

AcPI

Actualizaciones
en
Psicoterapia Integrativa

Editorial

El presente número de la revista *Actualizaciones en Psicoterapia Integrativa* AcPI, volumen 3, cumple con mantener una publicación periódica del Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa (ICPSI). Y con ello, dar a conocer los desarrollos, aplicaciones y propuestas del Enfoque Integrativo Supraparadigmático (E.I.S.).

En este volumen, el lector se encontrará con trabajos interesantes y aportativos, en temáticas de gran relevancia para la sociedad actual; a nivel mundial y especialmente en nuestra realidad nacional. Los trabajos acá presentados, son producto de la experiencia de colegas formados en ICPSI y se refieren a distintos campos de alto interés para la psicología clínica y la psicoterapia. Los trabajos publicados en este volumen, le permiten al lector conocer y/o profundizar, desde el EIS, en temáticas como vida saludable, bienestar psicológico y mindfulness; conjuntamente con problemáticas de alta incidencia como lo son la depresión, los trastornos de la alimentación, la delincuencia juvenil y las autolesiones en adolescentes.

Invitamos a la lectura de este número y agradecemos a quienes han colaborado en esta edición; esperando que el *Volumen 3 de AcPI* estimule la reflexión y sirva de aporte al quehacer profesional.

Verónica L. Bagladi L.
Directora

INDICE

Editorial.....	3
Psicofacturación: de la Actividad Física al Bienestar Psicológico: Una mirada desde el Enfoque Integrativo Supraparadigmático	
<i>Gonzalo Retamal B.</i>	7
Terapia Grupal en Depresión: Una mirada Integrativa	
<i>Marcela López P.</i>	27
Mindfulness y Psicoterapia Integrativa	
<i>Carolina Jaque N.</i>	55
Trastorno de la Conducta Alimentaria en adolescentes desde el E.I.S.: Paradigma Sistémico, Conceptos Movilizadores y Sistema SELF	
<i>Bárbara Levin V. y Javiera Soto G.</i>	68
PSICOTERAPIA INTEGRATIVA. “Una Nueva Mirada a la Delincuencia Juvenil”	
<i>Michelli Melis T.</i>	93
Las Autolesiones en Adolescentes: Análisis desde el E.I.S.	
<i>Javier Guajardo G.</i>	107

Psicofacturación: de la Actividad Física al Bienestar Psicológico Una mirada desde el Enfoque Integrativo Supraparadigmático

Ps. Gonzalo Retamal Belardy¹

Abstract

The following article is a review of some up to date research about the influence of physical activity on psychological well - being. The Supraparadigmatic Integrative Model - proposed by Roberto Opazo – is introduced; as a way of improving comprehension on the subject. Psychological wellbeing is considered, assuming that involves the developoment of skills and personal growth, being both of them signs of positive functioning. This article shows how physical activity improves psychological wellbeing. Physical activity is a main variable within the biogological paradigm, and – given the internal interactions – produces different effects on other paradigms of the Supraparadigmatic Integrative Model. Finally, some brief comments are presented, showing how changes in one part of the system modify the environment, which in turn – via feedback – produces psychological wellbeing on the original “cause”.

Keywords Supraparadigmatic Integrative Model - Biological paradigm- Physical activity - Psychological well-being - Life satisfaction.

Resumen

El siguiente documento es una revisión de algunas investigaciones recientes, y de otras tradicionales, acerca de la influencia de la actividad física en el bienestar psicológico. Se hace una lectura en relación al Modelo Integrativo Supraparadigmático propuesto por Roberto Opazo, con el objeto de ir enriqueciendo la comprensión en el tema. El bienestar psicológico consiste en el desarrollo de capacidades y crecimiento personal, constituyéndose ambos elementos en indicadores de funcionamiento positivo. Se constata cómo, la actividad física, interviene en la producción de estados psicológicos asociados al bienestar. La actividad física es un elemento de vital importancia dentro del paradigma biológico y, dada la interinfluencia paradigmática, genera una serie de efectos en los otros paradigmas componentes del Modelo Integrativo Supraparadigmático. Finalmente, se elabora una breve reflexión acerca de cómo los cambios en una parte del sistema, generan modificaciones adicionales en el medio ambiente, lo que puede dar como resultado un movimiento que se retroalimenta a sí mismo, generando condiciones básicas para la construcción de una sensación de Bienestar Psicológico.

Palabras claves Modelo Integrativo Supraparadigmático - Paradigma Biológico - Actividad Física - Bienestar Psicológico - Satisfacción Vital

¹ Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa
icpsi@icpsi.cl

INTRODUCCIÓN

El bienestar psicológico se entiende como lo que las personas piensan y sienten acerca de sus vidas y las conclusiones cognitivas y afectivas que ellos alcanzan cuando evalúan su existencia. Lo central es, entonces, la propia evaluación que la persona hace de su vida (Cuadra y Florenzano, 2003). El estudio del bienestar psicológico, tradicionalmente se ha centrado en el estudio de los afectos y la satisfacción con la vida, para posteriormente, ir incorporando el desarrollo de las capacidades y el crecimiento personal, siendo ambos indicadores de un funcionamiento positivo (Díaz, Rodríguez, Blanco, Moreno, Gallardo, Valle y Van Dierendonck, 2006).

