.edu/45571176/OBRAS_COMPLETAS_DE_MELANIE_KLEIN
- Mitchell, A.M. & Terhorst, L. (2017).** *PTSD Symptoms in Survivors Bereaved by the Suicide of a Significant Other.* J. Am Psychiatry Nurses Assoc. 23(1):61-65. <https://doi.org/10.1177/1078390316673716>
- Morán, M. (2021).** *Updated DSM-5 Text Revisions to Be Released in March.* https://doi.org/10.1176/appi.pn.2022.1.2_0
- Morel-Kopp, M., McLean, L., Chen, Tofler, G., Tennant, C., Maddison, V., Ward, C. (2009).** *La asociación de la depresión con la activación plaquetaria: evidencia de un efecto del tratamiento.* J Thromb Haemost. <https://doi.org/10.1111/j.1538-7836.2009.03278.x>
- Mostofsky, E., Maclare, M., Sherwood, J.B., Tofler, G.H., Muller, J.E., & Mittleman, M.A., (2012).** *Risk of acute myocardial infarction after death of a significant person in one's life: the determinants of myocardial infarction onset study.* Circulation, 125(3), 491-496. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.111.061770>
- Munera Ramos, P. (2013).** *El duelo por el suicidio: análisis del discurso de familiares y de profesionales de salud mental.* Universidad de Granada. Departamento de Psicología Social. <http://hdl.handle.net/10481/29526>
- Murray Parkes, C., Benjamin, B., & Fitzgerald, R.G. (1969).** *Broken Heart: A Statistical Study of Increased Mortality among Widowers.* <https://doi.org/10.1136/bmj.1.5646.740>
- Opazo, R. (En prensa).** *Enfoque Integrativo Supraparadigmático (E.I.S.): Manual de Psicoterapia Integrativa.* Ediciones ICPSI, Santiago, Chile.
- Opazo, R. (1997).** *In the hurricane's eye: A supraparadigmatic integrative model.* Journal of Psychotherapy Integration, 7(1), 17-54.
- Opazo, R. (2001).** *Psicoterapia Integrativa: delimitación clínica.* Santiago: Ediciones ICPSI.
- Opazo, R. (2004).** *Psicoterapia Integrativa y Desarrollo Personal.* En H. Fernández Álvarez & R. Opazo (Eds), *La Integración en Psicoterapia: Manual Práctica* (p. 335-384). Barcelona. Editorial Paidós.
- Opazo, R. (2017).** *Psicoterapia Integrativa EIS. Profundizando la comprensión. Potenciando el Cambio.* Editorial Andros.
- Opazo, R. & Bagladi, V. (2022).** *Potenciando el cambio: Nuevos desarrollos de la Psicoterapia Integrativa EIS.* En R. Opazo & V. Bagladi (Eds.), *Manual de Psicoterapia Integrativa EIS. Potenciando el cambio en la clínica aplicada* (p. 729). Editorial Andros.
- Organización Mundial de la Salud (2018).** *CIE-11. Undécima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Trastornos mentales y del Comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico.* <https://icd.who.int/es/>
- Pasternak, R.E., Reynolds III, C.F., Hoch, C.C., Buysse, D.S., Schlernitzauer, M., Machen, M., Kupfer, D., (1992).** *Sueño en ancianos con síntomas depresivos subsindrómicos en duelo conyugal.* Psychiatry Res. 43:43-53. [https://doi.org/10.1016/0165-1781\(92\)90140-x](https://doi.org/10.1016/0165-1781(92)90140-x)
- Pearlman, L.A., Wortman, C.B., Feuer, C., Farber, C., & Rando, T. (2014).** *Traumatic bereavement: A practitioner's guide.* New

- York, NY: Guilford Press. ISBN 9781462513178.
- Pini, S., Gesi, C., Abelli, M., Muti, M., Lari, L., Cardini, A. & Shear, K.M. (2012).** *The relationship between adult separation anxiety disorder and complicated grief in a cohort of 454 outpatients with mood and anxiety disorders.* Journal of Affective Disorders, 143, 64–68. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.05.026>
- Pitman, A.L., Osborn, D.P.J., Rantell, K., & King, M.B. (2016).** *Bereavement by suicide as a risk factor for suicide attempt: a cross-sectional national UK-wide study of 3432 young, bereaved adults.* BMJ Open. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-009948>
- Pochintesta, P. (2021).** *Soledad, envejecimiento y viudez en el curso de la vida, Un estudio de casos en personas viudas de Argentina.* Diversitas, 17(1). <https://doi.org/10.15332/22563067>.
- Prigerson, H.G., Vanderwerker, L.C. & Maciejewski, P.K. (2008).** *Prolonged grief disorder: A case for Inclusion in DSM-V.* En M. S. Stroebe, R. O. Hansson, H. Schut, & W. Stroebe. (Eds.), *Handbook of bereavement research and practice: Advances in theory and intervention* (pp. 165–186). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/14498-008>
- Rando, T. A. (1993).** *Treatment of complicated mourning.* Champaign, IL: Research Press. ISBN: 9780878223299.
- Ramírez, R. (2009).** *Actualizaciones en Psicoterapia Integrativa. Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa.* Volumen N°1 (p. 57-58). Publicaciones ICPSI. Santiago de Chile. <https://www.icpsi.cl/publicaciones/acpi-2009-2013/>
- Real Academia Española (2001).** *Diccionario de la lengua española* (22º edición). <https://www.rae.es/obras-academicas/diccionarios/diccionario-de-la-lengua-espanola-2001>
- Reiland, H., Banerjee, A., Claesges, S., Giuca, A., Hillard. C., Reynolds, C., & Goveas, J. (2021).** *The influence of depression on the relationship between loneliness and grief trajectories in bereaved older adults,* Psychiatry Research Communications, 1(1)1-6. <https://doi.org/10.1016/j.psychcom.2021.100006>
- Reyes, M., Cujiño, M., Santana, D., Orozco, S., Pereira, A. & Diaz., M. (2020).** *Afrontamiento y viudez en la vejez: Estudio mixto en población colombiana.* Revista de psicología y Ciencias afines, 37(1),1-29. <https://doi.org/10.16888/interd.2020.37.1.7>
- Reynolds, C.F. 3rd Hoch, C.C., Buysse, D.J., Houck, P.R., Schlernitzauer, M., Frank, E., Mazumdar, S., Kupfer, D.J. (1992).** *Sueño electroencefalográfico en el duelo conyugal y la depresión relacionada con el duelo en la vejez.* Biol Psychiatry. 31:69-82. [https://doi.org/10.1016/0006-3223\(92\)90007-m](https://doi.org/10.1016/0006-3223(92)90007-m).
- Riemann, D., Berger, M., & Voderholzer, U. (2001).** *Sueño en la depresión: resultados de estudios psicobiológicos: una visión general.* Biol Psychol. 57:67-103. [https://doi.org/10.1016/s0301-0511\(01\)00090-4](https://doi.org/10.1016/s0301-0511(01)00090-4).
- Rodríguez-Álvaro, M. (2019).** *Impacto del duelo complicado. Una lectura a través del lenguaje del cuidado.* http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2019000300008&lng=es&tLng=es
- Santic, Z., Lukic, A., Sesar, D., Milicevic, S., & Ilakovac, V. (2006).** *Seguimiento a largo plazo de la presión arterial en familiares de soldados fallecidos durante la guerra de Bosnia y Herzegovina.* Croat Med J. 47:416-423. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16758520/>
- Schleifer, S.J., Keller, S.E., Camerino, M., Thornton, J.C., & Stein, M. (1983).** *Supresión de la estimulación linfocitaria tras el duelo.* JAMA. 250:374-377. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6854901/>
- Schulz, R., Visintainer, P. & Williamson, G. M. (1990).** *Psychiatric and Physical Morbidity Effects of Caregiving.* Journal of Gerontology. Psychological Sciences, 45, 181-191. <https://doi.org/10.1093/geronj/45.5.p181>.
- Segerstrom, S. & Miller, G.E. (2004).** *Estrés psicológico y el sistema inmunitario humano: Un estudio metaanalítico de 30 años de investigación.* Psychol Bull. 130:601-630. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.130.4.601>.
- Sekgobela, G.L., Peu, D.M. & van der Wath, A.E. (2020).** *Health-Support Needs of Widows in South Africa: A Phenomenological Inquiry.* OMEGA-Journal of Death and Dying, 81(3), 507-522. <https://doi.org/10.1177/0030222818786416>.
- Shear, M.K. (2015).** *Complicated grief.* N. Eng J. Med; 372: 153-60. <https://doi.org/10.1056/NEJMcp1315618>
- Stroebe, M., Stroebe, W. & Abakoumkin, G. (2005).** *The broken heart: suicidal ideation in bereavement.* Am J. Psychiatry. Stroebe (Eds.), *Handbook of bereavement research and practice: Advances in theory and intervention,* 165-186. Washington, DC:

- American Psychological Association. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.11.2178>.
- Szabó, Á., Kok, A., Beekman, A. & Huisman, M. (2020).** *Longitudinal Examination of emotional Functioning in older adults after Spousal Bereavement*. The Journals Gerontologist Series B, Psychological Sciences and Social Sciences, 75(8), 1668-1678. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbz039>.
- Szanto, K., Prigerson, H., Houck, P., Ehrenpreis, L., & Reynolds, C.F. (1997).** *Suicidal ideation in elderly bereaved: the role of complicated grief*. Suicide Life Threat Behav. 27(2):194-207. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9260302/>
- Tal Young, I., Iglewicz, A., Glorioso, D., Lanouette, N., Seay, K., Ilapakurti, M. & Zisook, S. (2012).** *Suicide bereavement and complicated grief*. Dialogues in Clinical Neuroscience, 14(2), 177-86. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2012.14.2/iyoung>.
- Tehan, M., & Thompson, N. (2012).** *Loss and grief in the workplace: The challenge of leadership*. Omega: Journal of Death and Dying, 66, 265-280. <https://doi.org/10.2190/OM.66.3.d>
- Tizón J.L. (2004).** Pérdida, pena, duelo. Vivencias, investigación y asistencia. Barcelona: Fundación Vidal i Barraquer y Paidós. https://www.researchgate.net/publication/304947866_PERDIDA_PENA_DUELO_Vivencias_investigacion_y_asistencia_Loss_Grief_and_Mourning
- Wang, J., Zhang, S., Jin, Y., Qin, G., Yu, L., & Zhang, J. (2007).** *Niveles elevados de agregados plaquetarios-monocitos y biomarcadores circulantes relacionados en pacientes con síndrome coronario agudo*. Int. J. Cardiol. 115:361-365. [https://www.internationaljournalofcardiology.com/article/S0167-5273\(06\)00409-8/abstract](https://www.internationaljournalofcardiology.com/article/S0167-5273(06)00409-8/abstract)
- Ward, L., Mathias, J.L., & Hitchings, S.E. (2007)** *Relationships between bereavement and cognitive functioning in older adults*. Gerontology 53(6):124-34. <https://doi.org/10.1159/000104787>
- Wortman, C.B. & Boerner, K. (2011).** *Beyond the myths of coping with loss: Prevailing assumptions versus scientific evidence*. En H. Friedman (Ed.), Oxford handbook of health, 438-476. <https://psycnet.apa.org/record/2013-01232-019>
- Zisook, S. & Shuchter, S.R. (1991).** *Depression through the first year after the death of a spouse*. Am J. Psychiatry. 1991. <https://doi.org/10.1176/ajp.148.10.1346>

El Self en el Devenir de la Experiencia: procesos emocionales como eje del funcionamiento y desarrollo

Anita Peró Jeanneret*

Abstract

This article proposes that emotional processes play a fundamental and angular role in the functioning and development of the Self System, understood from the Supraparadigmatic Integrative Approach (SIA). Within the framework of the contributions of Emotion Focused Therapy (EFT), emotions are explored as the core organizer of experience, emphasizing their innate adaptive potential and their role in the deployment of the six functions of the Self System: integral meaning, awareness, identity, self-organization, search for meaning and life conduction. It is postulated that emotions not only structure the experience of the Self, but that their processing has central implications in terms of the capacity for development and appearance of discomfort and dysfunction. From a transdiagnostic point of view, the emotional processes underlying psychological distress are investigated and the principles of affective work proposed by TFE as a clinical framework to favor therapeutic change are specified. Finally, reflections on what has been developed, and its clinical and experiential relevance are offered.

Keywords: emotions, self, Emotion-Focused Therapy, Integrative Supraparadigmatic Approach, emotional dysfunction, therapeutic work.

Resumen

El presente artículo propone que los procesos emocionales conllevan un rol fundamental y angular en el funcionamiento y desarrollo del Sistema Self, entendido desde el Enfoque Integrativo Supraparadigmático (EIS). Desde el marco de los aportes de la Terapia Focalizada en la Emoción (TFE), se exploran las emociones como núcleo organizador de la experiencia, enfatizando su potencial adaptativo innato y su papel en el despliegue de las seis funciones del Sistema Self: significación integral, toma de conciencia, identidad, autoorganización, búsqueda de sentido y conducción de vida. Se postula que las emociones no sólo estructurarían la vivencia del Self, sino que su procesamiento conlleva implicancias centrales en cuanto a la capacidad de desarrollo y la aparición de malestar y disfunción. Desde una mirada transdiagnóstica, se inquiere en los procesos afectivos subyacentes al malestar psicológico y se precisan los principios del trabajo emocional planteados por la TFE como marco clínico para favorecer el cambio terapéutico. Por último, se ofrecen reflexiones en torno a lo desarrollado y su relevancia clínica y experiencial.

Palabras clave: emociones, self, Terapia Focalizada en la Emoción, Enfoque Integrativo Supraparadigmático, disfunción emocional, trabajo terapéutico.

Introducción

Desde el Enfoque Integrativo Supraparadigmático (EIS), se entiende al self como un sistema dinámico y complejo que opera integrando y regulando la dinámica psicológica (Opazo, 2017). El funcionamiento y desarrollo de un individuo se encuentra

directamente implicado en la operación del Sistema Self, conllevando éste el epicentro y *director de orquesta* del fluir intrapsíquico, experiencial y externo (Opazo, 2017). La calidad de esta operacionalización se ve ligada y reflejada por medio del ejercicio de sus seis funciones (toma de conciencia, identidad, significación integral, auto-organización, búsqueda de sentido, y conducción de vida), las cuales influyen y son influenciadas por la experiencia, y a su vez, pueden dificultar o

* Ps. Pontificia Universidad Católica de Chile
Post Título Psicoterapia Integrativa ICPSI
anipero@alumni.uc.cl

AcPI, vol. XVII, 106 -120

facilitar cambios en el desenvolvimiento del individuo (Opazo, 2017). Se postula que, dentro de todo este proceso, las emociones articulan un rol fundamental.

Desde la Terapia Focalizada en la Emoción (TFE), se han realizado grandes avances para dilucidar el rol primordial que ejercen los procesos emocionales sobre el funcionamiento humano. Las emociones, y los esquemas configurados de éstas (conceptualización TFE, desarrollada más adelante) operarían como la mayor estructura interna organizadora de la experiencia, y poseerían un potencial adaptativo innato (Elliott, Greenberg & Pos, 2015). La influencia recíproca entre el individuo y experiencia se vería ampliamente mediada por las vivencias emocionales y el funcionamiento de procesos emocionales, como conciencia emocional, significación integral, etc. Las emociones conllevarían el procesamiento de información más básico, mediante el cual se generan esquemas en los que se sintetiza la información sobre cómo la persona se experimenta a sí misma y su entorno. En esta información, se encuentra la base del sentido de sí mismo, sus necesidades, y motivaciones. Como bien plantea Opazo (2017), “sin necesidades no haríamos nada” (p. 334); toda movilización, tanto a nivel interno como externo, remite a éstas, impulsando respectivas pulsiones o tendencias.

Desde lo planteado, se propone para el presente trabajo abordar y desarrollar en torno al rol que cumplen las emociones y sus procesos vinculados en el funcionamiento y desarrollo del Self. Se sostiene que la articulación de las aproximaciones y delimitaciones brindadas desde el conocimiento válido de la Terapia Focalizada en la Emoción, poseen el marco fundamental para lo propuesto. A partir de sus contribuciones, se busca enriquecer la comprensión del desenvolvimiento del Self desde una aproximación emocional y experiencial. Se estima que el EIS posee un base enriquecida para el abordaje integral del

funcionamiento humano, habiendo desarrollado de manera única la articulación de los diversos paradigmas influyentes en la dinámica psicológica y una comprensión profunda del Sistema Self como núcleo organizador y regulador. Sin embargo, en coherencia con uno de los propios pilares EIS, resulta esencial continuar nutriendo la labor psicoterapéutica con el conocimiento válido producido otros enfoques especializados.