Dentro de la literatura tradicional en psicología es posible encontrar aproximaciones al concepto de bienestar psicológico. Maslow (1998) plantea un modelo de desarrollo personal, orientado jerárquicamente hacia la auto-realización. Señala que una persona que ha logrado satisfacer sus necesidades básicas o primarias, se orientará hacia adelante para incorporar a su desarrollo nuevos elementos, tales como: creatividad, espontaneidad, autonomía, tolerancia, sinceridad, solidaridad, que son rasgos que facilitarían los estados subjetivos de bienestar.

Por otra parte, Erickson (1982, en Triadó y Villar, 2008), planteaba que el desarrollo psicosocial, implicaba la adquisición de ciertos valores, a lo largo de todo el ciclo vital. Dentro de lo que describe para el desarrollo adulto, destaca la adquisición de la intimidad, la generatividad y la integridad; todos valores que están asociados a una sensación de bienestar subjetivo en relación a la construcción de la propia historia vital.

Allport (1996), en su descripción respecto al proceso de desarrollo de la personalidad, plantea que la personalidad está en un proceso de constante cambio y desarrollo. Atribuye al “sí mismo” la instancia que entrega identidad y valor a la existencia personal. Cuando la personalidad alcanza una serie de estados, aparece la noción de “propium”, que alude al conocimiento de la unidad interna en la personalidad, lo que posibilita la existencia de una personalidad madura, que a su vez es capaz de facilitar relaciones emocionales y seguras que permiten extender el sentido del sí mismo, para generar una filosofía vital unificadora. Estos planteamientos de Allport, aluden al Desarrollo Personal y al Bienestar Psicológico.

Respecto a lo que tiene que ver con investigación y medición del bienestar, ninguno de estos constructos teóricos

permite ser medido y contrastado con datos empíricos, aunque sean tremendamente aportativos para la comprensión de la dinámica psicológica. En ese sentido, Tomás, Meléndez y Navarro (2008), señalan que la construcción de medidas que permitan analizar el bienestar psicológico, en los últimos años, ha despertado gran interés científico.

Los estudios en bienestar psicológico se agrupan en dos grandes vertientes: la primera, se centra en el estudio de la felicidad, aludiendo a un bienestar hedónico. Mientras que la segunda, se relaciona al desarrollo del potencial humano, que se denomina, bienestar eudaimónico. Ambas líneas investigativas elaboran sus líneas de estudio considerando diversos componentes de un bienestar general, tales como calidad de vida, satisfacción personal o vital o felicidad (Ryan y Deci, 2001, en Díaz et al, 2006; Tomás et al, 2008; Romero, García-Mas y Brustad, 2009).

Uno de los trabajos existentes, que ha sido más veces replicado es el desarrollado por Ryff (Tomás, Meléndez y Navarro, 2008). El modelo de Ryff (1989, en Díaz et al, 2006), propone un constructo multidimensional del bienestar psicológico, compuesto por seis factores: i) *autoaceptación*, que alude a la capacidad de sentirse bien con uno mismo, pese a las

limitaciones que puedan existir; ii) *relaciones interpersonales positivas*, que refiere a la necesidad de mantener relaciones interpersonales estables y significativas; iii) *autonomía* apunta a la capacidad de “sostener la propia individualidad en distintos contextos sociales” (p. 573); iv) *dominio del entorno*, que indica la capacidad personal para poder escoger y elegir entornos favorables para satisfacer los deseos y necesidades propias; v) *propósito vital*, que es la existencia de metas y objetivos que permitan orientar la vida de sentido; y, por último, vi) *crecimiento personal*, que es el empeño por desarrollar potencialidades, crecer como persona y llevar las propias capacidades al máximo.

Por lo tanto, cuando se habla de bienestar psicológico, inherentemente, se habla de satisfacción vital. En ese sentido, la satisfacción con la vida ha sido definida como el grado en que una persona evalúa la calidad global de su vida en conjunto de forma positiva. En otras palabras, cuánto le gusta a una persona la vida que lleva, calificando su calidad (Veenhoven, 1994). En ese sentido, Bagladi (2008), señala que la calidad de vida es un estado de satisfacción general, derivado de la realización de las potencialidades de la persona, implica una sensación subjetiva de bienestar físico, psicológico y social; como valoración positiva

que la persona hace de su vida en general, o de aspectos particulares de ésta.

De esta forma, ciertos conceptos de la psicología positiva, se encuentran tremendamente relacionados: satisfacción vital, felicidad, bienestar, personal, psicológico, calidad de vida, son clasificaciones que difícilmente pueden considerarse aisladamente; definiéndose y operacionalizándose a si mismos, significándose casi tautológicamente.

BIENESTAR PSICOLÓGICO Y ACTIVIDAD FÍSICA

La calidad de vida y el bienestar psicológico, están asociados a hábitos saludables (Jiménez et al, 2008). Los efectos beneficiosos, de una actividad física regular, sobre el bienestar personal - y, por tanto, en la calidad de vida, la satisfacción vital, la felicidad- constituyen un hecho cada vez más evidente y su estudio se ha abordado desde distintos campos profesionales de una forma interdisciplinar, encontrándose entre ellos la Psicología. Desde esta disciplina, se han realizado diversos estudios, enfocándose, muchos de ellos, en los beneficios psicológicos de la práctica de la actividad física vigorosa, tales como: mejora de la autoconfianza, sensación de bienestar, satisfacción sexual, disminución de la ansiedad, disminución de la depresión o

mejora del funcionamiento intelectual (Márquez, 1995).

Desde un punto de vista clínico, se plantea el uso de la actividad física como terapéutica en la prevención de la aparición de los trastornos mentales, promoviendo el bienestar psicológico. En este sentido, la realización de actividad física en el medio-ambiente donde el individuo se desenvuelve normalmente puede servir de gran ayuda. De hecho, investigaciones realizadas con personas que sufren depresión y ansiedad, han demostrado que tanto la actividad aeróbica como anaeróbica tienen resultados similares en procesos de psicoterapia tradicional, como psicoterapia individual, cognitiva o de grupo (Artal y Sherman, 1998; Becker, 2008; Daley, 2002; Tkachuk y Martin, 1999; Wattles, 2001; Wing, 1999).

Una explicación de los posibles beneficios del ejercicio sobre la salud mental, desde una perspectiva psicológica, es la propuesta por Folkins y Sime (1981), que no ha sido contrastada en investigaciones recientes y que plantea: a) la mejora de actitudes produce sensaciones de control y maestría, que conducen a sentimientos de bienestar; b) el ejercicio aeróbico facilita el entrenamiento mediante la retroalimentación; c) el ejercicio es una forma de meditación y puede producir un estado alterado de conciencia; d) la

realización de actividad física puede distraer de estímulos causantes o productores de ansiedad.

PSICOTERAPIA INTEGRATIVA Y BIENESTAR PSICOLÓGICO

Como ha sido posible apreciar hasta aquí, producción científica en Psicología, sobre los efectos psicológicos de la actividad física es variada. Es un hecho indudable que el ejercicio físico influye en la salud mental de las personas pero, ¿cómo conceptualizar los hallazgos empíricos desde la Psicoterapia Integrativa? El Modelo Integrativo Supraparadigmático “aporta fundamentos epistemológicos, metodológicos y paradigmáticos e intenta articular lo que son fuerzas de cambio probadas empíricamente provenientes de los paradigmas biológico, ambiental/conductual, cognitivo, afectivo, inconsciente y sistémico” (Bagladi, 2004; p. 190). El sostén de los paradigmas constituye conocimiento válido que aporta a predicción y cambio. Estos seis paradigmas se integran en torno al sistema Sele, que es definido como “un punto de confluencia de subsistemas o paradigmas (Opazo, 2001; p.118), que entrega elementos de identidad a la persona y homeostasis al sistema psicológico. El sistema Self cumple cinco funciones fundamentales para la actividad individual: función de identidad, de

significación, auto-organización, búsqueda de sentido y conducción existencial.

De esta forma, la actividad física se constituye como estímulo que, en la confluencia del sistema Self en la integración de la experiencia, desencadena una conducta abierta que es reflejo de bienestar psicológico. Esta revisión pretende esquematizar la información existente en torno a alguno de los planteamientos del Modelo Integrativo Supraparadigmático y poder entender, cómo la dinámica psicológica permite transformar la “materia prima” ambiental en un estímulo efectivo que moviliza al sistema psicológico, en otras palabras, se intentará responder la pregunta de cómo el sistema Self organiza la experiencia y lo transforma en una vivencia de bienestar subjetivo, que redundaría en la satisfacción vital y todos los conceptos derivados.

ACTIVIDAD FÍSICA Y MODELO INTEGRATIVO SUPRAPARADIGMÁTICO

Desde lo que plantea la literatura científica y relacionando con los planteamientos del Modelo Integrativo Supraparadigmático, cabría suponer que la actividad física, como elemento constitutivo del paradigma biológico, tendría la capacidad de introducir cambios en diferentes sistemas o paradigmas. Es así, como son numerosas

las investigaciones que avalan los beneficios del ejercicio físico en diferentes ámbitos del bienestar psicológico: mejora la salud subjetiva, el estado de ánimo y la emotividad (Biddle, Fox y Boutcher, 2000), reduce los síntomas depresivos (Lawlor y Hopker, 2001; Becker, 2008), disminuye los niveles de ansiedad y tensión (Akandere y Tekin, 2005; Mutrie, 2002; Olmedilla-Zafra y Ortega-Toro, 2009), reduce el estrés y malestar físico (Remor y Perez-Llantada, 2007), mejora el autoestima (Fox, 2000), aumenta la aparición de estados emocionales positivos (Hansen, Stevens y Coast, 2001), amplifica el bienestar psicológico general del individuo (Crone, Smith y Gough, 2005), y mejora el funcionamiento cognitivo (Emery, Shermer, Hauck, Hsiao y MacIntyre, 2003).