Para abordar lo propuesto, el presente artículo posee la siguiente organización: primero, se presentan las bases teóricas y conceptuales de la Terapia Focalizada en la Emoción, articulando bibliografía de autores centrales en el abordaje académico y clínico del enfoque; segundo, se desarrolla el desenvolvimiento de la persona en la experiencia desde el marco de las seis funciones del Sistema Self, articulando aproximaciones respectivas de la TFE para cada ámbito; tercero, se aborda el malestar y disfunción psicológica desde una perspectiva transdiagnóstica centrada en la influencia del procesamiento emocional; cuarto, se desarrollan los principios del trabajo emocional propuestos por la TFE, como aproximación útil y relevante para el trabajo clínico; y por último, se plantean reflexiones personales en torno a lo abordado y una conclusión final.

Delimitación y conceptualizaciones centrales de la Terapia Focalizada en la Emoción

Para el desarrollo de este artículo, se considera pertinente y necesario presentar un marco general de lo que conlleva la Terapia Focalizada en la Emoción (TFE). La TFE es un enfoque psicoterapéutico con raíces humanistas experienciales, el cual a lo largo de los últimos años ha desarrollado un amplio aval empírico (Greenberg et al., 2015). La propuesta central del enfoque posiciona a la emoción como núcleo y fuente primaria de la experiencia, y en consecuencia, del desenvolvimiento y desarrollo

de la persona (Greenberg, 2015; Jódar & Caro, 2023). Se sostiene que las emociones poseen un potencial adaptativo innato, el cual al ser activado provee información única para el desarrollo vital (Greenberg et al., 2015; Greenberg, 2015). Por medio del empleo de la TFE, las personas son guiadas y acompañadas en una mejor identificación, experimentación, aceptación, exploración, entendimiento, transformación y manejo flexible de sus emociones (Greenberg & Goldman, 2019).

Como mencionado con anterioridad, desde la TFE se plantea a la emoción como el procesamiento de información más básico y fundamental (Jódar & Caro, 2023). La emoción engloba el impacto del exterior respecto al interior, desde lo cual deriva el significado primigenio y fundamental de lo que nos rodea, y a su vez, de nosotros mismos (Jódar & Caro, 2023). En este sentido, figura como piedra angular de la realidad que experimentamos. No obstante, la emoción que se evidencia de primera mano no es necesariamente la que nos da muestra realmente de la experiencia primaria. A su vez, no toda emoción nos provee con el mismo tipo de información y comprender las diversas expresiones posibilita una articulación hábil de la información que poseen (Greenberg, 2015).

De esta manera, la TFE emerge con una propia clasificación de emociones, fundamentalmente en base al proceso y expresión que manifiesta cada una –más que en cuanto al contenido como otras clasificaciones tradicionales– (Jódar & Caro, 2023).

En primer lugar, se denominan las *emociones primarias*, las cuales emergen de manera directa respecto a la situación presente. Por un lado, existen las emociones primarias *adaptativas* las cuales no son –principalmente– aprendidas, promueven hacia una acción u objetivo que ayuda a la persona, y conllevan una relación directa y ajustada respecto a la situación presente (Jódar & Caro, 2023). Por otro lado, se encuentran las emociones primarias

desadaptativas, las cuales responden a la situación presente, sin embargo, no están igualmente conectadas con la riqueza del presente, sino más bien están interferidas por vivencias pasadas cargadas de dolor emocional (Jódar & Caro, 2023). En este sentido, no promueven acciones u objetivos que ayudan a la persona a administrar la situación presente (Jódar & Caro, 2023). Por ejemplo, tres de estas emociones que suelen presentarse recurrentemente en el contexto de psicoterapia son: el miedo, la vergüenza y la tristeza por desconexión (Jódar & Caro, 2023). Desde la TFE, una de las raíces centrales de las problemáticas remitiría a la perseverancia de estas respuestas emocionales arraigadas en el pasado y desconectadas del presente (Greenberg & Goldman, 2019).

En segundo lugar, se plantea la existencia de *emociones secundarias*. Tal como refiere el nombre, éstas ocurren de manera secundaria, encapsulando u oscureciendo la experiencia primaria, y en consecuencia, la verdadera necesidad que se presenta emocionalmente (Jódar & Caro, 2023; Greenberg & Goldman, 2019). De esta manera, al conectar con una emoción secundaria en vez de primaria, se limita el empleo de una reacción adaptativa y la identificación de la necesidad de base. Se postulan tres usuales manifestaciones de emociones secundarias: 1) emociones defensivas: encapsulan la emoción primaria a modo de protegernos de experimentar un dolor o vulnerabilidad nuclear; 2) meta-emociones: emociones sobre otra emoción –tal como enfado sobre experimentar tristeza–; 3) fusión indiferenciada de emociones primarias, lo cual oscurece a las diferentes emociones implicadas (Jódar & Caro, 2023).

Por último, se plantean las *emociones instrumentales*, las cuales poseen un objetivo relacional subyacente de influencia o manipulación, el cual puede ser consciente o inconsciente (Jódar & Caro, 2023).

En términos de cómo se despliega y organiza la experiencia emocional, se postula la conceptualización de *esquemas emocionales*. La manera en que vivimos una emoción en el presente se enmarca ampliamente en cómo hemos vivido ésta en el pasado (Jódar & Caro, 2023). De este modo, no expericiamos las emociones de manera aislada, sino que éstas son mediadas a través de un procesamiento emocional esquemático (Timulak & Keogh, 2022). Este procesamiento opera mediante la activación de esquemas emocionales, que constituyen organizaciones internas en forma de estructuras de memoria (Greenberg & Goldman, 2019; Jódar & Caro, 2023). Por medio de estas estructuras, se sintetizan diversos niveles y tipos de información derivada de elementos sensoriomotores, afectivos, conceptuales, motivacionales, etc. (Greenberg & Goldman, 2019; Jódar & Caro, 2023). Todo este proceso provee un andamio para como expericiamos y procesamos las interacciones con el sí mismo y con el ambiente, situándose la emoción como epicentro de la experiencia (Timulak & Keogh, 2022).

La configuración de estos esquemas se desarrolla por medio de la experiencia vivida a lo largo del tiempo. Las experiencias relacionales tempranas juegan un rol fundamental en la configuración de los “cimientos” de estos esquemas, y por medio de los patrones repetitivos de interacción –sobre todo con figuras significativas– se establecen de manera más o menos significativa (Jódar & Caro, 2023).

Los diversos esquemas emocionales toman fuerza en el funcionamiento de la persona por medio de la existencia de conglomerados de esquemas orientados en una misma dirección (Greenberg & Goldman, 2019). Esto implica que los esquemas emocionales actúan de cierto modo como “bloques de construcción” (Timulak & Keogh, 2022). La experiencia y rendimiento en cada momento se rige por medio de la coactivación y coaplicación de un conglomerado

de esquemas sintetizados (Greenberg & Goldman, 2019).

Por medio de este despliegue de esquemas emocionales, el pasado emocional carga las reacciones que se poseen en el presente (Jódar & Caro, 2023). Ante una determinada circunstancia, desde un inicio, cómo percibimos, procesamos y reaccionamos a la situación se enmarca en nuestra historia emocional. Por ejemplo, una persona con una historia enmarcada por humillaciones reiteradas tiende a estar alerta en percibir señales relacionadas, procesa la información del entorno y de su experiencia interna desde el marco de su dolor pasado, y la tendencia a la acción emergente se orienta a protegerse de que su dolor se vea perpetuado. Si es que se ha experimentado más circunstancias emocionales similares de forma recurrente, inclinando hacia una misma dirección, más fortalecido se encontrará este funcionamiento.

Desde la Terapia Focalizada en la Emoción, se postula que los esquemas emocionales constituyen la base de la organización del self. Desde el enfoque, se aborda esta organización mediante una perspectiva de construcción dialéctica del self. Esto implica que el self se encontraría en constante construcción mediante la experiencia presente. En este sentido, emerge el gran poder de los esquemas emocionales. La manera en que uno se experimenta en el momento, y se posiciona hacia experiencias futuras, se enmarca en aquello construido de lo vivido.

El Self en el devenir de la experiencia

Para este apartado, se considera abordar –y “desmenuzar”– el desenvolvimiento y organización del Self en el devenir de la experiencia. Para esto, se articulan como referente angular las funciones del Self, propuestas desde el Enfoque Integrativo Supraparadigmático, y las contribuciones de la

Terapia Focalizada en la Emoción en cuanto al rol de los procesos emocionales.

En cada experiencia nos desorganizamos al menos parcialmente, pudiendo ser más o menos según la situación presente (Opazo, 2017). La manera en que podamos organizarnos ante la vivencia repercute en la calidad en que podemos responder adaptativamente ante ésta. En este ámbito resulta esencial el cómo integramos la vivencia presente, para formar parte ahora de nosotros. En este transcurso, los esquemas emocionales establecidos juegan un rol fundamental. Weimer (1987), citado por Opazo (2017) se refiere a cómo los sistemas organizantes buscan un balance en movimiento, entre la familiaridad y novedad. En este sentido, se sostiene que integramos desde la familiaridad, y desde la TFE se plantea que los esquemas emocionales son las estructuras responsables de esta integración, filtrando y codificando desde lo ya vivido.

En un nivel práctico, pueden evidenciarse dos posibles líneas de dificultad en este ámbito. Por un lado, puede surgir una respuesta desorganizada ante una “novedad” que no logra ser asimilada, viéndose esto primordialmente delimitado por la intensidad y/o complejidad de la situación. Por otro lado, puede ocurrir que la “familiaridad” –entendiéndose como la base desde la que la persona opera– no sea capaz de responder a las demandas de las circunstancias. De esta manera, la estructura de base resulta rígida y limitada para asimilar coherentemente lo experienciado, restringiendo así la capacidad del self para responder adaptativamente.

Desde el EIS, se plantea como la función de autoorganización del Self se orienta en gran medida a generar una especie de balance dinámico entre el ser y el llegar a ser (Opazo, 2017). En este proceso se contempla la asimilación de lo nuevo de manera compatible con lo que se cree ser y su balance emocional –dentro de– establecido. De esta manera, la autoorganización se orienta hacia la homeostasis, la conservación y la coherencia

sistémica, que constituyen la base de su accionar (Opazo, 2017).

Ahora bien, la problemática planteada respecto a la rigidez como obstáculo para la integración de necesidades emergentes en la novedad conlleva un desafío, al limitar el acceso a una zona de desarrollo próximo. Este funcionamiento rigidizado, restringe la novedad organísmica y reduce las posibilidades de exploración en un plano experiencial (Jódar & Caro, 2023).

En este “puente” –por decirlo así– entre lo que ocurre, el ser y el llegar a ser, intersectan las diferentes funciones del self, las cuales, a su vez, se ven interferidas directamente por los conglomerados de esquemas emocionales. La manera en que se encuentran operando estas funciones, influye en las diferentes facetas del experientiar.

Desde lo ya planteado, resulta relevante detenerse ahora en la función de toma de conciencia. El conscienciar permite conocer nuestro entorno y a nosotros mismos con mayor o menor precisión, y habilita el establecimiento de nexos entre quienes somos y lo que podemos ser (Opazo, 2017). En términos de los procesos de toma de conciencia, se han de contemplar de manera basal dos consideraciones. Opazo (2017) elabora en que a nivel de toma de conciencia, se ha de valorar el campo de conciencia que se dispone, y asimismo, cómo se administra éste. El funcionamiento y desarrollo de la persona se ve alimentado por medio del conscienciar. El self emerge mediante la experiencia consciente en el aquí y el ahora, y surge un sentido de apropiación implícita en lo que se vive momento a momento, viéndose arraigada una síntesis de nuestra identidad en la experiencia consciente de cada instante (Damasio, 2001; Jódar & Caro, 2023). El campo de conciencia desde el que operamos y la manera en que se administra aquello que disponemos en este campo, enmarca la experiencia del sí mismo y las posibilidades frente a las cuales se sitúa ante su desenvolvimiento y desarrollo.

Las emociones juegan dos roles centrales en este ámbito, por un lado, la experiencia consciente de nosotros mismos-en situación es vertebrada por la emoción (Jódar & Caro, 2023), y a su vez, la calidad de los procesos de toma de conciencia se ven ampliamente intervenidos por los procesos emocionales.

El campo de conciencia desde el cual nos manejamos se ha forjado paulatinamente a partir de nuestra experiencia emocional. Cómo lo administramos –en términos de selectividad, sesgos, y orientación de impulsos– se enmarca en cómo percibimos la realidad en un plano emocional. Las emociones no sólo “colorean” la experiencia, sino que la organizan, forjando el motor de nuestra experiencia consciente.

A pesar de que la emoción ocupa una posición angular en los procesos de toma de conciencia, sabemos que los niveles de conciencia pueden variar entre las personas. En este sentido, puede existir un nivel de conciencia menos elaborado y menos en contacto con los aspectos emocionales (Edelman y Tononi, 2000, citado en Opazo, 2017). Entonces surge la interrogante de ¿qué pasa cuando los niveles de conciencia, y de introspección, no están conectados adecuadamente con la emoción? En este tópico se destacan dos aristas fundamentales.

Los cimientos de la sensación que se posee del sí mismo en cada instante se construye mediante la emoción, siendo ésta el procesamiento de información más básico y que da forma a la experiencia consciente (Jódar & Caro, 2023). Como bien plantea Opazo (2017), el mero hecho de llevar a cabo un proceso de introspección no garantiza la calidad de éste ni que se arribará en buen puerto. Así, al desenvolverse procesos de toma de conciencia y de introspección privados de un contacto angular con la emoción, se deriva en una mayor desintegración de partes del self y de su experiencia. A su vez, en contraposición, al llevar cabo estos procesos en contacto con la emoción, se habilita un conocimiento más profundo en que existe una significación consciente de la

experiencia (Greenberg & Goldman, 2019). Con esto, emerge una mayor integración del self y a su vez, una mayor agencia sobre las diferentes facetas de su experiencia y las posibilidades que frente a su mundo interno y externo.

Otra arista muy relevante en cuanto a que los procesos de toma de conciencia estén adecuadamente conectados con la emoción, remite al potencial para llevar a cabo la satisfacción de necesidades. Bagladi (2009) señala que “la satisfacción implica superar y/o aliviar una necesidad sentida, obtener algo que queremos o necesitamos” (p. 14) y puntualiza la relevancia de poder discernir entre los diferentes elementos presentes para poder identificar con claridad estas necesidades. Desde la TFE, se destacaría en lo señalado por Bagladi (2009) el elemento de necesidad **sentida**. Un mismo abanico de necesidades –pensando transversalmente en los humanos– pueden ser satisfechas de diferentes modos (Opazo, 2019), y asimismo, pueden ser sentidas y arraigadas en procesos experienciales diferentes. Las necesidades más profundas en una persona –tal como necesidad de seguridad, de agencia, de conexión– emergirían en forma de construcciones dinámicas derivadas de la interacción entre disposiciones afectivas y la experiencia vivida (Greenberg, 2015). Mediante la conciencia, se entabla la integración de estas construcciones y la vía de acceso directa remite a un proceso de introspección emocionalmente guiado.

En este proceso se ha de tener muy presente el carácter subjetivo e idiosincrásico de la experiencia, desde lo cual nuevamente se enfatiza la relevancia de que esté guiado mediante la *propia* vivencia emocional. Al estar circunscritos en un funcionamiento social y contexto relacional delimitado, nuestros procesos de conciencia se ven impactados por lo que se nos ha instruido emocionalmente para adecuarse a cierta normativa de nuestro entorno. Es decir, nos relacionamos en cuanto a la vivencia desde cómo se nos ha enseñado a

sentirnos frente ésta. La TFE brinda aportes relevantes en este ámbito al dilucidar cómo al introducirnos en nuestra vivencia emocional, comúnmente nos encontramos con emociones secundarias –o experiencia emocional secundaria–. Efectivamente estos elementos secundarios contienen parte de la vivencia propia, no obstante, camuflan o disipan la experiencia emocional primaria, la cual contiene la información adaptativa que instruye hacia la necesidad de base (Greenberg & Elliott, 2015). En este sentido, procesos de toma de conciencia instruidos por delimitaciones externas, no remiten en el mismo destino que aquello guiados por la experiencia emocional primaria interna.

En continuidad con lo desarrollado, resulta natural hablar sobre el rol de los procesos de significación –función de significación integral EIS–. En todo lo abordado anteriormente, intersectan los Significados de la persona. Cualquier grado de percepción tanto interna como externa deviene en interpretación, y mediante ésta se entabla la creación de significado. ¿Qué rol juega en este ámbito la emoción? Ésta opera como el proceso –no único pero sí– fundamental para significar. El impacto de lo exterior sobre lo interior se media por una evaluación emocional de: cómo me afecta, cómo impacta, cómo influye, aquello con lo que estoy contactando (Jódar & Ciro, 2023). Mediante esta base, se entabla la creación de significado que proporciona un sentido propio a lo que rodea y a uno mismo (Jódar & Caro, 2023). Greenberg (2015) puntualiza como el enriquecimiento de este proceso se ve ligado a la conexión con un abanico emocional más variado y diferenciado. Al estar en contacto con este despliegue, las preguntas que permiten valorar los acontecimientos se van afianzando y volviendo más específicas (Jódar & Caro, 2023); ¿está en peligro mi valor ante el resto? ¿cuán importante es esto para mí? ¿es interesante y/o estimulante para mi desarrollo? Así, mediante este afianzamiento aumentan y se enriquecen los estímulos efectivos, que contribuyen a la

regulación de la dinámica psicológica y a alcanzar objetivos deseados (Opazo, 2017). Desde lo planteado, se enfatiza la participación inherente de los procesos emocionales sobre los procesos de significación, y asimismo, cómo al existir una elaboración más fina entre ambos, se contribuye a una regulación más efectiva de la experiencia.