Lo anterior es sólo una parte respecto a la importancia de la actividad física en la dinámica psicológica. A continuación se ofrece una sucinta sistematización acerca de cómo se pueden entender los efectos del ejercicio físico, según algunos paradigmas del modelo teórico considerado.

a. Paradigma Biológico

La inactividad física es un factor de riesgo reversible para enfermedades cardiovasculares y otras patologías crónicas, incluyendo la diabetes mellitus, cáncer (de

colon y mama), obesidad, hipertensión arterial, enfermedades óseas-articulares (osteoporosis y osteoartritis), y depresión (Darren, 2006).

Los datos de más de 40 estudios de observación muestran evidencias claras de la existencia de una relación lineal inversa (dosis-respuesta) entre el nivel de actividad física y mortalidad de todas las causas en la población general (Lee y Skerrett, 2001). La falta de actividad física agravada por otros hábitos nocivos del estilo de vida (sobrealimentación, tabaquismo, estrés, etc.), han desatado lo que Terris (1991), denomina como la segunda revolución epidemiológica, situación en la cual se registra un marcado predominio de las enfermedades crónicas degenerativas sobre las enfermedades infectocontagiosas.

Las enfermedades degenerativas, representan hoy para el mundo entero la carga más alta en morbilidad y mortalidad. Enfermedades coronarias, vasculares encefálicas, hipertensión, obesidad, osteoporosis, diabetes, ciertos tipos de cáncer, artropatías y trastornos psiconeuróticos son enfermedades claramente vinculadas al sedentarismo (Martínez, 1998).

Diversos estudios epidemiológicos han demostrado el alto riesgo que se tiene de sufrir este tipo de enfermedades crónicas

degenerativas cuando no se realiza una dosis mínima de actividad física regular (Morris, Chave, Adam, Sirey et al., 1973; Paffebarger y Hale, 1975). Incluso se estima que las personas inactivas tienen una vida cerca de dos años más corta que sus pares más activos (Paffebarger, Hyde, Wing y Hsieh, 1986).

Según las estadísticas que maneja la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2002) estas enfermedades crónicas representan el 60% de muertes a nivel global, cifra que, según sus cálculos ascenderá al 73% para el año 2020, de las cuales el 70% corresponde a los países en vías de desarrollo.

Los datos para el continente americano, según el informe de esta misma organización sobre la salud en el mundo, presentados en el 2002, indican que durante el año 2000 el 76% de todas las defunciones se debieron a enfermedades no transmisibles, equivalentes a 119.000 muertes vinculadas a estilos de vida sedentarios.

También, la inactividad física ha estado asociada con el riesgo de padecer osteoporosis, por lo que la realización de algún ejercicio físico, tanto en la perimenopausia como antes de los 30-35 años (cuando se alcanza el máximo de masa ósea) es una recomendación universal a las

mujeres. Sin embargo, para lograr estos efectos protectores, se necesita haber realizado actividad física en la juventud, acompañada de una adecuada ingesta de calcio, más que la realizada en la madurez (Branca y Vinueña, 2001).

Por otro lado, las evidencias actuales disponibles indican que la inactividad física se asocia a un aumento del riesgo de cáncer de colon. De hecho, el ejercicio tendría un efecto protector en esta enfermedad, con reducciones en su incidencia del 40-50% entre los sujetos más activos (Hardman, 2001). Así mismo, otras investigaciones han concluido que el ejercicio practicado por personas mayores tiene un efecto protector frente a enfermedades coronarias (Batty, 2002) y frente a enfermedades vasculares encefálicas, disminuyendo su incidencia, así como mejorando su pronóstico vital (Sacco, 2001).

Numerosos estudios han demostrado los beneficios de realizar ejercicio en forma regular. Así queda demostrado en el estudio realizado por Paffenbarger, Hyde, Wyng y Hsieh (1986) con estudiantes de sexo masculino en la escuela de Harvard, en donde se examinó la actividad física y otras características del estilo de vida de 16936 sujetos, de entre 35 a 74 años para relacionar los índices de mortalidad de cualquier causa y sus influencias a lo largo de

la vida. Un total de 1413 alumnos murieron en un transcurso de 12 a 16 años. El ejercicio relatado como caminar, subir escaleras, y juego deportivo fue relacionado de manera inversa a la mortalidad total, principalmente en muertes debido a causas cardiovasculares o respiratorias.