Continuando la exploración del despliegue de funcionamiento del self, resulta pertinente abordar los procesos vinculados al desarrollo identitario y la búsqueda de sentido. Cómo entablamos y construimos nuestra identidad conlleva una pieza fundamental en nuestro funcionamiento. La identidad provee un marco de reconocimiento del sí mismo, en el cual emerge la sensación de individualidad y continuidad en el tiempo. Dentro de este proceso, hay un sustento significativo en la capacidad de narración, comprensión e integración de la historia personal, proveyendo de forma y estructura a las experiencias vividas (Greenberg & Goldman, 2019). Así, mediante la simbolización de diferentes experiencias y la integración del significado, se entabla un sentimiento de coherencia y estabilidad del self (Greenberg, 2015). Este desarrollo identitario toma forma a través de patrones narrativos, entablándose una “identidad narrativa” (Greenberg y Angus, 2004, citado por Jódar & Caro, 2023).

Ahora bien, ¿qué elementos contribuyen a este desarrollo? Y, ¿qué implica que esta narrativa de sí mismo se encuentre fortalecida?

Como mencionado, desde lo desarrollado por la TFE se ha dado paso a entender cómo las historias que las personas articulan para hacer sentido de sus experiencias, y a la vez, para construir sus identidades, dependen significativamente de la variedad de historias emocionales a las cuales pueden acceder (Greenberg, 2015). Esto conlleva entonces, que la construcción identitaria remite ampliamente a la simbolización de las historias –especialmente aquellas emocionalmente significativas–, integrándolo de forma comprensible como parte

de uno mismo. Como desarrollado anteriormente en cuanto a los procesos de significación, la elaboración emocionalmente guiada toma una relevancia fundamental en entendernos en contexto de lo que ocurre en torno a las vivencias; ¿cómo esto impacta en mí? ¿cómo impacta lo que estoy viviendo en cuanto a quién soy y/o quién quiero ser?

Desde la TFE se postula un giro a lo planteado por Descartes en cuanto a la famosa declaración de “pienso y luego existo”, y se propone que más bien, “siento, luego existo” [I feel, therefore I am] (Greenberg & Goldman, 2019). Mediante esta reformulación, no se descarta la estructura racional de pensamiento pero sí se posiciona a la emoción en el centro de la experiencia del self. El sentido del self tomaría forma mediante la vinculación de los procesos racionales y emocionales, mediante la integración de palabras a aquello que brinda la emoción (Greenberg & Goldman, 2019). Se desenvuelve una construcción dialéctica del self, en constante interacción con lo que se va experimentando (Greenberg & Goldman, 2019). Así, la conexión emocional con lo vivido entabla la construcción del self, sin embargo, aquello que provee un sentido de estabilidad, coherencia y continuidad del self en el tiempo, es la construcción narrativa de la identidad, que representa y sostiene el sentido de sí.

Respecto a cuán fortalecida se encuentre esta narrativa y cómo opere ante novedades o adversidades, responde sustancialmente a cuán bien integre las diferentes partes del sí mismo. Ya estando establecido que la simbolización emocionalmente guiada de las experiencias es fundamental, ahora se ha de recalcar la importancia de elaborar sobre las *diferentes* experiencias, no sólo aquellas que se nos hace más fácil ver. Distintas partes del sí mismo se encuentran enraizadas en las experiencias más emocionalmente significativas. Opazo (2017) señala cómo una experiencia “mala” no irrumpirá usualmente tan fuerte sobre la identidad, sin embargo, siempre y cuando la

identidad esté construida sobre múltiples pilares bien fundamentados. De esta manera, se considera que la capacidad de respuesta se fundamentará considerablemente en cuán bien integradas se encuentren las partes del sí mismo. Se contempla que el sentido de identidad no provee solamente un marco de reconocimiento y continuidad, sino que a su vez conlleva un marco de integración de las nuevas vivencias al sí mismo.

En este sentido, un relato desprovisto de las experiencias dolorosas, de necesidades no cubiertas y/o experiencias que nos limitamos a valorar como relevantes, interviene en la posibilidad de cambio y adaptación ante lo que se va presentando, y conlleva una mayor vulnerabilidad ante dificultades (Greenberg & Goldman, 2019; Opazo, 2017).

Esta visión respecto a la narrativa identitaria intersecta a la vez con lo que conlleva la construcción de sentido. May (1992), desde una perspectiva existencialista, desarrolla entorno al sentido construido como: “las vigas de una casa (...), la estructura que aguanta el edificio para que la gente pueda vivir en él” (p. 17). La narrativa identitaria permea ampliamente la narrativa de sentido; mediante cuán bien uno se conoce, se establece paulatinamente a su vez qué es lo que se valora más y orienta tanto el funcionamiento y propósito.

Cuando existen dimensiones del sí mismo que se encuentran marginadas de la propia construcción, estas cargan en cuanto a la exposición y afrontamiento de dificultades. Las dimensiones escindidas no desaparecen, y toman forma en el equipaje emocional de manera más cargada y pesada (Jódar & Caro, 2023). En contraparte, a medida que estas dimensiones se integran, se desenvuelve un aligeramiento del equipaje emocional y estos aspectos pasan a ser instrumentalizados dentro de la experiencia. Se posibilita un movimiento más fluido, con capacidad de adaptación a cambios inesperados y de responder con mayor libertad a lo que la vida pueda traer. Esta fluidez

de funcionamiento se vería enmarcado en un sentido de vida propio, delimitado por valores y nortes orientadores, brindando significado y coherencia en el camino que se emprende.

Respecto a cómo se alimenta este sentido de vida, se destaca un proceso reflexivo constante en torno a lo que se vive, se siente y se valora. El sentido de vida se configura mediante un proceso de significación consciente, en el cual se alinean el “yo que observa” y el “yo que experimenta” (Jódar & Caro, 2023). No se trataría de un proceso estático, sino más bien dinámico y activo, en el cual se nutre constantemente una narrativa experiencial que provee profundidad y dirección a su existencia. Diferentes facetas de la experiencia contribuyen a tejer esta narrativa, tal como las emociones y su simbolización, los valores, la toma de decisiones y las proyecciones hacia el futuro.

Por último, en términos de la función de conducción de vida, la calidad en que se pueda ejercer esta función se vincula ampliamente con la coherencia y congruencia con la cual operan las otras funciones del Sistema Self (Opazo, 2017). A la vez, se estima que en este ámbito interviene cuán en contacto se encuentra con el ejercicio de las diferentes funciones –o aristas– del funcionamiento. Éstas pueden no estar siempre operando en toda su calidad, pero se considera que la base para ejercer como propio conductor de vida remite primordialmente a estar en contacto con el estado actual de los procesos experienciales. Dando un paso más adelante, la manera en que se acceda y se sitúe como eje angular a la experiencia primaria, repercutirá ampliamente en la capacidad de activarse y perseverar ante la vida. De esta manera, la conducción de vida se posibilita o potencia en la medida que existe disposición para habitar la propia experiencia, reconociendo los diferentes matices del self, para desde ahí sostener de manera más auténtica decisiones, propósitos y acciones que se alineen con los valores y necesidades personales.

En síntesis, se ha de comprender el Self como un sistema dinámico, multifacético y profundamente experiencial. Éste está en constante interacción con lo que se acontece y vivencia emocionalmente. Las emociones interfiern ampliamente en el despliegue del Self y el ejercicio de cada una de sus funciones. Esta exploración inicial sienta las bases para incurrir en cómo los procesos emocionales permean también la emergencia de experiencias de malestar y disfunción, lo cual será tratado en el siguiente apartado.

El manejo de las emociones como núcleo de las disfunciones

Uno de los ejes fundamentales que se desarrollan desde la TFE remite al entendimiento del malestar y la disfunción desde una mirada transdiagnóstica. Desde este marco, se plantea la relevancia de abordar los procesos subyacentes al malestar emergente; cómo éste surge y se perpetúa.

En base a los planteamientos de la TFE, el malestar y/o dolor psicológico deriva de la violación o falta de respuesta ante las necesidades de la persona, y se plantea que los grupos centrales de necesidades respecto a las cuales suele girar en torno el dolor emocional son: 1) la necesidad de ser amado, entendido y conectado, 2) la necesidad de ser respetado, reconocido, apreciado y validado en lo que uno hace y es, y 3) la necesidad de seguridad y protección (Timulak, 2015).

Si bien, el malestar no puede ser evitado ni escapado realmente, la respuesta que se maneje ante la experiencia emocional y las necesidades que emergen en contacto con el contexto, son lo que delimitarían –primordialmente– la emergencia de disfunción ante el malestar.

Desde Greenberg & Goldman (2019), se postula que la salud psicológica ha de ser vistas como la capacidad para ajustarse creativamente a situaciones, y generar respuestas, experiencias y narrativas novedosas. Ante esto, los autores

plantean a su vez que la disfunción ha de ser entendida como la carencia de estas capacidades y como emergente de una variedad de mecanismos emocionales (Greenberg & Goldman, 2019).

Siguiendo la línea de perspectiva transdiagnóstica, lo que se entiende por sintomatología en el ámbito clínico representaría experiencias emocionales secundarias, siendo segundos al dolor y herida subyacentes (Timulak, 2015). Existen diferentes conglomerados sintomáticos, y la predominancia de uno sobre otro respondería, sobre todo, a las distintas alteraciones en el procesamiento emocional. Desde la evidencia empírica, se ha podido dar muestra de que cobra mayor relevancia el entendimiento y abordaje de los procesos emocionales subyacentes, estando éstos a la base de los conglomerados sintomatológicos y el solapamiento de diversos procesos sería lo que entabla la comorbilidad diagnóstica-sintomatológica (Timulak, 2015; Jódar & Caro, 2023).

De momento, desde Greenberg & Goldman (2019) y Jódar & Caro (2023), se han postulado los siguientes procesos que operan como fuentes emocionales de dolor y disfunción:

- 1) Falta de contacto y evitación emocional: carencia de atención y simbolización en la conciencia de la experiencia corporalmente sentida, traduciéndose en una desconexión de la experiencia emocional primaria;
- 2) Falta de regulación emocional: problemáticas derivadas de una baja y sobre regulación emocional, al igual que con el proceso anterior privan del contacto necesario con la experiencia emocional, y también surgen efectos rebote de desborde emocional;
- 3) Disfunción emocional en interacción interpersonal: conflicto derivado de un ciclo negativo de comunicación emocional, en el cual las vulnerabilidades emocionales subyacentes –tal como miedo, tristeza, vergüenza–, se ven oscurecidas por la articulación de emociones secundarios y/o instrumentales;
- 4) Respuestas emocionales maladaptativas: éstas son generadas mediante esquemas emocionales

primarios desadaptativos, que remiten a experiencias –usualmente tempranas– y persisten en el tiempo condicionando la identidad y experiencia. Se distinguen tres principales esquemas nucleares que en un inicio conllevan un carácter adaptativo pero al estar enmarcados en experiencias traumáticas se cronifican desadaptativamente: “vergüenza ante la humillación, la inseguridad/miedo ante el peligro y desprotección, y la tristeza ante la falta de conexión o cercanía con otros” (Timulak, 2015, citado por Jódar & Caro, 2023, p. 66);

- 5) Problemas en construcción narrativa y significación: dificultades para hacer sentido de la experiencia y construir narrativas adaptativas de sí mismo, otros, y el mundo;
- 6) Falta de sentido existencial: problemáticas derivadas de la carencia de un sentido vital enraizado en lo vivido, que integre desde una reflexión emocionalmente guiada a una narrativa sentida coherente.

Todos estos procesos disfuncionales repercuten en el funcionamiento integral del self, en su fortaleza y ejercicio de funciones, y en consecuencia en el fluir habitual de la dinámica psicológica (Opazo, 2017). Desde este marco, se comprende cómo la disfunción psicológica ha de ser entendida en términos de patrones desadaptativos en el procesamiento emocional, las cuales interfieren en la capacidad de funcionamiento y limitan las posibilidades de cambio y de desarrollo. Se evidencia el que las formas de manejo emocional suponen el núcleo del fluir de la experiencia y la funcionalidad que se puede desplegar. Ante esto, se vuelve fundamental una aproximación terapéutica que contemple a estos procesos como eje central de trabajo.

Principios del trabajo emocional

Ya habiendo enmarcado diversas aristas de funcionamiento del Self en el contexto de las emociones, y cómo los procesos emocionales se despliegan en las dinámicas de malestar y disfunción, se estima necesario abordar las delimitaciones centrales para el trabajo

emocional en el contexto de psicoterapia. Para esto, se presenta la aproximación planteada por la TFE en cuanto a “principios del trabajo emocional”, que enmarcan aristas y consideraciones fundamentales. Los siguientes principios son presentados según la organización que plantea Jódar y Caro (2023), ordenándolos según tres ejes: utilización, transformación y regulación emocional.

Principios de utilización emocional: de entrada, respecto al abordaje del trabajo emocional se ha contemplar de base el grado en que es posible acceder y emplear productivamente la información que proveen las emociones (Jódar & Caro, 2023). En torno a esto, son tres procesos –y/o principios– de cambio emocional que se han de considerar.

Consciencia emocional: según Greenberg & Goldman (2019) y Jódar & Caro (2023), implica el ejercicio de poder atender a la propia experiencia, sintiendo y percibiendo corporalmente los diferentes elementos involucrados. En este ámbito entran en juego factores como la sensación y/o memoria perceptiva (por ejemplo, la sensación al escuchar un tono crítico en otra persona y el recuerdo de las críticas de un parent), sensaciones corporales interoceptivas (por ejemplo, estómago encogido o pecho apretado), y sensaciones motivacionales proprioceptivas (la tendencia que emerge ante lo que se vive, por ejemplo, un impulso a esconderse). Desde el trabajo terapéutico, se busca guiar el procesamiento de la persona hacia uno más amplio y profundo, el cual se informe sobre todo de la información experiencial sentida, más que del conocimiento intelectual. A través de esto, se habilita la simbolización de lo sentido mediante símbolos, palabras o imágenes, lo que a su vez promueve una mayor diferenciación emocional. Esto a su vez permite una conexión más clara con información tanto de uno como del entorno. El proceso de conciencia emocional se posiciona como la puerta de entrada y posiblemente, desde la propia

perspectiva, el pilar fundamental para el trabajo emocional. Mediante el ejercicio de atender de manera compasiva y abierta a la experiencia emocional, es posible aventurarse a cuidar de lo que se necesita y/o buscarlo.

Expresión emocional: desde Jódar & Caro (2023), se plantea este segundo principio, el cual se encuentra íntimamente ligado al anterior y refiere al poder llevar a palabras la experiencia primaria atendida. Esto cobra especial relevancia dentro del contexto terapéutico, la expresión emocional tan íntimamente desenvuelta no necesariamente tendrá lugar en contextos de la vida cotidiana. Este tipo de expresión remite a la posibilidad de apropiarse y asimilar las experiencias primarias de las cuales se estaban previamente desconectado o constreñido.

Reflexión emocional: continuando en la utilización de la emoción, los procesos de reflexión emocional contemplan un rol fundamental en cuanto a la asimilación de lo sentido. Desde Greenberg & Goldman (2019) y Jódar & Caro (2023), se aborda cómo ya habiendo podido conectar con la experiencia emocional primaria, se ha de guiar un proceso de construcción narrativa que habilite la organización y asimilación de lo vivido en una historia coherente. Los autores destacan como este ámbito no refiere a una intelectualización de lo vivido, sino que a brindar estructura a lo sentido y expresado, lo cual tanto integra como profundiza el entendimiento y aceptación de la experiencia.

Principios de transformación emocional: Jódar & Caro (2023) enmarcan el que los principios de utilización emocional abordados anteriormente constituyen un pilar central en el trabajo emocional, conllevando la entrada al cambio en los procesos emocionales y la fluidez de la experiencia. Posterior a estos, se contemplan los principios que remiten al abordaje de cambio en un nivel más profundo de la memoria emocional codificada.

Cambiar una emoción con otra emoción: este principio del trabajo emocional constituye uno de los más grandes aportes de la TFE. Este eje del trabajo emocional respecta específicamente a la transformación de emociones primarias desadaptativas. Este tipo de emociones están profundamente codificadas en la memoria emocional, marcadas por el dolor de experiencias pasadas y permean el funcionamiento actual. El proceso que enmarca este principio remite a la activación de estas emociones constreñidas, de la experiencia en que se originan, y al acceso compasivo al dolor y la necesidad no satisfecha/transgredida. En primera instancia, es necesario que la persona pueda experimentar plenamente el dolor vivido (por ejemplo, una tristeza profunda por haber sido negligida emocionalmente), para luego, con el terapeuta guiar la experiencia hacia una emoción adaptativa que afirme y valide lo vivido y oriente hacia la acción adaptativa (por ejemplo, dirección hacia un enfado asertivo que valida la tristeza y revindica la vivencia de trasgresión de sus necesidades). Desde este principio se establece una diferencia muy importante con lo articulado por otras corrientes psicoterapéuticas: los esquemas emocionales desadaptativos arraigados no han de ser sólo re-experimentados o reestructurados hacia una respuesta sustituta, sino que requieren de un abordaje que afirme lo vivido y facilite una nueva organización de la vivencia emocional, transformando así el eco emocional que se lleva consigo (Jódar & Caro, 2023).

Experiencia emocionalmente correctiva: este principio involucra la vivencia de nuevas experiencias interpersonales que contribuyen a la transformación de esquemas emocionales desadaptativos arraigados. De esta manera, este proceso remite a que la persona pueda experimentar nuevos encuentros con otros en los cuales exista contacto con el dolor nuclear y vivir una experiencia discrepante con lo aprendido y esperado (Jódar & Caro, 2023). La relación terapéutica es el principal vehículo

mediante el cual pueden desenvolverse estas experiencias correctivas (Greenberg & Goldman, 2019). La alianza terapéutica permite un campo de exploración único, mediante el cual la persona puede explorar nuevas formas de ser y de relacionarse, basándose en el permiso para sentir y expresar auténticamente (Jódar & Caro, 2023). En este ámbito, se posibilita la emergencia de nuevas emociones a experiencias pasadas.

Principios de regulación emocional: los procesos de regulación emocional figuran centralmente en el trabajo hacia el cambio emocional, siendo necesaria una regulación emocional adecuada tanto para la utilización como la transformación emocional (Jódar & Caro, 2023). Desde la TFE, se hace especial hincapié en la existencia de tendencias hacia infra-regulación y sobre-regulación emocional, y la necesidad de una regulación emocional adecuada para poder establecer una activación productiva de la emoción (Jódar & Caro, 2023). En cuanto a esto, se enmarca una delimitación muy aportativa para el trabajo clínico, refiriendo a la polaridad automática-deliberada respecto a la regulación emocional (Jódar & Caro, 2023). Esta polaridad presenta los dos ejes del trabajo de regulación en terapia, constituyendo cada uno un principio por sí mismo.

Regulación emocional deliberada (o intencional): en este ámbito se contempla centralmente las circunstancias en que surge la necesidad de primero regular para poder sostener y/o modular adecuadamente la experiencia emocional. Es decir, la implementación de estrategias o herramientas articuladas de manera deliberada para manejar la intensidad desbordada de la emoción, para luego poder conectar de manera segura con ésta. Es común evidenciar personas que se desvinculan y evitan las experiencias emocionales displacenteras porque han experimentado circunstancias en que la activación emocional es demasiado alta para

manejar. En este sentido, cobra suma relevancia que parte del trabajo terapéutico contemple el entrenamiento en habilidades que permitan regular estos niveles de activación. Resulta importante aclarar que no se busca evitar el contacto emocional, sino más bien, regular tales niveles de activación que no permiten un acceso productivo de la emoción y que sin un adecuado manejo, limitan a su vez cómo la persona pueda conectar con otros estados emocionales. Otras corrientes terapéuticas también llevan a cabo estrategias/herramientas similares, sin embargo, no se remarca la necesidad de que no se articulen como medio de evitación y que ha de existir un contacto emocional posterior (o más leve). La sobreregulación de la emoción también conlleva un problema derivando en patrones de evitación que aíslan el contacto emocional. Estas estrategias tienen como objetivo regular hacia una activación más manejable, que permita un acceso menos peligroso a la experiencia emocional, y asimismo, sentar la base para posteriormente conectar con emociones más nucleares. Algunas herramientas o estrategias de regulación deliberada, señaladas por Jódar & Caro (2023), son:

- Etiquetaje y representación de la emoción, usando idealmente en caso de poderse métodos de simbolización más creativa, como pintarla, escribirla, etc.
- Identificación de gatillantes de la emoción, para momentáneamente evitarlo o poder aproximarse a éstos de manera más segura a modo de que no actúen automáticamente y sin conciencia sobre el estado emocional.
- Distracción –temporal– con actividades o elementos atractivos.
- Trabajo con la tolerancia al malestar, en momentos de crisis permitir un espacio a las emociones emergentes pero crear una distancia que genere cierta seguridad para el contacto, como meditación, imaginación de un lugar seguro, etc.
- Incrementación experiencias que fomenten emociones placenteras, que permitan conexión con el presente.

- Técnicas de respiración, mindfulness, u otras formas de desactivación que contribuyan una sensación de control y permitan una dosificación de estados emocionales demasiado intensos entre sesiones.

Regulación emocional automática: este principio remite a la regulación mediante el contacto con la experiencia emocional. De esta manera, el mismo trabajo que conlleva la activación de emociones nucleares – desadaptativas – y transformación de éstas mediante emociones primarias adaptativas, deriva en un proceso autónomo de regulación al incorporar nuevas síntesis esquemáticas de las experiencias emocional (Jódar & Caro, 2023). En este ámbito, posee una función significativa la capacidad de la persona para suavizar y consolar la propia experiencia mediante una aproximación compasiva y validante a la experiencia emocional que está desenvolviendo. A su vez, este proceso que habilita un sentido de compañía y compasión ante la propia experiencia deviene de su internalización ante el contacto con un otro –el terapeuta– que provee esta seguridad y resguardo.

En conjunto, los siete principios proveen una aproximación integral del trabajo emocional, y articulan los cimientos necesarios para potenciar un cambio real y duradero en el proceso psicoterapéutico. Se considera que la integración de estos conocimientos provee al psicoterapeuta de una ampliación de su arsenal de fuerzas de cambio y contribuye a un abordaje más experiencial e integral del desarrollo del self. El entendimiento de los procesos involucrados en la utilización de la emoción, cómo se puede establecer la transformación emocional y cómo abordar la regulación emocional, conllevan pilares fundamentales en un abordaje psicoterapéutico y fortalecimiento del Sistema Self.

Reflexiones

Comenzando a darle un cierre a lo desarrollado en este artículo, resulta pertinente

entablar un espacio para reflexionar sobre algunas aristas de lo englobado y sus implicancias. Un punto significativo, es la generación de espacio para el diálogo entre distintos enfoques. Como mismo se ha reflexionado desde el propio EIS, en el tiempo ha existido una tendencia hacia un sentido de “competencia” entre enfoques, buscando arduamente cada uno desarrollar *la* perspectiva o aproximación más acertada sobre el funcionamiento humano y su abordaje clínico. Se ha podido ver que más bien que el caso sería otro, diversos enfoques han podido producir conocimiento sumamente valioso, brindando riqueza a lo ya entablado y engrosando el entendimiento de diversos factores de la persona y la práctica clínica. Desde todo esto, y como vislumbrado desde el EIS, se ve enfatizada la necesidad de continuar un camino integrativo que articule y aproveche los conocimientos generados por distintas tradiciones clínicas.

En torno a la temática particular presente de este artículo, se pudo evidenciar una oportunidad de abrir la conexión entre ambos enfoques. Desde el EIS se articula una comprensión muy poderosa de la persona, postulando el ímpetu de un abordaje integral que contemple las diversas aristas del funcionamiento, todas las cuales convergen para la complejidad existente en cada persona. Mediante la conceptualización del Sistema Self y sus seis funciones, se esbozan los procesos internos nucleares que consagran al individuo como una totalidad activa, dinámica y multifacética (Opazo, 2017). Por su parte, desde la TFE, se identificó una carencia en cuanto a la comprensión del rol de la emoción sobre el funcionamiento humano. Siempre habiendo estado mencionada, pero no articulada de manera tan central. Se reconoció la necesidad de darle el peso y espacio acorde a la emoción como el “dato más básico de la experiencia humana” (Jódar & Caro, 2023, p. 17). Mediante el desarrollo de sus aproximaciones, se continuó nutriendo una comprensión humanista

experiencial con énfasis angular en los procesos emocionales como núcleo del funcionamiento y cambio.

La integración de los aportes específicos de ambas perspectivas permite una comprensión más profunda, compleja y situada, contemplando los diversos factores que enmarcan el funcionamiento propio de cada individuo, los procesos subyacentes, y los elementos experienciales que brindan el valor singular e idiosincrásico. Un foco significativo en el cual se alinean ambos enfoques remite al ir más allá de la sintomatología, a entender ésta como un marco de presentación del malestar pero que requiere de una aproximación comprensiva que aborde lo que subyace.

Resulta necesario brindar unas últimas palabras a lo reflexionado desde los aportes vislumbrados en la TFE. En el contexto de la psicoterapia y del desarrollo humano, un eje central remite a la exploración de lo que necesitamos, de lo que nos motiva, para así poder atender a ello y cuidarlo. Sin embargo, se observa como activamente se bloquea la conexión con aquello que más información nos puede brindar al respecto: las emociones. En la cultura actual, “a favor” del bienestar, se despliegan diversas estrategias y herramientas orientadas a un funcionamiento más mecanizado, pero no dimensionando la distancia que se crea de la experiencia emocional. Cargados de imposiciones y limitaciones, se ve sesgada una apreciación espontánea y fresca de lo que emerge interiormente y lo que se despliega en el entorno. Se dificultan las posibilidades para poder habitar la propia experiencia de manera auténtica, y se pierden matices que brindan la mayor riqueza de la experiencia.

Un factor no menor, es que, por naturaleza, el humano tiene un sentido en su manera de funcionar. La conexión con lo que se siente ante lo que acontece ha figurado como una guía esencial para la sobrevivencia humana, permitiendo identificar elementos de resguardo,

de protección, y amenaza. Desde esto, se vislumbra un potencial innato para el desarrollo, alimentado por el reconocimiento, asimilación y articulación de lo que se siente y necesita. Lo que se siente en el proceso de las experiencias, *tiene una función*. Nos habla de algo.

En este marco, se ha de volver la mirada al foco temático de este artículo, el funcionamiento y desarrollo del Self. Como ya se ha abordado, el ser humano no es una entidad estática, sino que un sistema activo, dinámico, en constante flujo. En su núcleo, se encuentra el self, regulando e integrando las dinámicas psicológicas. Mediante el despliegue de sus funciones y procesos –la toma de conciencia, la configuración de identidad, la capacidad de significar, el proceso de autoorganización ante las vivencias, la búsqueda de sentido y la capacidad de conducir la propia vida– se consagra la base del funcionamiento humano. Se ha podido evidenciar como, la fortaleza y calidad de todos estos elementos se ve profundamente arraigado en los procesos emocionales y experienciales. El desarrollo y desenvolvimiento adaptativo, requiere de la conexión auténtica con la experiencia emocional que sostiene el sentido del sí mismo. Mediante el contacto genuino y compasivo con lo sentido, se posibilita enriquecerse de lo vívido, comprenderse de manera más profunda y, en consecuencia, habitar la vida de manera integrada y coherente, poseyendo un sentido propio.

Conclusiones

Desde este artículo se buscó contribuir a una comprensión más integral del funcionamiento y desarrollo del Self, situando el valor angular de los procesos emocionales, cómo estos intervienen en el fortalecimiento y así también en la aparición de dificultades. A su vez, se buscó brindar una aproximación general de las delimitaciones del trabajo emocional, a modo de potenciar el abordaje integral en la práctica psicoterapéutica. Todavía existe camino por

recorrer en estos ámbitos, pero esto será posible al mantener la motivación y compromiso por desarrollar una comprensión cada vez más profunda y situada de las temáticas emergentes en la experiencia humana. En este ámbito, la continuación de integración de las aproximaciones de los distintos enfoques especializados será fundamental.

Es necesario continuar explorando, estudiando y reflexionando en torno al experientiar humano, fomentando una comprensión que acoja su complejidad de manera genuina, y no centrándose en una intención de erradicar aquello difícil de atender, sino más bien, desde la posibilidad de habitarlo.

Referencias

- Bagladi, M. (2009).** Una aproximación clínica al bienestar humano. *Actualizaciones en Psicoterapia Integrativa*, 1, 20–58. Recuperado de <https://www.icpsi.cl>
- Damasio, A. R. (2001).** *The feeling of what happens: Body and emotion in the making of consciousness*. Harcourt.
- Greenberg, L. S. (2015).** *Emotion-Focused Therapy: Coaching clients to work through their feelings*. American Psychological Association.
- Greenberg, L. S., & Goldman, R. N. (Eds.). (2019).** *Clinical handbook of emotion-focused therapy*. American Psychological Association.
- Greenberg, L., Elliott, R., & Pos, A. (2015).** La terapia focalizada en las emociones: Una visión de conjunto. *Mentalización. Revista de psicoanálisis y psicoterapia*, 5
- Jódar, R., & Caro, J. (2023).** *Manual práctico de terapia focalizada en la emoción*. Desclée de Brouwer.
- May, R. (1992).** *La necesidad del mito: La influencia de los modelos culturales en el mundo contemporáneo*. Paidós.
- Opazo, R. (2017).** *Psicoterapia Integrativa EIS: Profundizando la comprensión, potenciando el cambio*. Santiago, Chile: Sociedad Chilena de Psicoterapia Integrativa.
- Opazo, R. (2019).** Psicoterapia Integrativa: Ciencia y desarrollo personal.
- Timulak, L. (2015).** *Transforming emotional pain in psychotherapy: An emotion-focused approach*. Routledge.
- Timulak, L., & Keogh, D. (2022).** *Transdiagnostic emotion-focused therapy: A clinical guide for transforming emotional pain*. American Psychological Association.

Funciones y procesos del self: un análisis temático desde el Enfoque Integrativo Supraparadigmático (EIS)

René Sepúlveda Bravo*

Abstract

This study presents a comprehensive thematic analysis of self-related functions and processes based on a literature review of 40 scientific articles published between 1950 and 2024, aiming to examine their alignment with the Self System model proposed by the Supraparadigmatic Integrative Approach (EIS). The findings reveal a significant convergence between contemporary scientific literature and the six core functions of the EIS model—integrative meaning, awareness, identity, self-organization, search for meaning and life guidance —thereby providing empirical support for the model's coherence and applicability. Three principal thematic categories emerged—*self-regulation and self-control, self as a motivational system, and value-based decision-making*—which underpin the multidimensional and dynamic nature of the self as conceptualized by the EIS. The model demonstrates strong integrative capacity by coherently incorporating neurobiological, psychological, and sociocultural findings into a unified theoretical framework. Future studies involving larger and more diverse samples and methodologies are recommended to further strengthen the empirical foundation of the Self System and consolidate EIS as a metatheoretical framework for the scientific study and application of the self.

Keywords: self, self-system functions, self-processes, theoretical integration, Supraparadigmatic Integrative Approach (EIS).

Resumen

Este estudio ofrece un análisis temático exhaustivo de las funciones y procesos del self a partir de una revisión bibliográfica de 40 artículos científicos publicados entre 1950 y 2024, con el objetivo de contrastar dichos hallazgos con el modelo del Sistema Self propuesto por el Enfoque Integrativo Supraparadigmático (EIS). Los resultados evidencian una notable convergencia entre la literatura científica contemporánea y las seis funciones centrales del modelo EIS (significación integral, toma de conciencia, identidad, autoorganización, búsqueda de sentido y conducción de vida), lo cual valida empíricamente la coherencia y aplicabilidad del enfoque. Se identifican tres categorías principales sobre funciones y procesos del self —*autorregulación y autocontrol, self como sistema motivacional y la toma de decisiones basada en valores*— que respaldan el funcionamiento multidimensional y dinámico propuesto por el EIS. Este modelo demuestra una alta capacidad articuladora al integrar hallazgos neurobiológicos, psicológicos y socioculturales en una estructura teórica coherente. Se sugiere que futuras investigaciones, con muestras más amplias y diversidad metodológica, podrían enriquecer y expandir el fundamento empírico del Sistema Self, consolidando al EIS como un metamodelo integrador en el estudio y abordaje del self.

Palabras clave: self, funciones del sistema self, procesos del self, integración teórica, enfoque integrativo supraparadigmático (EIS).

Introducción

El concepto de self constituye uno de los constructos más fundamentales y complejos de la psicología contemporánea, representando la totalidad integrada del individuo que abarca dimensiones conscientes e inconscientes,

físicas y psicológicas (American Psychological Association, 2012). Su relevancia teórica y clínica radica en su papel central para comprender la experiencia humana, los procesos de personalidad y las manifestaciones comportamentales, operando como un sistema dinámico que media entre la experiencia interna y las demandas del entorno sociocultural.