Varios mecanismos biológicos pueden ser responsables de la reducción del riesgo de enfermedad crónica y la muerte prematura asociada con la actividad física rutinaria. Se ha demostrado que la realización de actividad física en forma rutinaria mejora la composición corporal, ya que reduce la adiposidad abdominal, controla el peso corporal, además de mejorar el perfil lipídico (Darren, 2006).

La evidencia expuesta hasta acá, concuerda con lo señalado por Bagladi (2008), quien plantea que hay ciertos factores físicos que están asociados con la salud y el bienestar personal: a) uno de ellos, alude al estrés, donde circunstancias aguda o sostenidamente estresantes, son las causantes de la disminución de ciertas células (NK) del sistema inmune, que tienen por función destruir cualquier célula anormal que circule por el cuerpo. Al verse rebajado el volumen de las NK, el cuerpo se vuelve más vulnerable a enfermedades infectocontagiosas e incluso algunos tipos de cánceres. b) el estrés y las enfermedades

cardiovasculares están estrechamente relacionados, permitiendo que el primero incida aumentando el riesgo de infarto a dos veces en el caso de las mujeres y tres para los hombres. Y c) el tabaquismo, colesterol, obesidad, sedentarismo, diabetes e hipertensión inciden en aumentar el riesgo de enfermedades cardiovasculares, al igual que factores no físicos como: estrés, ansiedad y depresión.

b. Paradigma Afectivo

Existen múltiples estudios relacionados con la actividad física y el mundo afectivo. Las investigaciones más frecuentes son las que buscan relacionar la actividad física con sus efectos ansiolíticos y antidepresivos.

Por ejemplo, Gutiérrez-Calvo, Espino, Valenzuela y Jiménez (1997), dan cuenta de los efectos del ejercicio físico sobre cuatro medidas diferentes de ansiedad: ansiedad general, ansiedad evaluación, trastornos psicosomáticos y tensión. La investigación consistió en evaluar, en 104 adolescentes, una intervención de actividad física, de doce semanas de duración (36 horas en total). Los resultados consistieron en una disminución en tres de las cuatro medidas de ansiedad: general, trastornos psicosomáticos y tensión. No hubo cambio en la medida de ansiedad evaluación. Las conclusiones del equipo

consistieron en que los efectos beneficiosos del ejercicio físico no se limitan a muestras clínicas, sino también a personas normales.

Otros estudios reflejan que las reducciones en los niveles de ansiedad son de bajas a moderadas, apuntando de alguna manera a un alivio de la sintomatología ansiosa (Mutrie, 2002; Martinsen, Hoffart y Solberg, 1989). Además, la mayor parte de la evidencia recopilada señala la existencia de una relación entre ejercicio agudo y reducción de la ansiedad estado, no habiéndose podido demostrar la relación entre ejercicio regular y mejora de la ansiedad rasgo (Biddle, 1995; Petruzzello et al, 1991).

Recientemente, Olmedilla-Zafra y Ortega-Toro (2009), basándose en la literatura científica, señalan que la relación entre actividad física y mejoras en aspectos psicológicos está probada. A raíz de lo anterior, su estudio se enfoca a conocer la influencia de la práctica de actividad física sobre medidas de depresión y ansiedad, y poder determinar un perfil de riesgo en función de variables socio-demográficas. El estudio utilizó una muestra de 200 mujeres y los resultados mostraron un perfil de vulnerabilidad para la ansiedad que se caracteriza por: mujer sedentaria, de entre 18 y 24 años ó más de 54, sin estudios o con estudios secundarios, estudiante, dueña de

casa o trabajadora independiente, y sin hijos. Mientras que el perfil de riesgo para la depresión se caracteriza por: mujer sedentaria, de más de 54 años ó entre 18 y 42, con estudios secundarios y dueña de casa.

La posibilidad de reducir los síntomas de ansiedad y depresión a través de la actividad física, ha llevado a varios investigadores a comparar los efectos del ejercicio con los resultados de diversos procesos psicoterapéuticos tradicionales. Estos estudios han demostrado que tanto la actividad aeróbica como anaeróbica tienen resultados similares a tratamientos de psicoterapia, como psicoterapia individual, cognitiva, o de grupo (Artal y Sherman, 1998; Becker, 2008; Daley, 2002; Tkachuk y Martin, 1999; Wattles, 2001; Wing, 1999).