Fundamentos Históricos y Evolución Conceptual

Las raíces conceptuales del self moderno se

* Ps. Universidad de Playa Ancha

Post Título Psicoterapia Integrativa ICPSI

psi.rene.sepulveda@gmail.com

AcPI, vol. XVII, 121 -137

remontan a William James (1890), quién estableció la distinción fundamental entre el “I-Self” (yo como sujeto agente) y el “Me-Self” (yo como objeto de conciencia), junto con su estructura tripartita entre el self material, social y espiritual. Esta conceptualización multidimensional continúa influyendo en las teorías contemporáneas y representa el primer marco sistemático para abordar la complejidad inherente del self como fenómeno psicológico.

Perspectivas Teóricas Principales

- **Tradición Psicoanalítica y Psicodinámica:** Desde Freud (1923) y su modelo estructural del aparato psíquico, donde el yo opera como mediador entre las demandas el ello, superyó y la realidad externa, hasta los desarrollos contemporáneos de la psicología del self de Kohut (1977), que enfatiza el papel de las relaciones empáticas tempranas en la formación de un self cohesivo.
- Winnicott (1962) contribuyó con la distinción entre verdadero y falso self, mientras que Jung (1958) conceptualizó el self como arquetipo central representando la totalidad psíquica.
- **Enfoques Cognitivos y Cognitivos-Conductuales:** Markus (1977) desarrolló el modelo de esquemas del self (“self-schemata”) como estructuras cognitivas que organizan el procesamiento de información autorreferencial. Markus y Nurius (1986) ampliaron esta perspectiva con los “selves posibles”, incorporando una dimensión temporal que conecta motivación y cognición.

Epstein (2002) propuso la Teoría del Self Cognitivo-Experiencial, integrando procesos experienciales y racionales. Beck y Alford (2009) abordan el self a través de esquemas cognitivos que influyen en la

autopercepción y vulnerabilidad psicopatológica.

- **Perspectivas Humanistas:** Rogers (1959) conceptualizó el self como un gestalt organizado que incluye la experiencia del self, el autoconcepto y el self ideal, donde la congruencia entre estos tres componentes determina el funcionamiento psicológico saludable. Allport (1961) desarrolló el concepto de proprium como alternativa al self tradicional, describiendo seis aspectos evolutivos del desarrollo de la identidad personal.
- **Perspectivas del Desarrollo:** Las perspectivas del desarrollo han contribuido significativamente a la comprensión del self a través de teorías como la del desarrollo psicosocial de Erikson (1950) y su concepto de identidad del ego (Wallerstein, 1998), el desarrollo del ego de Loevinger (1976), y las autorepresentaciones de Harter (2012).
- **Enfoques Sociales y Contextuales:** Cooley (1902) estableció el “looking glass self” proponiendo que el autoconcepto emerge fundamentalmente de la interacción social. Mead (1934) profundizó esta perspectiva social distinguiendo entre el “Me” (actitudes sociales internalizadas) y el “I” (respuesta creativa del organismo). Markus y Kitayama (2010) han postulado cómo las culturas y los selves se constituyen mutuamente, influyendo en procesos psicológicos básicos.

Perspectivas Contemporáneas Integradoras:

Baumeister (1993, 2002) propone un modelo tridimensional que integra autoconocimiento, función ejecutiva y dimensión interpersonal como componentes sinérgicos del self. Gallagher (2024) representa una concepción del self como patrón dinámico conformado por múltiples

factores corporales, afectivos, cognitivos y sociales. Conway (2005) demuestra propone la interconexión fundamental entre el self y memoria a través del Sistema Self-Memoria, mientras que McAdams (2001) enfatiza la construcción narrativa de la identidad como proceso del self en sociedades modernas mediante el modelo de historia de vida. Kahneman (2011) distingue entre el “experiencing self” y el “remembering self”, dualidad que refleja una disociación sistemática entre la integración de la experiencia experimentada en el momento y la recordada.

Implicaciones Clínicas: El self mantiene relevancia central en la comprensión de la salud mental y el funcionamiento psicológico. Los procesos de autorregulación vinculados al self están estrechamente relacionados con problemas de salud mental (Morf y Mischel, 2002). Thoits (2013) subraya cómo las concepciones del self intervienen en el procesamiento del estrés, afectando la evaluación de los estresores y mediando su impacto en la salud mental. Rosenfield et al. (2005) explican cómo los esquemas sobre la saliencia del self influyen en la probabilidad de desarrollar problemas internalizantes y externalizantes, contribuyendo a diferencias de género en salud mental. Mientras que enfoques terapéuticos contemporáneos usan conceptualizaciones del self con aplicaciones clínicas, como por ejemplo la terapia de aceptación y compromiso (ACT) que plantea el “self-as-context” para promover flexibilidad psicológica (Forman et al., 2015), o el modelo del self dialógico propuesto por Hermans (2001), y desarrollado por autores como Dimaggio, que plantea que el self está compuesto por una multiplicidad de voces internas que representan distintas posiciones del yo, cada una con sus propias emociones, pensamientos y motivaciones (Dimaggio et al., 2004). La investigación actual continúa explorando la intersección entre neurociencia, cognición

corporizada y self, sugiriendo modelos más holísticos e integrativos para comprender este constructo fundamental de la experiencia humana.

Funciones y Procesos del Self: Hacia una Comprensión Integradora

Complejidad Conceptual y Desafíos de Estudio:

El estudio del self presenta desafíos significativos derivados de su naturaleza multifacética y la proliferación de conceptualizaciones teóricas. La distinción entre funciones y procesos del self, aunque conceptualmente útil, no siempre se mantiene con claridad en la literatura científica, reflejando la complejidad inherente de este constructo (Oyserman et al., 2012). Esta ambigüedad terminológica subraya la necesidad de marcos integradores que permitan organizar sistemáticamente el conocimiento válido acumulado.

Una Distinción Necesaria entre Funciones y Procesos del Self: Las funciones del self representan los roles adaptativos que cumple el funcionamiento psicológico, respondiendo al “para qué” de este sistema. Beumestier y Vohs (2003) identifican funciones fundamentales que incluyen: la organización de una identidad narrativa coherente la regulación del comportamiento, la facilitación de relaciones sociales, el sostentimiento de la autoestima, y la construcción de propósito vital. Los procesos del self describen los mecanismos psicológicos mediante los cuales opera, representando el “cómo” de su funcionamiento. Entre estos se destacan: la autopercepción (Bem, 1972), el procesamiento autorreferencial (Markus, 1977), la autoevaluación, la gestión de impresiones (Goffman, 1956), y la construcción narrativa (McAdams, 2001), entre otros.

Sistemas de Clasificación Emergentes: Ante la proliferación terminológica, diversos autores han propuesto taxonomías organizadoras. Morin

(2017) identifica cuatro categorías principal de fenómenos del self relacionados con una variedad de términos relacionados, mientras que Thagard y Wood (2015) proponen una taxonomía integral que organiza 80 fenómenos del self en tres dimensiones: representación, afecto y cambio, conceptualizando el self como un sistema multinivel que integra dimensiones sociales, individuales, neurales y moleculares.

El Enfoque Integrativo Supraparadigmático como propuesta articuladora:

Como respuesta a estos desafíos conceptuales, el EIS (Opazo, 1997, 2017), emerge como un marco teórico que puede articular coherentemente las diversas perspectivas del self. Este enfoque posiciona al Sistema Self como componente central que integra seis paradigmas fundamentales que articulan el conocimiento válido de las tradiciones de la psicología: biológico, afectivo, cognitivo, inconsciente, ambiental-conductual y sistémico; y seis funciones que emergen progresivamente durante el desarrollo del individuo (Opazo, 2017; Bagladi et al., 2023): la función de significación integral, la función de toma de conciencia, la función de identidad, la función de autoorganización, la función de conducción de vida y la función de búsqueda de sentido.

La conceptualización multidimensional del EIS enriquece significativamente la práctica clínica al permitir intervenciones que abordan simultáneamente diversas dimensiones del funcionamiento psíquico, delimitando objetivos terapéuticos orientados hacia el fortalecimiento de las funciones del sistema self, facilitando una dinámica más saludable de la personalidad y promoviendo el bienestar psicológico sostenido.

El EIS supera las limitaciones reduccionistas de enfoques unidireccionales al ofrecer un marco comprensivo que reconoce la naturaleza contextual y multicausal del self que puede ofrecer ventajas comparativas al momento de articular el conocimiento científico sobre este

constructo.

La literatura científica contemporánea presenta una diversidad de conceptualizaciones sobre el self que, aunque evidencian puntos de convergencia, también muestran diferencias significativas en la definición y organización de sus funciones y procesos. Las distintas subdisciplinas psicológicas propician aspectos específicos del self –biológicos, individuales, relaciones o socioculturales– influyendo sobre su comprensión sobre el funcionamiento psicológico en general. Esta diversidad conceptual plantea un desafío relevante para el EIS, particularmente respecto a la actualización y refinamiento de su modelo del Sistema Self. Aunque el EIS ha desarrollado una conceptualización robusta sobre las funciones de este constructo, resulta fundamental contrastar este modelo con los desarrollos teóricos y empíricos para evaluar su vigencia, completitud y potencial de enriquecimiento. En este contexto, surge la necesidad de analizar sistemáticamente la evidencia científica actual sobre funciones y procesos del self, evaluando su congruencia con el modelo del EIS y explorando posibles vías de integración teórica que puedan impactar tanto en el ámbito conceptual como clínico. De allí es que emerge la pregunta de investigación de esta estudio: ¿De qué manera los desarrollos teóricos sobre las funciones y procesos del self se relacionan con el modelo del Sistema Self propuesto por el EIS?

El estudio se realizó mediante una revisión bibliográfica y un análisis temático con el fin de identificar evidencia empírica que enriquezca las propuestas del EIS sobre las funciones del Sistema Self, o determinar reorganizaciones basadas en hallazgos actuales, proporcionando un marco teórico para futuras investigaciones. Además, con esta investigación se pretende evaluar si los procesos del self presentes en la literatura se pueden entender como mecanismos que sostienen el funcionamiento del Sistema Self, proporcionando bases teóricas y metodológicas para nuevas investigaciones.

Metodología

– **Diseño:** Se realizó una revisión bibliográfica de literatura científica publicada entre 1950 y 2024 sobre funciones y procesos del self. Esta opción metodológica responde al carácter exploratorio del estudio, siendo adecuada para una aproximación comprensiva al tema. A diferencia de una revisión sistemática, esta metodología permite flexibilidad, reduciendo los costos en tiempo y recursos, aunque con menor reproducibilidad. Para asegurar rigor y transparencia, se explicitaron las fuentes, el procedimiento de búsqueda y los criterios de selección.

– **Procedimiento de Búsqueda y Selección:** La búsqueda se llevó a cabo en cuatro bases de datos reconocidas (Frontiers in Psychology, Semantic Scholar, PubMed y Science), utilizando las palabras clave “Self”, “Self-processes” y “Self-functions”. El proceso incluyó: (1) búsqueda inicial, (2) uso de filtros por relevancia y fecha, (3) revisión de títulos y resúmenes, y (4) selección de artículos relevantes en función de su contribución al estudio del self.

– **Criterios de Inclusión:** Se seleccionaron artículos que: (1) abordaran explícitamente funciones o procesos centrales del self como tema principal; (2) fueran investigaciones empíricas o análisis teóricos publicados en revistas con revisión por pares; (3) ofrecieran aportes teóricos o empíricos relevantes dentro de subdisciplinas psicológicas; (4) consideraran el self como variable principal; y (5) cumplieran con estándares académicos, excluyendo materiales de divulgación o autoayuda.

– **Análisis de Datos:** Se aplicó análisis temático, útil para investigaciones cualitativas exploratorias, permitiendo identificar patrones significativos tanto manifiestos como latentes. Como herramienta complementaria se utilizó Elicit AI (Kung, 2023; Bernard et al., 2025), que

facilitó la organización de artículos, extracción de definiciones y sistematización de hallazgos. El análisis crítico final fue realizado por el investigador, garantizando rigor e integridad científica.

– **Extracción de Datos:** Se codificaron las siguientes dimensiones: (1) tipo de diseño metodológico; (2) subdisciplina teórica; (3) características demográficas de la muestra (en estudios empíricos); (4) conceptualización del self; y (5) hallazgos principales. La extracción se realizó mediante un modelo de lenguaje de gran escala guiado por instrucciones precisas.

Resultados

Revisión bibliográfica

Se encontraron 76 artículos mediante el uso de palabras claves y de los criterios de búsqueda mencionados. (Anexo: Tabla 1). Del total de 76 artículos seleccionados para la extracción de datos, se incluyeron en el análisis final 40 artículos que mejor cumplían los criterios de inclusión en la evaluación inicial (Anexo: Tabla 2). Considerando las limitaciones de procesamiento del modelo de lenguaje, no se incluyeron más artículos en el análisis temático.

El análisis de los artículos incluidos revela una distribución metodológica diversa que refleja la pluralidad de abordajes para el estudio de este constructo. 9 estudios utilizaron métodos empíricos (cuantitativos), 2 estudios utilizaron métodos empíricos (cuantitativos, longitudinales), 4 estudios utilizaron métodos empíricos (cuantitativos, con potenciales relacionados con eventos), 1 estudio utilizó métodos empíricos (cuantitativos, con imágenes por resonancia magnética funcional), 1 estudio utilizó métodos empíricos (cuantitativos, longitudinales), 1 estudio fue una revisión o un meta-análisis, 5 estudios fueron revisiones, 2 estudios fueron revisiones con elementos empíricos y 15 estudios fueron teóricos/conceptuales (incluyendo aquellos con

elementos de revisión) (Anexo: Tabla 3).

Análisis temático

Las principales categorías relacionadas a procesos del self que permitió identificar el análisis temático de los estudios seleccionados son: (1) *Autorregulación y autocontrol* (incluyendo procesos basados en valores, estándares y monitoreo): presente en 7 estudios; (2) *Autoconcepto, autoestima, autovalía y discrepancia del self*: presente en 7 estudios; (3) *Identidad, desarrollo de identidad, amenaza a la identidad y actitudes auto definitorias*: presente en 5 estudios; (4) *Self dialógico o proceso dialógico del self*: presente en 3 estudios; (5) *Self temporal y self orientado al futuro*: 3 estudios; (6) *Self encarnado y cognición encarnada*: presente en 3 estudios; (7) *Self estético*: presente en dos estudios; (8) *Apego*: presente en dos estudios; (9) *Satisfacción de necesidades y autodeterminación*: presente en 4 estudios; (10) *Sistemas motivacionales*: presente en dos estudios; (11) *Influencias culturales, contexto cultural y variación cultural*: presente en 5 estudios; (12) *Bases neurales, circuitos neuronales, correlatos neuronales, redes neuronales y teoría de patrones*: presente en 5 estudios; (13) *Autoconciencia, autoeficacia y resiliencia*: un estudio de cada uno; (14) *Afrontamiento*: presente en dos estudios; (15) *Otros procesos del self* (por ejemplo, self metacognitivo, función ejecutiva, regulación emocional, memoria, atención, trayectorias del desarrollo, self integrador, ipseidad, self agencial, self implícito, self crítico; self sustituto, self extendido, self emergente, autoorganización, sueño, relación con trastorno obsesivo-compulsivo): un estudio por cada uno. Todos los estudios incluyeron al menos una categoría de los procesos del self enumerados (Anexo: Tabla 5).

Procesos y funciones centrales del self: El análisis temático permite destacar tres grandes categorías: *la autorregulación y autocontrol, self como sistema motivacional y la toma de*

decisiones basada en valores. Además, el análisis ha permitido reconocer variaciones culturales en los procesos del self, identificar correlatos neurobiológicos del self y verificar la pertinencia de modelos teóricos integradores para abordar la complejidad de este constructo.

La **autorregulación y el autocontrol** se ha conceptualizado como un proceso dinámico que integra componentes cognitivos y motivacionales. Procesos como la conciencia metacognitiva, el funcionamiento ejecutivo, la autodeterminación y la toma de decisiones basadas en valores han sido operacionalizadas como indicadores clave de estos procesos del self (Allemand et al., 2019; Brycz et al., 2019; Suusman, 2024; Turri et al., 2024). Estudios muestran como el autocontrol predice resultados a largo plazo, incluyendo mayor satisfacción en relaciones interpersonales y desempeño laboral, así como una menor propensión a conductas impulsivas, como las compras compulsivas (Moayery et al., 2019). Estos hallazgos refuerzan la noción de que la autorregulación constituye un eje central del self, al facilitar la alineación entre metas personales y conductas observables (Gallagher, 2013; Da Silva et al., 2024).