Otras investigaciones relacionadas con los efectos del ejercicio en la depresión, indicarían que se pueden lograr mejoras significativas en sólo 5 semanas de sesiones, con una frecuencia de 3 sesiones semanales de actividad aeróbica, con una duración de 20-60 minutos. Además, los estudios de seguimiento han indicado que los efectos del tratamiento en actividad física se pueden mantener por un año, si se continúa una práctica regular de ejercicio (Tkachuk y Martin, 1999; Wattles, 2001)

Los efectos antidepresivos de la actividad física han sido documentados en estudios experimentales con personas con depresión clínica (Martinsen, Medhaus y Sandvik, 1985; Singh, Clements, y Fiatarone, 1997) y en estudios transversales en población general (Galper, Trivedi, Barlow, Dunn y Kampert, 2006; Hassmen, Koivula y Uutela, 2000). Además, diversas revisiones parecen sugerir que existe una relación causal entre actividad física y reducción de síntomas depresivos. Por ejemplo, Lawlor y Hopker (2001) promediando los hallazgos de 14 estudios encontraron que los grupos tratados que practicaban ejercicio físico experimentaban una importante reducción de las puntuaciones en depresión, en comparación con los grupos control no tratados.

Woolery, Myers, Sternlieb y Zeltzer (2004), realizaron una investigación sobre los efectos del yoga en personas de 18 y 29 años, con niveles bajos de depresión, pero que no habían recibido tratamiento psiquiátrico ni diagnóstico y no tenían experiencia significativa en la práctica de yoga. La intervención consistió en asistir a clases de yoga dos veces a la semana, una hora, por cinco semanas consecutivas. Utilizaron las medidas de cuestionarios de BECK, STAI, MOOD, niveles de cortisol matutinos. Demostraron una disminución

significativa en el autoreporte de síntomas de depresión y ansiedad rasgo. Además, se pudo constatar que los efectos comenzaron a manifestarse en la mitad de la práctica de yoga y luego, dichos niveles se mantuvieron. También hubo disminución en el ánimo negativo y fatiga después de las clases de yoga.

Palenzuela, Guitiérrez-Calvo y Averó (1998), publican un artículo en el cual se evalúan los efectos de la actividad física en tres medidas asociadas con depresión: insatisfacción, nivel de satisfacción vital y autoeficacia, y dos medidas directas de depresión (BDI y GHQ-DS). La muestra consistió en 104 adolescentes, los cuales participaron en una intervención en actividad física de doce semanas de duración. Los resultados, al final del período consistieron en: descenso en el nivel de insatisfacción, pero no en los niveles de depresión. Además, no hubo aumento en las medidas referentes a satisfacción vital y percepción de autoeficacia. A partir de estos hallazgos, se establece que el ejercicio físico puede actuar como un mecanismo protector frente al desarrollo de la depresión, en personas más vulnerables.

Los hallazgos de Palenzuela y cols. (1998) apuntan a descartar una influencia directa entre bienestar psicológico y actividad física, pues dentro del diseño

experimental utilizado, las medidas de satisfacción no decrecen, por el contrario a lo que sucede con las medidas de insatisfacción que sí se ven disminuidas con la práctica de actividad física. Lo anterior, puede relacionarse con lo que plantea Opazo (2004), respecto a que para que exista capacidad de desarrollo personal, en el Paradigma Afectivo debieran existir una serie de condiciones que posibiliten lo anterior. El autor declara que, dentro del funcionamiento afectivo, debiera existir un umbral hedónico bajo o medio, que junto a la posibilidad de descanso oportuno, permite aumentar la probabilidad de generar una adecuada capacidad para disfrutar. Y la investigación de Palenzuela podría dar cuenta de ello, en el sentido que, no es que la actividad física de por sí induzca estados emocionalmente positivos (aunque esta postura es discutida actualmente dentro de la comunidad científica), sino que permite el disminuir el umbral hedónico que es precursor de un estado de insatisfacción, que a su vez dificultaría la vivencia de bienestar psicológico.

Lo anterior, también concuerda con lo que señala recientemente Demerouti y Sanz (2012), respecto a que la recuperación que tiene lugar durante el tiempo libre, puede ser más importante para proteger nuestro bienestar. Dentro de la revisión

teórica que realizan las autoras, exponen un modelo que podría dar cuenta de cómo la Actividad Física facilitaría procesos de Bienestar Personal. El Modelo de Carga Alostática, refiere al proceso mediante el cual los sistemas fisiológicos se ajustan para transitar de un nivel de activación a otro, como es el caso del ciclo actividad-descanso que se trabaja en el campo de la recuperación (Sterling, 2004, en Demerouti y Sanz, 2012). Así, los sistemas Simpático y Parasimpático son cruciales para el proceso de recuperación, además del sistema Inmunológico y el Endocrino. Dichos sistemas están encargados de proteger al individuo de los estresores y se ven modificados permanentemente para ir adaptándose a las exigencias de la situación. Así, el sistema completo se activa frente a una demanda ambiental (actividad física: aumento de la tasa cardíaca y de los niveles de saturación de oxígeno) hasta que cesa la exigencia, y una vez que no existe la demanda, se activa el sistema parasimpático y el organismo volvería a una situación de relajación, que es beneficiosa para el organismo.

c. Paradigma Cognitivo

Hillman, Buck, Themanson, Pontifex y Castelli (2009) evaluaron la relación entre actividad aeróbica y control ejecutivo, potencial de respuesta cerebral y

rendimiento en la tarea. Los datos sugieren que el estado físico está asociado con un mejor funcionamiento cognitivo sobre una tarea que necesite de control ejecutivo, utilizando mayores recursos atencionales frente a la codificación de estímulos. Sin embargo, Montoya, Araya y Salazar (2007), al comparar el efecto de la danza y el yoga sobre una medida de atención (Toulouse-Pieron), no encuentran efectos significativos, ni diferencias estadísticamente significativas en relación a dicho proceso cognitivo.