Los *sistemas motivacionales del self* se organizan jerárquicamente, con una clara primacía del self individual en el procesamiento de estímulos motivacionales, incluso en contextos culturalmente colectivistas. Estudios que utilizaron potenciales relacionados con eventos y paradigmas conductuales sugieren la prevalencia de la motivación autorreferida sobre normas grupales (Zhu et al., 2016 a; Zhu et al., 2016 b). Así mismo, el self orientado al futuro se ha vinculado consistentemente con conductas dirigidas a metas y con niveles más altos de bienestar subjetivo, la toma de decisiones y la perseverancia en contextos desafiantes (Li et al., 2021; Saks, 2024). Las actitudes auto definitorias, aquellas que responden a la pregunta “¿quién soy?”, juegan un rol crucial en

el compromiso personal y social. Bajo condiciones de amenaza, estas actitudes se activan como mecanismos de afirmación identitaria y regulación conductual (Zunick et al., 2017). En esta línea, algunos marcos culturales han aportado dimensiones éticas al estudio del self; por ejemplo, el modelo budista de “una mente, dos aspectos”, integra la regulación de impulsos y la conciencia reflexiva como pilares del desarrollo personal y del bienestar colectivo (Wang, 2021).

La *toma de decisiones basada en valores* se comprende desde una redefinición del autocontrol como un proceso deliberativo guiado por valores subjetivos. Esta conceptualización sostiene que el mecanismo por el cual el self permite la toma de decisiones se configura mediante la integraciones de señales de valor percibido y mecanismos atencionales, permitiendo explicar la persistencia frente a la tentación o el conflicto; visión que se alinea con modelos neurocognitivos que coinciden la agencia como resultado de evaluaciones subjetivas de metas y recompensas. Los estudios considerados demuestran como variables como la autoeficacia y el establecimiento de metas predicen de forma consistente resultados positivos en los ámbitos académicos y conductuales (Berkrman et al., 2017; Saks, 2024). La percepción de control personal y la claridad en los objetivos emergen como factores mediadores fundamentales para la toma de decisiones a largo plazo, el bienestar y la autodirección (Saks, 2024).

Las investigaciones revisadas destacan *diferencias culturales en la configuración del self*. En contextos individualistas, se privilegia la autonomía y la autorregulación, mientras que en culturas colectivistas se mantienen vínculos familiares y comunitarios que modulan los procesos motivacionales. Modelos transculturales proponen que las funcionen independientes e interdependientes del self no son excluyentes (Fan et al., 2021; Páramo, 2008; Yankee et al., 2017; Zhu et al., 2016a; Zhu et al.,

2016b).

Los *modelos dialógicos y estéticos del self* configuran la experiencia del self mediante las prácticas culturales, artefactos simbólicos y discursos sociales (Branco y Silva, 2010; Fingerhut et al., 2021; Larraín y Hayes, 2019; Moura y Oliveira, 2023). El modelo budista del self se presenta como un ejemplo paradigmático de autorregulación moral y cultivo del carácter en contextos asiáticos (Wang, 2021). Asimismo, distintos trabajos teóricos resaltan el papel del lenguaje, la interacción social y las normas culturales en la constitución del self (Páramo, 2008). Estudios también postulan relación entre influencias ambientales y el self, tales como la relación entre la exposición a espacios verdes, el funcionamiento de procesos del self y resultados en salud mental; así como ambientes institucionales y sociales pueden influenciar la formación del autoconcepto y de la resiliencia en la adolescencia (Ebisch, 2020; Martins y Nieto, 2016).

El análisis ha permitido robustecer la comprensión sobre los *fundamentos neurobiológicos* del self y su naturaleza como un *proceso dentro de una perspectiva del desarrollo*. Las investigaciones en neurociencia han identificado correlatos neuronales del self con estructuras como la línea media cortical, la red por defecto y las oscilaciones gamma. Alteraciones en estas redes han sido asociada con trastornos clínicos como la esquizofrenia y la demencia, otorgando un sustento biológico a modelos psicopatológicos del self (Bomilcar, et al. 2021; Gallagher, 2013; Gibson, 2024; Hamilton y Northoff, 2021; Lou et al., 2017). Desde un enfoque del desarrollo, estudios longitudinales han documentado trayectorias evolutivas del self desde la infancia hasta la adultez, incluyendo el desarrollo del autocontrol, el autoconcepto y la identidad. Estos procesos muestran una maduración asociada a transformaciones cognitivas, afectivas y sociales, con implicancias tanto para el desarrollo típico como atípico (Allemand y

Mroczek, 2019; Amianto et al., 2016; Branco y Silva, 2019; Brycz et al., 2019; Fan et al., 2021; Martins y Neto, 2016; Silva y Araújo, 2024). Finalmente, el análisis muestra como distintos marcos teóricos han propuesto *modelos explicativos que integran componentes biológicos, cognitivos, afectivos y socioculturales*, tales como la teoría del patrón del self y la teoría del self dialógico, las cuales subrayan la naturaleza interactiva y dinámica del self, proponiendo una comprensión multifacética del constructo (Branco y Silva, 2019; Gallagher, 2013; Larai y Hate, 2016; Lou et al., 2017; Moura y Oliveira, 2023; Silva y Araújo, 2024).

Análisis y Discusión

Este análisis temático revela que el self es un fenómeno multidimensional y procesual. La evidencia apoya la transición desde modelos estáticos hacia marcos teóricos que reconocen su naturaleza dinámica, contextual e integrada. Los resultados muestran procesos y funciones del self que convergen estrechamente con el modelo del Sistema Self propuesto por el EIS. A continuación, se analizan estas relaciones:

- **Función de Significación Integral:** Esta función implica la construcción de significados idiosincráticos y nomotéticos, respaldada por estudios sobre el self narrativo (Gibson et al., 2024) y el self dialógico (Moura et al., 2023). Estos trabajos muestran cómo los individuos integran experiencias para construir narrativas coherentes, reflejando la capacidad del self para sintetizar información desde múltiples paradigmas. La teoría del patrón del self (Gallagher, 2013) enfatiza la naturaleza dinámica de esta integración, coincidiendo con la visión holística del EIS. Esta función se articula con procesos neurobiológicos específicos, como los correlatos neuronales asociados a la integración de información autorreferencial, proporcionando un sustrato

biológico para la significación integral que emerge de la interacción entre procesos biológicos, psicológicos y socioculturales.

- **Función de Toma de Conciencia:** Esta función, entendida como el acceso a contenidos previamente no conscientes, se vincula con procesos metacognitivos y reflexivos descritos en la literatura. Estos procesos facilitan la adaptación psicológica y el bienestar, según Brycz et al. (2019). Investigaciones neurocientíficas demuestran que la autoconciencia se sustenta en redes neurales específicas, como la corteza prefrontal medial (Lou et al., 2017), respaldando la noción del "ensanchamiento del awareness" propuesta por el EIS. La metacognición (Hofstee et al., 2022) y la distinción entre self experiencial y narrativo (Gibson et al., 2024) enfatizan la importancia de acceder a contenidos no conscientes para promover autocomprepción y transformación subjetiva, aspectos centrales en la propuesta del EIS.

- **Función de Identidad:** La función de identidad se ha enriquecido con hallazgos sobre la identidad (Fazio et al., 2017), el autoconcepto (Winter et al., 2017) y el self temporal (Huang et al., 2017). Estos estudios sugieren que el self mantiene una identidad relativamente estable a lo largo del tiempo, incluso en contextos amenazantes. Investigaciones transculturales evidencian que la identidad está influida por el contexto sociocultural. Fan et al. (2021) demuestran que la configuración del self se adapta a los marcos culturales. Estudios como los de Páramo (2008), Yankee et al. (2017) y Zhu et al. (2016a, 2016b) identifican diferencias entre culturas individualistas y colectivistas. Las primeras privilegian la autonomía personal, mientras las segundas enfatizan vínculos familiares y comunitarios. Desde el EIS, la dimensión sociocultural es un

componente estructurante de la identidad, entendida como un proceso dinámico, históricamente situado y culturalmente modulado.

- **Función de Autoorganización:** Esta función articula los procesos psicológicos y se relaciona con resultados sobre autorregulación (Berkman et al., 2017), función ejecutiva (Turri et al., 2024) y autocontrol (Moayery et al., 2019). Los estudios muestran cómo el self prioriza y regula conductas mediante mecanismos cognitivos y motivacionales, relacionándose con los paradigmas cognitivo, ambiental-conductual y afectivo. Destaca el trabajo de Hahn et al. (2023) sobre autoorganización y estados de conciencia, que propone que incluso durante el sueño operan procesos de autoorganización, sugiriendo que esta función actúa en múltiples niveles de conciencia. Estudios neurocientíficos (Bomilcar et al., 2021; Gallagher, 2013; Gibson, 2024) han identificado redes neuronales específicas asociadas a la integración de procesos psicológicos, proporcionando un sustrato neurobiológico para esta función.
- **Función de Conducción de Vida:** Esta función dirige el comportamiento a través de la toma de decisiones, establecimiento de metas y regulación conductual. Encuentra respaldo en hallazgos sobre decisiones basadas en valores (Berkman et al., 2017) y self orientado al futuro (Li et al., 2021). La literatura destaca cómo el self guía el comportamiento mediante metas y valores, incluso en entornos laborales o académicos (Saks et al., 2024). Las investigaciones sobre el self orientado al futuro han registrado su relación con conductas dirigidas a metas, mayor bienestar subjetivo, decisiones efectivas y perseverancia. Variables mediadoras como la

autoeficacia y la percepción de control personal (Saks, 2024) emergen como factores fundamentales para decisiones a largo plazo, bienestar y autodirección.

- **Función de Búsqueda de Sentido:** Según el EIS, esta función orienta la conducta y facilita decisiones tanto cotidianas como trascendentales (Opazo, 2017). Se vincula con sistemas de valores y modelos éticos, como el modelo budista descrito por Wang (2021), que integra autorregulación y conciencia reflexiva. Estudios sobre actitudes autodefinitorias (Zunick et al., 2017) muestran que estas operan como mecanismos de afirmación en contextos de crisis, mientras que investigaciones sobre decisiones basadas en valores refuerzan el rol del sentido como guía hacia metas significativas. Hallazgos sobre autodeterminación (Di et al., 2016a), self trascendente (Wang, 2021) y narrativa del self (McAdams, 2001) sugieren que la búsqueda de coherencia está mediada por necesidades psicológicas y marcos culturales.

Relación entre principales categorías del análisis y funciones del Sistema Self:

Las tres categorías principales de procesos del self identificadas en el análisis temático pueden ser comprendidas como elementos que sustentan y aportan a las seis funciones del Sistema Self: La *autorregulación* y *autocontrol* se pueden vincular principalmente con las funciones de autoorganización, así también con la función de conducción de vida y toma de conciencia, proporcionando mecanismos cognitivos y motivacionales. El *self como sistema motivacional* se relaciona con las funciones de búsqueda de sentido, identidad y significación integral, proporcionando energía y dirección para la construcción de significado. Mientras que la *toma de decisiones basada en valores* constituye un mecanismo central para las funciones de conducción de vida, búsqueda de

sentido e identidad. Esta relación no es de simple correspondencia uno a uno, sino de integración complementaria. Por medio del ejemplo anterior, se puede fundamentar de manera simple como la convergencia teórica valida empíricamente la coherencia del enfoque EIS, demostrando su capacidad para integrar hallazgos neurobiológicos, psicológicos y socioculturales en una estructura teórica que reconoce la naturaleza multidimensional, dinámica y contextual del self.

Profundización de las influencias de la dimensión sociocultural en el Sistema Self:

Los desarrollos contemporáneos sobre el self destacan la dimensión sociocultural como clave en la construcción identitaria. Modelos como el self dialógico, el construccionismo social y los enfoques culturales enfatizan que la identidad se forma en procesos relacionales, narrativos y culturales. Esto contrasta parcialmente con el EIS, que, si bien reconoce el contexto a través del paradigma sistémico, la significación integral (significación familiar/sistémica) y la dimensión sociocultural, mantiene al Sistema Self como unidad central, organizado desde la agencia individual hacia el entorno (o diada hacia el entorno). Las influencias socioculturales son vistas como moduladoras, no constitutivas. No obstante, el construccionismo moderado, base epistemológica del EIS, permite integrar estos aportes sin perder coherencia teórica. Así, el EIS puede ampliar su capacidad explicativa al incorporar cómo las narrativas culturales configuran la identidad, mediatizan la búsqueda de sentido y condicionan la conducción de vida en contextos específicos.

Conclusión

Los resultados de este estudio evidencian una convergencia sólida entre las funciones del Sistema Self propuestas por el Enfoque Integrativo Supraparadigmático (EIS) y los desarrollos teóricos y empíricos contemporáneos sobre el self. Esta coincidencia refuerza la validez del EIS como una meta-teoría

integradora que permite comprender el self no solo como una entidad intrapsíquica, sino como un fenómeno complejo, dinámico y multicausal, en el que confluyen dimensiones neurobiológicas, psicológicas, relacionales y socioculturales.

El EIS destaca por su capacidad para articular coherentemente diversos aportes disciplinarios, superando reduccionismos y facilitando una lectura holística del self como sistema organizado de funciones orientadas a la adaptación del individuo. En este sentido, el presente estudio sugiere que las funciones del Sistema Self propuestas por el EIS son categorías más amplias y abstractas que se pueden expresar por funciones y procesos psicológicos observables, tales como, la autorregulación emocional y conductual, la metacognición, la toma de decisiones basadas en valores personales, entre otros procesos vinculados a las categorías empíricas encontradas.

No obstante, el estudio señala los importantes desafíos para la consolidación empírica del Sistema Self y sus funciones. Es fundamental considerar futuras investigaciones con muestras más grandes de datos, que permitan profundizar en el análisis de las funciones y procesos del self que emergen de las distintas propuestas teóricas que lo estudian. Asimismo, se requiere avanzar en la clarificación de las funciones y procesos por los cuales las funciones del Sistema Self se podrían operacionalizar empíricamente, para fortalecer su aplicabilidad investigativa y clínica. En conjunto, estos avances podrían contribuir al desarrollo de un fortalecimiento y robustecimiento, coherente y útil del Sistema Self que facilite la comprensión de la complejidad de la experiencia subjetiva humana.

Referencias

- Ahern, C., Kyrios, M., & Meyer, D. (2015). Exposure to unwanted intrusions, neutralizing and their effects on self-worth and obsessive-compulsive phenomena. *Journal of behavior therapy and*

- experimental psychiatry, 49, 216-222. <https://doi.org/10.1016/j.btep.2015.07.008>
- Allemand, M., Job, V., & Mrocze, D. K. (2019).** Self-control development in adolescence predicts love and work in adulthood. *Journal of personality and social psychology*, 117(3), 621. <https://doi.org/10.1037/pspp0000229>
- Allport, G. W. (1937).** Personality: A psychological interpretation. Holt, Rinehart & Winston.
- Allport, G. W. (1961).** Pattern and growth in personality. Holt, Rinehart & Winston. American Psychological Association. (2023, 15 de noviembre). Self. APA Dictionary of Psychology. <https://dictionary.apa.org/self>
- Amianto, F., Northoff, G., Abbate Daga, G., Fassino, S., & Tasca, G. A. (2016).** Is anorexia nervosa a disorder of the self? A psychological approach. *Frontiers in psychology*, 7, 849. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00849>
- Bagladi, V., Opazo, G. M., & Schmidt, M. I. (2023).** Psicoterapia Integrativa EIS en la Infancia. En R. Opazo & V. Bagladi (Eds.), *Manual de Psicoterapia Integrativa EIS: Potenciando el cambio en la clínica aplicada* (pp. 162-360).
- Bareiro, J. M., & Bertorello, A. (2009).** Heidegger y Winnicott: la patología de la impropiedad o la máscara del falso self. *Anuario de investigaciones*, 16, 255-263.
- Baumeister, R. F. (1998).** The self. En D. T. Gilbert, S. T. Fiske, & G. Lindzey (Eds.), *The handbook of social psychology* (4a ed., Vol. 1, pp. 680-740). McGraw-Hill.
- Baumeister, R. F. (2022).** The self-explained: Why and how we become who we are. Guilford Press.
- Baumeister, R. F., & Vohs, K. D. (2003).** Self-regulation and the executive function of the self. En M. R. Leary & J. P. Tangney (Eds.), *Handbook of self and identity* (pp. 197-217). Guilford Press.
- Beck, A. T., & Alford, B. A. (2009).** Depression: Causes and treatment. University of Pennsylvania Press.
- Bem, D. J. (1972).** Self-perception theory. En L. Berkowitz (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (Vol. 6, pp. 1-62). Academic Press.
- Berkman, E. T., Hutcherson, C. A., Livingston, J. L., Kahn, L. E., & Inzlicht, M. (2017).** Self-control as value-based choice. *Current directions in psychological science*, 26(5), 422-428. <https://doi.org/10.1177/0963721417704394>
- Bernard, N., Sagawa Jr, Y., Bier, N., Lihoreau, T., Pazart, L., & Tannou, T. (2025).** Using artificial intelligence for systematic review: the example of elicit. *BMC Medical Research Methodology*, 25(1), 75. <https://doi.org/10.1186/s12874-025-02528-v>
- Bomilcar, I., Bertrand, E., Morris, R. G., & Mograbi, D. C. (2021).** The seven selves of dementia. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 646050. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.646050>
- Bowden, E. M., & Jung-Beeman, M. (2007).** Methods for investigating the neural components of insight. *Methods*, 42(1), 87-99. <https://doi.org/10.1016/j.vmeth.2006.11.007>
- Bowen, M. (1978).** Family therapy in clinical practice. Jason Aronson.
- Bradshaw, C. P., O'Brennan, L. M., & McNeely, C. A. (2008).** Core competencies and the prevention of school failure and early school leaving. *New directions for child and adolescent Development*, 2008(122), 19-32. <https://doi.org/10.1002/cd.226>
- Branco, A. U., & Silva, M. O. (2019).** Desarrollo del Self Dialógico en mujeres obesas: un estudio longitudinal desde la psicología cultural. *Avances en psicología latinoamericana*, 37(3), 1. http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a_7989
- Brewer, M. B., & Gardner, W. (1996).** Who is this "we"? Levels of collective identity and self-representations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71(1), 83-93. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.71.1.83>
- Brycz, H., Kleka, P., Fanslau, A., & Pilarska, A. (2019, October).** Metacognitive self and motivation to seek diagnostic information about the self: a longitudinal study. In *Frontiers in Education* (Vol. 4, p. 117). Frontiers Media SA. <https://doi.org/10.3389/feduc.2019.00117>
- Chong, W. H. (2004).** The impact of a socio-cognitive training program on self-processes and the self-regulatory functioning of low achieving students in Singapore. *Educational Research Journal*.
- Costigan, S. A., Eather, N., Plotnikoff, R. C., Hillman, C. H., & Lubans, D. R. (2016).** High-intensity interval training for cognitive and mental health in adolescents. *Med Sci Sports Exerc*, 48(10), 1985-93. <https://doi.org/10.1249/MSS.0000000000000993>
- Cunningham, S. J., & Turk, D. J. (2017).** A review of self-processing biases in cognition. *Quarterly Journal of Experimental Psychology*, 70(6), 987-995. <https://doi.org/10.1080/17470218.2016.1276609>
- de Almeida, L. S. (2012).** Working mothers and their multivoiced self. *Revista colombiana de psicología*, 21(2), 315-324.
- Di Domenico, S. I., Le, A., Liu, Y., Ayaz, H., & Fournier, M. A. (2016).** Basic psychological needs and neurophysiological responsiveness to decisional conflict: an event-related potential study of integrative self-processes.