Kamijo, Hayashi, Sakai, Yahiro Tanaka y Nishihira (2009) encontraron que el potencial cerebral de hombres adultos es mayor cuando se realiza una actividad física moderada.

Demerouti y Sanz (2012) investigan sobre el rol de la recuperación frente a situaciones de demanda psíquica y física. Si entendemos la actividad física como una actividad recreativa -independiente de sus mecanismos fisiológicos- se podría plantear que toda actividad creativa o hobby, puede ser una oportunidad *“de crecimiento personal y de adquisición de recursos”* (p. 75). Las autoras citan algunos estudios que dan cuenta que la participación en actividades recreativas, sobre todo las que implican retos en el aprendizaje, tienen efectos positivos en la recuperación frente al

estrés, lo cual es terreno fértil para el bienestar psicológico.

Por otra parte, las mismas autoras señalan que el distanciamiento psicológico - que puede resultar producto de la actividad física- permite acercarse a la recuperación frente al malestar. Implica un distanciamiento psíquico y -no tan necesariamente- físico respecto de estímulos ambientales que causan distrés, lo que significa que hay una cese en el pensamiento de aspectos relacionado con dicho estímulo. Las personas que consiguen el distanciamiento psicológico respecto de un suceso estresante, *“reportan mejor humor, menos afecto negativo y menos fatiga, tanto al final del día como a la mañana siguiente”* (p.76) la imposibilidad de tomar distancia psicológica con aquello que nos preocupa, perpetúa la activación del sistema simpático, haciendo que nuestro organismo no consiga el descanso, pese a que se cuente con rutinas adecuadas de sueño-vigilia.

d. Sistema Self

La revisión de la literatura en torno a los estudios que han abordado las relaciones entre la imagen corporal y la actividad física, permiten constatar la existencia de dos tendencias o enfoques opuestos. El primer grupo de estudios muestran que la participación en actividad física se relaciona

con una imagen corporal positiva (Camacho, 2005), afirmación que se ha constatado empíricamente a través de la aplicación de programas de intervención (Tucker y Mortell, 1993).

El segundo grupo de estudios comprende aquellos que apuntan hacia un efecto del ejercicio potencialmente negativo sobre la imagen corporal. En el deporte recreativo, ello se ha asociado con la motivación de realizar ejercicio físico con un objetivo centrado primariamente en la mejora de la apariencia física (McDonald y Thompson, 1992; Hubbard, Gray y Parker, 1998; Camacho, 2005; Tiggemann y Williamson, 2000). Es así, como se encuentran estudios en los que el ejercicio físico tiene un efecto en la autoestima y otros en los que no.

Por otro lado, la existencia de una auto-estima o auto-eficacia elevadas se ha demostrado que son factores determinantes en la motivación hacia el ejercicio y en la adherencia a los programas de actividad física, y viceversa (Shaffer y Wittes, 2006). Se han realizado diferentes estudios acerca de la relación entre las influencias ambientales tales como el ejercicio físico y su efecto en el desarrollo de la autoestima en niños y adolescentes, y se ha concluido que se obtienen grandes beneficios a partir de la intervención con programas de actividad

física, aunque estos son parciales. En ocasiones no se observa efecto alguno sobre la autoestima y sólo modifican aparentemente aspectos referentes a la apariencia física a estas edades, sobretodo en varones (Tiggemann y Williamson, 2000).

De Gracia y Marcó (2000) examinan los efectos de un programa de actividad física sobre el bienestar psicológico. Este programa de ejercicio tuvo dos modalidades: actividad física aeróbica y actividad física no aeróbica. Con una muestra de 107 adultos mayores, utilizaron tres medidas para evaluar el bienestar psicológico: respuestas psicológicas globales inducidas por el ejercicio, sensación del esfuerzo percibido y satisfacción por el ejercicio. Los principales hallazgos de este estudio consistieron en un incremento significativo en el bienestar psicológico y en la satisfacción, en ambos grupos de actividad física. Sin embargo, el grupo de aeróbica mostró puntuaciones más altas en bienestar psicológico, sensación de fatiga y satisfacción, que las puntuaciones obtenidas por el grupo de actividad no aeróbica.