- Cognitive, Affective, & Behavioral Neuroscience, 16, 848-865. <https://doi.org/10.3758/s13415-016-0436-1>
- Doi, H., & Shinohara, K. (2019).** Low Salivary Testosterone Level Is Associated with Efficient Attention Holding by Self Face in Women. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 13, 261. <https://doi.org/10.3389/fnbeh.2019.00261>
- Ebisch, S. J. (2020).** The self and its nature: a psychopathological perspective on the risk-reducing effects of environmental green space for psychosis. *Frontiers in Psychology*, 11, 531840. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.531840>
- Eisenberg, N. (2017).** Commentary: What's in a word (or words)—on the relations among self-regulation, self-control, executive functioning, effortful control, cognitive control, impulsivity, risk-taking, and inhibition for developmental psychopathology—reflections on Nigg (2017). *Journal of child psychology and psychiatry*, 58(4), 384-386. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12707>
- Fan, W., Li, M., Leong, F., & Zhou, M. (2021).** West meets east in a new two-polarities model of personality: combining self-relatedness structure with independent-interdependent functions. *Frontiers in Psychology*, 12, 739900. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.739900>
- Fingerhut, J., Gomez-Lavin, J., Winklmaier, C., & Prinz, J. J. (2021).** The aesthetic self. The importance of aesthetic taste in music and art for our perceived identity. *Frontiers in psychology*, 11, 577703. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.577703>
- Fonagy, P. (1993).** Reflective Self Function in Early Attachment and Borderline States.
- Fowler, J. (2008).** Experiential learning and its facilitation. *Nurse Education Today*, 28(4), 427-433. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2007.07.007>
- Freud, S. (1923).** The ego and the id. En J. Strachey (Ed. y Trad.), The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud (Vol. 19, pp. 1-66). Hogarth Press.
- Gallagher, S. (2013).** A pattern theory of self. *Frontiers in human neuroscience*, 7, 443. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2013.00443>
- Gallagher, S. (2024).** The self and its disorders. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oso/9780198873068.001.0001>
- Gibson, J. E. (2024).** Meditation and interoception: a conceptual framework for the narrative and experiential self. *Frontiers in Psychology*, 15, 1393969. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1393969>
- Goffman, E. (1956).** The presentation of self in everyday life. University of Edinburgh Social Sciences Research Centre.
- Grant, M. J., & Booth, A. (2009).** A typology of reviews: an analysis of 14 review types and associated methodologies. *Health Information and Libraries Journal*, 26(2), 91-108. <https://doi.org/10.1111/j.1471-1842.2009.00848.x>
- Graves, K. D. (2003).** Social cognitive theory and cancer patients' quality of life: a meta-analysis of psychosocial intervention components. *Health psychology*, 22(2), 210.
- Hamilton, A., & Northoff, G. (2021).** Abnormal ERPs and brain dynamics mediate basic self-disturbance in schizophrenia: a review of EEG and MEG studies. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 642469. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.642469>
- Harter, S. (2012).** The construction of the self: Developmental and sociocultural foundations (2a ed.). Guilford Press.
- Hermans, H. J. M. (2001).** The dialogical self: Toward a theory of personal and cultural positioning. *Culture&Psychology*, 7(3), 243-281. <https://doi.org/10.1177/1354067X0173001>
- Hirst, W., & Manier, D. (2008).** Towards a psychology of collective memory. *Memory*, 16(3), 183-200. <https://doi.org/10.1080/09658210701811912>
- James, W. (1890).** The consciousness of self. En The principles of psychology (pp.145-202). Macmillan.
- Jung, C. G. (1958).** The undiscovered self (R. F. C. Hull, Trad.). Routledge & Kegan Paul.
- Kahn, D. (2013).** Brain basis of self: self-organization and lessons from dreaming. *Frontiers in psychology*, 4, 408. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2013.00408>
- Kalisch, K. (2012).** Mentalisierung und Affektregulation—Wie sich das kindliche Selbst entwickelt. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 61(5), 336-347. <https://doi.org/10.23668/psycharchives.11551>
- Kohut, H. (1977).** The restoration of the self. International Universities Press.
- Kreemers, L. M., van Hooft, E. A., & van Vianen, A. E. (2018).** Dealing with negative job search experiences: The beneficial role of self-compassion for job seekers' affective responses. *Journal of Vocational Behavior*, 106, 165-179. <https://doi.org/10.1016/j.jvb.2018.02.001>
- Kung, J. Y. (2023).** Elicit. The Journal of the Canadian Health Libraries Association, 44(1), 15-18. <https://doi.org/10.29173/ichla29657>
- Larraín, A., & Haye, A. (2019).** Self as an aesthetic effect. *Frontiers in psychology*, 10, 1433. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01433>
- Leary, M. R., & Tangney, J. P. (Eds.). (2003).** Handbook of self and identity. Guilford Press.
- Li, Z., Yang, Y., Zhang, X., & Lyu, Z. (2021).** Impact of future work self on employee workplace

- wellbeing: a self-determination perspective. *Frontiers in Psychology*, 12, 656874. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.656874>
- Locke, E. A. (2015).** Theory building, replication, and behavioral priming: Where do we need to go from here?. *Perspectives on Psychological Science*, 10(3), 408-414. <https://doi.org/10.1177/1745691614567231>
- Loevinger, J. (1976).** Ego development: Conceptions and theories. Jossey-Bass.
- Lou, H. C., Changeux, J. P., & Rosenstand, A. (2017).** Towards a cognitive neuroscience of self-awareness. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 83, 765-7773. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2016.04.004>
- Major, B., & O'Brien, L. T. (2005).** The social psychology of stigma. *Annu. Rev. Psychol.*, 56, 393-421. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.56.091103.070137>
- Markus, H. (1977).** Self-schemata and processing information about the self. *Journal of Personality and Social Psychology*, 35(2), 63-78. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.35.2.63>
- Markus, H. R., & Kitayama, S. (2010).** Cultures and Selves: A Cycle of Mutual Constitution. *Perspectives on Psychological Science*, 5(4), 420-430. <https://doi.org/10.1177/1745691610375557>
- Markus, H., & Nurius, P. (1986).** Selves. *American Psychologist*, 41(9), 954-969. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.41.9.954>
- Martins, M. H., & Neto, V. C. (2016).** Resilience and self concept of competence in institutionalized and noninstitutionalized young people. *Psicología*, 30(2), 61-76. <https://doi.org/10.17575/psicol.v30i2.1122>
- Mascialino, G., Cañadas, V., Valdiviezo-Oña, J., Rodríguez-Lorenzana, A., Arango-Lasprilla, J. C., & Paz, C. (2022).** Self-concept 6 months after traumatic brain injury and its relationship with emotional functioning. *Frontiers in psychology*, 13, 995436. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.995436>
- McAdams, D. P. (2001).** The psychology of life stories. *Review of General Psychology*, 5(2), 100-122. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.5.2.100>
- Minuchin, S. (1974).** Families and family therapy. Harvard University Press.
- Moayeri, M., Cantín, L. N., & Martíns, J. J. G. (2019).** How does self-control operate? A focus on impulse buying. *Papeles Del Psicólogo*, 40(2), 149-156. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2019.2893>
- Morf, C. C., & Mischel, W. (2002).** Self-Concept, Self-Regulation, and Psychological Vulnerability. *Self and Identity*, 1(2), 103-104. <https://doi.org/10.1080/152988602317319267>
- Morin, A. (2017).** Toward a glossary of self-related terms. *Frontiers in Psychology*, 8, 280. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00280>
- Moura, C. B., & Oliveira, M. C. S. L. (2023).** Queer Theory and Dialogical Self Theory: Considerations on Human Development. *Psicología: Teoría e Pesquisa*, 39, e39308. <https://doi.org/10.1590/0102.3772e39308.en>
- Mueller, M. K., Lewin-Bizan, S., & Urban, J. B. (2011).** Youth activity involvement and positive youth development. *Advances in child development and behavior*, 41, 231-249.
- Newen, A. (2018).** The embodied self, the pattern theory of self, and the predictive mind. *Frontiers in psychology*, 9, 2270. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02270>
- Opazo, R. (1997).** In the Hurricane's Eye: A Supraparadigmatic Integrative Model. *Journal of Psychotherapy Integration*, 7(1), 17-96. <https://doi.org/10.1037/h0101136>
- Opazo, R. (2017).** Psicoterapia Integrativa EIS: profundizando la comprensión, potenciando el cambio. Pehoé Ediciones.
- Oyserman, D., Elmore, K., & Smith, G. (2012).** Self, self-concept, and identity. En K. Deaux & M. Snyder (Eds.), *The Oxford handbook of personality and social psychology* (pp. 69-104). Oxford University Press.
- Páramo, P. (2008).** La construcción psicosocial de la identidad y del self. *Revista latinoamericana de psicología*, 40(3), 539-550.
- Peters, M. L., Meevissen, Y. M., & Hanssen, M. M. (2013).** Specificity of the Best Possible Self intervention for increasing optimism: Comparison with a gratitude intervention. *Terapia psicológica*, 31(1), 93-100.
- Petty, M. S. (2000).** SOS and the retelling of suicide. *Health*, 4(3), 288-308.
- Rengifo-Herrera, F. J., & Uchoa Branco, A. (2014).** Values as a Mediational System for self-construction: contributions from Cultural Constructivism. *Psicología desde el Caribe*, 31(2), 304-326.
- Rosenfield, S., Lennon, M. C., & White, H. R. (2005).** Self and Mental Health: Self-Salience and the Emergence of Internalizing and Externalizing Problems. *Journal of Health and Social Behavior*, 46(4), 323-340. <https://doi.org/10.1177/002214650504600402>
- Saks, K. (2024).** The effect of self-efficacy and self-set grade goals on academic outcomes. *Frontiers in psychology*, 15, 1324007. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1324007>
- Schaefer, M., & Northoff, G. (2017).** Who am I: the conscious and the unconscious self. *Frontiers in human neuroscience*, 11, 126. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2017.00126>
- Shiota, S., Okamoto, Y., Okada, G., Takagaki, K., Takamura, M., Mori, A., & Yamawaki, S.**

- (2017).** Effects of behavioural activation on the neural basis of other perspective self-referential processing in subthreshold depression: a functional magnetic resonance imaging study. *Psychological Medicine*, 47(5), 877-888. <https://doi.org/10.1017/S0033291716002956>
- Shlomo Zacks & Meirav Hen (2018)** Academic interventions for academic procrastination: A review of the literature, *Journal of Prevention & Intervention in the Community*, 46:2, 117-130. <https://doi.org/10.1080/10852352.2016.1198154>
- Silva, M., & Araújo, U. (2024).** An Integrative Approach to the Biological and Psychosocial Construction of Self and Identity. *Psicología em Estudo*, 29, e56266. <https://doi.org/10.4025/psicolestud.v29i1.56266>
- Stagner, R. (1977).** On the reality and relevance of traits. *The Journal of General Psychology*, 96(2), 185-207. <https://doi.org/10.1080/00221309.1977.9920815>
- Turri, F., Jones, A., Constanty, L., Ranjbar, S., Drexel, K., Miano, G., ... & Urben, S. (2024).** Self-regulatory control processes in youth: A temporal network analysis approach. *JCPP advances*, 4(1), e12200. <https://doi.org/10.1002/icv2.12200>
- Wang, K. (2021).** The "One Mind, Two Aspects" model of the self: The self-model. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.652465>
- Warter, C., Fernández Lopes, P., & Varada, S. (2021).** Social Support on Facebook, Self Esteem and Self Transcendence within The Five Factor Model of Personality. *Psocial*, 7(1), 51-65.
- Winter, D., Bohus, M., & Lis, S. (2017).** Understanding Negative Self-Evaluations in Borderline Personality Disorder-a Review of Self-Related Cognitions, Emotions, and Motives. *Current psychiatry reports*, 19(3), 17. <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0771-0>
- Yang, Q., Zhao, Y., Guan, L., & Huang, X. (2017).** Implicit attitudes toward the self over time in Chinese undergraduates. *Frontiers in Psychology*, 8, 1914. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01914>
- Zhu, X., Wang, L., Yang, S., Gu, R., Wu, H., & Luo, Y. (2016b).** The motivational hierarchy between the personal self and close others in the Chinese brain: An ERP study. *Frontiers in Psychology*, 7, 1467. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01467>
- Zhu, X., Wu, H., Yang, S., & Gu, R. (2016a).** Motivational hierarchy in the Chinese brain: primacy of the individual self, relational self, or collective self?. *Frontiers in Psychology*, 7, 877. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00877>
- Zunick, P. V., Teeny, J. D., & Fazio, R. H. (2017).** Are Some Attitudes More Self-Defining Than Others? Assessing Self-Related Attitude Functions and Their Consequences. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 43(8), 1136-1149. <https://doi.org/10.1177/0146167217705121>

Anexos

Tabla 1. Resultados de búsqueda de artículos sobre funciones y procesos del self.

Frontiers in Psychology	Semantic Scholar	Science	PubMed
<ul style="list-style-type: none"> • Amianto et al. (2016) • Bomicar et al. (2021) • Brycz et al. (2019) • Deppermann et al. (2020) • Doi y Shinohara (2019) • Ebisch (2020) • Fan et al. (2021) • Fingehrt et al. (2021) • Gallagher (2013) • Gibson (2024) Hamilton y Northoff (2021) • Kahn (2013) • Larrain y Haye (2019) • Li et al. (2021) • Mascialino et al. (2022) • Newen (2018) • Saks (2024) • Schaefer y Northoff (2017) • Tei et al. (2025) • Wang (2021) • Yang et al. (2017) • Zhu et al. (2016a) • Zhu et al. (2016b) 	<ul style="list-style-type: none"> • Ahern (2015) • Alexandrovsk (2017) • Allemand et al. (2019) • Berkman et al. (2015) • Carver et al. (2015) • Chong (2004) • Cunningham ... (2017) • Di Domenico ... (2016) • Eisenberg (2017) • Fonagy (1993) • Gillespie-Smith ... (2018) • Hofstee et al. (2022) • Kreemers et al. (2018) • Moayery y C. (2019) • Petty (2000) • Rosengren (1961) • Shiota et al. (2017) • Spencer et al. (2015) • Winter et al. (2017) • Zunick et al. (2017) • Turri et al. (2023) 	<ul style="list-style-type: none"> • Almeida y Sanches (2012) • Arbinaga Ibarzábal (2011) • Azzollini et al. (2012) • Bareiro y Bertorello (2009) • Cerqueira Gomes et al. (2019) • Espinosa et al. (2014) • Martins y Neto (2016) • Martins y Neto (2016) • Moura y Oliveira (2023) • Páramo (2008) • Peters et al. (2013) • Pucheu (2010) • Rengifo-Herrera y Uchoa Branco (2014) • Silva y Araújo (2024) Uchoa Branco et al. (2019) • Warter et al. (2021) 	<ul style="list-style-type: none"> • Bowden y Jung-Beeman (2007) • Bradshaw et al. (2008) • Costigan et al. (2016) • Davidhizar et al. (1998) • Fowler (2008) • Graves (2003) • Hirst y Manier (2008) • Hodges et al. (2018) • Kalisch (2012) • Locke (2015) • Lou et al. (2017) • Major y O'Brien (2005) • Mueller et al. (2011) • Schast y Reiner (2010) • Stagner (1977) • Zacks y Hen (2018)

Tabla 2. Características de los artículos incluidos en el análisis temático.

Artículo	Foco del estudio	Metodología	Categorías sobre procesos del self	Principales hallazgos
Stasiuky et al., 2019	El self metacognitivo y la motivación para la información de autodiagnóstico	Empírico (cuantitativo, longitudinal)	Self metacognitivo, autorregulación	El estudio informó que un self metacognitivo más fuerte estaba asociado con motivación para buscar información de autodiagnóstico y estaba vinculado con la autosuperación y las funciones reguladoras.
Hofstee et al., 2022	Autorregulación y actividad alfa de la electroencefalografía (EEG) frontal en el desarrollo temprano	Revisión/meta-análisis	Autorregulación, función ejecutiva	general entre la autorregulación y el poder alfa frontal, pero informó que la función ejecutiva se correlaciona con el poder alfa y que el efecto aumentaba con la edad.
Huang et al., 2017	Actitudes implícitas hacia uno mismo a lo largo del tiempo en estudiantes universitarios chinos	Empírico (cuantitativo)	Self temporal, actitudes implícitas/explícita, variación cultural	El estudio descubrió que, implícitamente, el self presente y futuro era visto de forma más positiva que el self pasado, e identificó Diferencias culturales en la autoevaluación temporal.
Gibson y et al., 2024	Meditación, interocepción y self narrativo/experiencial	Revisar	Self narrativo vs. self experiencial, circuitos neuronales	La revisión informó que la meditación altera los circuitos neuronales, aumenta la interocepción, estabiliza la autoconciencia y cambia la autopercepción.
Turri et al., 2024	Dinámica temporal del autocontrol, la inhibición y la ira en adolescentes	Empírico (cuantitativo)	Autorregulación, regulación de las emociones	El estudio utilizó el análisis de red temporal para mostrar interacciones dinámicas entre el autocontrol, la inhibición y la ira, con implicaciones para las intervenciones
Schaefer y Northoff, 2017	Sustratos neuronales del self consciente e inconsciente	Teórico /conceptual	Self consciente/inconsciente, cognición encarnada	El artículo propuso que las estructuras de la línea media cortical generan el self consciente, mientras que la cognición encarnada está vinculada al self inconsciente. Que el auto-procesamiento es flexible, dinámico y dependiente de objetivos.
Allemand et al., 2019	Desarrollo del autocontrol en la adolescencia y la edad adulta	Empírico (cuantitativo, longitudinal)	Autocontrol, trayectorias de desarrollo	El estudio informó que el autocontrol de los adolescentes predecía los resultados en las relaciones y el trabajo de los adultos, y que el autocontrol es maleable.
Zhu et al., 2016a	Jerarquía motivacional del self en el cerebro chino	Empírico (cuantitativo, eventos potenciales relacionados)	Self individual/relacional/collectivo, sistemas motivacionales	El estudio encontró que el self individual tiene primacía motivacional, con evidencia neuronal que apoya una visión pancultural.
Ebisch, 2020	Espacio verde, self y riesgo de psicosis	Teórico/conceptual revisión	self multidimensional, procesos intrínsecos/extrínsecos	El artículo propone que los espacios verdes pueden restaurar el self multidimensional y mediar en la reducción del riesgo de psicosis.
Di et al., 2016a	Psicología básica necesidades y autocohesión	Empírico (cuantitativo, relacionado con eventos potenciales)	Autodeterminación, satisfacción de necesidades	El estudio encontró que la necesidad de cumplimiento y mejora de la autocohesión aumenta la receptividad al conflicto y apoya un enfoque integrador de los autoprocesos.
Larraín y Haye, 2019	El self como estética efecto	Teórico/conceptual	self estético, proceso dialógico	En el estudio, se describió al self como un proceso de devenir, producido a través de operaciones estéticas y dialógicas.
Morgado Da Silva et al., 2024	Integrativo acercamiento a uno mismo y la identidad	Teórico/conceptual (con reseña elementos)	Autorrepresentación, identidad desarrollo	En el estudio, se describió al self como una construcción psicosocial que integra componentes cognitivos, afectivos y socioculturales, con una identidad que emerge durante la adolescencia.
Liddle et al., 2021	Autoperfurbación en esquizofrenia (electroencefalografía/magnetoencefalografía)	Revisar	Self básico, ipseidad, correlatos neuronales	La revisión encontró que la perturbación del self está vinculada a una discapacidad en el monitoreo de fuentes y a una reducción en la supresión del componente N100, lo que implica un impacto neuronal a nivel global.
Berkman et al., 2017	El autocontrol como toma de decisiones basada en valores	Teórico/conceptual	Basado en valores, autocontrol, procesos de decisión	El estudio conceptualizó el autocontrol como un proceso de elección basado en valores, en el que la atención y el valor subjetivo se integran como componentes clave
Gallagher, 2013	Teoría de patrones de ser	Teórico/conceptual	self modelado, multifacético	El estudio describió el self como un patrón dinámico, integrador de múltiples aspectos.
Di et al., 2016b	Psicología básica necesidades y autocohesión	Empírico (cuantitativo, relacionado con eventos potenciales)	Autodeterminación, satisfacción de necesidades	El estudio encontró que la necesidad de cumplimiento promueve la autocohesión y el autoprocesamiento integrador.
Branco y Oliveira, 2019	El self dialógico en mujeres obesas	Empírico (cuantitativo, longitudinal)	self dialógico, influencias culturales	El estudio informó que el prejuicio cultural y el rechazo social influyen en el desarrollo personal de forma dialógica, observándose estrategias únicas como respuesta.
Fazio et al., 2017	Autodefinition actitudes e identidad	Empírico (cuantitativo)	Autodefinition, actitudes, identidad	El estudio encontró que las actitudes que son autodefinitivas predicen la defensa y el comportamiento, especialmente bajo amenaza, y que las actitudes positivas tienden a ser más autodefinitivas
Schimmenti et al., 2016	Autodesarrollo en anorexia nerviosa	Teórico/conceptual	selfintegrador, adjunto, self-temporal	El estudio vinculó la autodeficiencia con la inseguridad en el apego, relacionándola con aspectos temporales e integradores de un self dañado.

Christensen et al., 2021	Dos polaridades modelo de personalidad (self/relación)	Teórico/conceptual	Independiente/interdependiente self, cultural contexto	Este artículo describe al self y su parentesco con estructuras básicas, con independencia/interdependencia de funciones variables con la cultura.
Shiota et al., 2016	Conductual activación y autorreferencial procesamiento en depresión	Empírico (cuantitativo, funcional magnético resonancia magnética)	Autorreferencial, tratamiento, automonitoreo	El estudio encontró que la activación conductual aumenta la activación de la corteza prefrontal dorsomedial, lo que mejora el automonitoreo y reduce los síntomas depresivos
Fonagy, 1993	self reflexivo función en apego y estados fronterizos	Teórico/conceptual (con datos empíricos)	self reflexivo, adjunto, mentalización	El estudio informó que la función del self reflexivo predice la seguridad en el apego, y que su disfunción está vinculada a la personalidad límite
Zhu et al., 2016b	Motivacional jerarquía del self y cerrar a otros en Cerebro chino	Empírico (cuantitativo, con eventos potenciales relacionado)	Self personal/parental, self motivacional, sistemas	El estudio encontró que el self personal y la motivación igualitaria entre padres tienen primacía, con los lazos familiares como elemento central en la cultura china.
Winter et al., 2017	Autoevaluaciones, cogniciones en trastorno límite de la personalidad	Revisión	Autoconcepto, autoestima, motivos propios	La revisión encontró que el trastorno límite de la personalidad está marcado por un autoconcepto negativo, inestable.
Hogan et al., 2021	self estético y identidad	Empírico (cuantitativo)	Self estético, identidad, artefactos culturales	El estudio describe como los cambios en las preferencias estéticas alteran la identidad percibida. El self estético como central para autoconcepto.
Mograbí et al., 2021	Siete self en demencia	Revisar	Encarnado, agente, implícito, crítico, sustituto, extendido, self emergente	La reseña identificó siete autoprocessos, con compensación y continuidad en la demencia.
Moura et al., 2023	self dialógico y posicionamiento de género (teoría queer)	Teórico /conceptual	self dialógico, sociocultural influencias	El estudio describe al self como una estructura dinámica, dialógica, presentando vulnerabilidad y dependencia de los otros.
Li et al., 2021	self laboral futuro y lugar de trabajo bienestar	Empírico (cuantitativo)	self orientado al futuro, autogestión	El estudio encontró que el trabajo orientado a futuro se relaciona con la automejoría y el bienestar a través de autogestión.
Bowring et al., 2021	El self budista modelo en chino contexto	Teórico/conceptual	Una mente, dos aspectos, autocultivo	El estudio describió al self como dividido en aspectos moral/sabiduría e inmoral/deseo, con el autocultivo del self como elemento central.
Mascialino et al., 2022	Autoconcepto después traumatismo craneoencefálico lesión	Empírico (cuantitativo)	Autoconcepto, autodiscrepancia, polarización	Este estudio exploratorio observacional analizó el autoconcepto y su relación con depresión, ansiedad, satisfacción con la vida y calidad de vida seis meses después de un traumatismo cerebral.
Lou, 2017	Baséneuronal de autoconciencia	Reseña (con elementos empíricos)	Autoconciencia, redes neuronales	La reseña informó que la autoconciencia depende de una red regulada por dopamina y GABA gamma, con centros clave que se activan simultáneamente.
Saks et al., 2024	Autoeficacia, grado objetivos, y resultados académicos	Empírico (cuantitativo)	Autoeficacia, meta configuración, autorregulación	El estudio encontró que la autoeficacia predice la Calificación de objetivos y resultados, y que el aprendizaje autodirigido a mejorar la autoeficacia.
Páramo, 2008	Construcción social del self y la identidad	Teórico/conceptual	Socialmente self construido, influencias culturales	El estudio describió al self como una construcción psicosocial en relación con la cultura, el idioma, y la interacción social.
Kahn et al., 2013	Autoorganización y soñando	Teórico/conceptual	Autoorganización, soñando, neuronal base	El estudio propone que el sueño expande al self a través de la autoorganización, con diferente unidad y continuidad que el self en vigilia.
Moayery et al., 2019	Autocontrol y compra impulsiva	Teórico/conceptual	Autocontrol, normas, escucha	El estudio describe el autocontrol involucrando normas, monitoreo y recursos, como elemento clave para resistir impulsos
Ahern et al., 2015	Intrusiones, neutralizante, y autoestima en trastorno obsesivo-compulsivo	Empírico (cuantitativo)	Autoestima, afrontamiento, trastorno obsesivo-compulsivo	El estudio encontró que la neutralización aumenta la autoestima y reduce las molestias, actuando como un proceso secundario en los modelos cognitivos del trastorno obsesivo-compulsivo.
Newen, 2018	self encarnado y mente predictiva	Teórico/conceptual	self encarnado, teoría de patrones	El estudio describe al self como ente encarnado, flexible.
Mayor y O'Brien, 2005	Psicología social del estigma	Revisar	Amenaza a la identidad, autoestima, afrontamiento	La revisión encontró que el estigma afecta al self a través de discriminación, amenaza a la identidad, estrategias de afrontamiento.
Martins et al., 2016	Resiliencia y autoconcepto en juventud	Empírico (cuantitativo)	Autoconcepto de competencia, resiliencia	El estudio muestra que el autoconcepto es un factor protector, con una fuerte correlación observada con la resiliencia.

Tabla 3. Características metodológicas de los artículos incluidos en el análisis temático.

Resumen de la metodología usada en los artículos incluidos	
<ul style="list-style-type: none"> - 9 estudios utilizaron métodos empíricos (cuantitativos). - 2 estudios utilizaron métodos empíricos (cuantitativos, longitudinales). - 4 estudios utilizaron métodos empíricos (cuantitativos, potenciales relacionados con eventos). - 1 estudio utilizó métodos empíricos (cuantitativos, imagen por resonancia magnética funcional). - 1 estudio utilizó métodos empíricos (cuantitativos, longitudinales). - 1 estudio fue una revisión/meta-análisis. - 5 estudios fueron revisiones. - 2 estudios fueron revisiones con elementos empíricos. - 15 estudios fueron teóricos/conceptuales (incluidos aquellos con elementos de revisión). 	

Tabla 4. Funciones y procesos del self descritos en los artículos incluidos en el análisis temático.

Categorías de Funciones y Procesos del self encontradas en los artículos incluidos	
<ul style="list-style-type: none"> - Autorregulación y autocontrol (incluyendo procesos basados en valores, estándares y monitoreo): 7 estudios - Autoconcepto, autoestima, autovalía y discrepancia del self: 7 estudios - Identidad, desarrollo identitario, amenaza a la identidad y actitudes autodefinidas: 5 estudios - Self dialógico o procesos dialógicos del self: 3 estudios - Self temporal y self orientado al futuro: 3 estudios - Self encarnado y cognición encarnada: 3 estudios - Self estético: 2 estudios - Apego: 2 estudios - Satisfacción de necesidades y autodeterminación: 4 estudios - Sistemas motivacionales: 2 estudios - Influencias culturales, contexto cultural, variabilidad cultural y artefactos culturales: 5 estudios - Base neural, circuitos neuronales, correlatos neuronales, redes neuronales y teoría de patrones: 5 estudios - Un estudio en cada una de las siguientes categorías: autoconciencia, autoeficacia y resiliencia - Afrontamiento (coping): 2 estudios - Otros procesos del self (p. ej.: self metacognitivo, función ejecutiva, regulación emocional, memoria, atención, trayectorias del desarrollo, self integrador, selfiedad, self agente, self implícito, self crítico, self vicario, self extendido, self emergente, autoorganización, ensimación, trastorno obsesivo-compulsivo): 1 estudio cada uno <p>*Todos los estudios comprenden al menos 1 de las funciones o procesos mencionados.</p>	

Tabla 5. Definiciones de las funciones y procesos del self identificados en el análisis

Categoría del proceso del self	Definición conceptual	Referencia
Procesos autorreguladores del Self		
Autorregulación	Conciencia metacognitiva del self y funcionamiento ejecutivo que orienta la conducta dirigida a metas.	Hofstee et al. (2022)
Autocontrol	Proceso de elección basado en valores que involucra estándares, monitoreo y recursos.	Berkman et al. (s.f.); ver también otro estudio citado en el análisis
Identidad y autoconcepto		
Autoconcepto	Esquema organizado que contiene memorias episódicas y semánticas sobre el self.	Winter et al. (s.f.), <i>Negative Self-Evaluations in BPD</i>
Actitudes auto definitorias	Actitudes que ayudan a las personas a definirse a sí mismas y responder a la pregunta “¿Quién soy?”.	Fazio et al. (2017)
Self-temporal		
Self narrativo	Conocimiento conceptual que se extiende a lo largo del tiempo.	Gibson et al. (2024)
Self experiencial	Percepción en primera persona y conciencia momento a momento.	Gibson et al. (2024)
Self-laboral futuro	Imagen de las expectativas y ambiciones laborales futuras de un individuo.	Li et al. (2021)
Self-cultural y dialógico		
Self dialógico	Estructura dinámica con múltiples posiciones en diálogo constante.	Moura et al. (s.f.), <i>School and Developmental Psychology</i>
Self-cultural	Construido socialmente mediante interacciones con el entorno y las influencias culturales.	Páramo (s.f.), <i>Psicosocial Construcción del Self</i>
Self encarnado y neural		
Self encarnado	Entidad flexible que integra sensaciones corporales y objetos intencionales.	Newen (2018)
Self-neural	Surge de la actividad cerebral espontánea más que de la representación cognitiva.	Liddle et al. (2021)
Teoría del patrón del Self		
Self en patrones	Patrón complejo de múltiples aspectos sin un componente esencial único.	Gallagher (2013)
Self estético	Producto de la actividad estética y de operaciones dialógicas.	Larraín & Haye (2019)
Self-motivational		
Self-individual/relacional/colectivo	Jerarquía de tres niveles de potencia motivacional.	Zhu et al. (2016a)
Autodeterminación	Basada en la satisfacción de necesidades psicológicas básicas.	Di et al. (2016a); otro estudio citado en el análisis