Jiménez, Martínez, Miró, y Sánchez (2008) describen la relación entre el bienestar psicológico y hábitos saludables con la práctica de actividad física en 447 universitarios españoles y portugueses. Los resultados de este estudio arrojan que la

presencia de actividad física no condice, necesariamente, con hábitos saludables como consumo reducido de sustancias o ausencia de sobrepeso. Sin embargo, se pudo consignar que, sí existe una relación entre ejercicio físico y el bienestar psicológico percibido, independiente del tipo de ejercicio físico practicado. De esta forma, la práctica habitual de actividad física se asocia con: percepción de mejor y mayor salud, menor nivel de percepción de estrés y también un mejor estado de ánimo.

CONCLUSIONES

En esta breve revisión ha quedado de manifiesto que la actividad física, como elemento del paradigma biológico, está relacionada con varios otros elementos de los paradigmas y el sistema Self, que orientan al sistema psíquico hacia un estado de Bienestar General. Es una compleja red imbricada en la que un cambio en un aspecto produce varias otras modificaciones en diversas áreas. Por ejemplo, Woolery, et. al (2004), demostraron que la actividad física (paradigma biológico) permite disminuir los niveles matutinos de cortisol (paradigma biológico). El cambio a nivel endocrino, generará disminución en sintomatología depresiva y ansiosa (paradigma afectivo). Prontamente, dichos cambios a nivel afectivo, generarán nuevas modificaciones,

por ejemplo en el paradigma cognitivo (aumentando la capacidad de atención y el nivel de concentración) o, en el sistema Self (aumentando autoestima y/o el nivel de satisfacción con la vida), modificación tras modificación, que tendría la capacidad de retroalimentar el sistema, hasta el origen, ya que como señalaron Shaffer y Wittes (2006), una autoestima alta generará mayor adherencia a programas de actividad física (que fue el primer cambio)... y se construye así, un estado de bienestar que es reforzador en sí mismo.

En ese sentido, no es menor que desde la psicología, y más desde la Psicología Integrativa, se sitúe el foco en los efectos de la actividad física a nivel fisiológico. Podemos ver, cómo el ejercicio físico permite disminuir la probabilidad de ocurrencia de enfermedades degenerativas (Terris, 1991; Martínez, 1998), lo que aumenta la probabilidad de que se extienda la expectativa de vida (Paffenbarger, Hyde, Wyng y Hsieh 1986; Hardman, 2001; Sacco, 200; Batty, 2002). Lo anterior, a su vez, se relacionaría con un mayor nivel de satisfacción vital y bienestar psicológico, ya que como seres humanos, es probable que si se nos declara una enfermedad derivada del sedentarismo, aumente nuestro afecto depresivo y/o ansioso, lo cual aumenta la probabilidad que se desencadenen otro tipo

de patologías como consecuencia de lo degenerativo.

La significación de la realidad depende de quien la interprete. Sin embargo, es muy probable que la presencia de una enfermedad de importancia, incida en la satisfacción que cualquier persona pueda tener con su propia vida. Bagladi (2008), cita un estudio que señala que, el 87% de las personas que reportan un buen estado de salud se sienten satisfechas con su vida, mientras que sólo un 1,1% se siente insatisfecho. Mientras que, por el contrario, el 38% de los que dicen sufrir problemas físicos o emocionales están insatisfechos con su vida, y sólo el 26% está satisfecho. Esto quiere decir, que la presencia de una enfermedad o de un estado de salud susceptible a enfermedades, disminuye la probabilidad de encontrar satisfacción vital y, por tanto, merma la posibilidad de construir la vivencia de bienestar psicológico.

Respecto al Modelo de Carga Alostática, cuando el estado de relajación no se produce o falla, el sistema simpático sigue actuando en estado alerta, aunque el estresor haya desaparecido, produciéndose un desgaste fisiológico con correlatos fisiológicos y afectivos, por ejemplo vía Cortisol. La actividad física, permite que la recuperación se dé, pues la activación fisiológica, que resulta de la práctica de

ejercicio sistemático, es voluntaria y cesa en el momento en que la persona decida, concomitando un proceso de recuperación que es favorable para el sistema psicológico, induciendo un estado de bienestar.

Respecto a los planteamientos de Opazo (2004), a propósito de los elementos del paradigma cognitivo relacionados con el Desarrollo Personal -asumiendo que dichas características son sintónicas con el Bienestar Psicológico- que tienen relación con la actividad física, podrían enunciarse dos: a) un estilo atencional no selectivo y, b) expectativas realistas y/o altas expectativas de autoeficacia. Respecto al estilo atencional no selectivo, si bien es poco probable que la actividad física desencadene en una restructuración cognitiva acerca de lo que prestamos atención, sí estaría comprobado que las actividades que comprometen recursos cognitivos para la atención y concentración (como un partido de tenis por ejemplo, o seguir una coreografía de baile), neutralizan la atención y le impiden seleccionar aquéllos estímulos que son causantes de malestar o insatisfacción. Por tanto, si bien no es una restructuración respecto al modo de atender, si permite aislar la atención de elementos poco saludables para la salud mental, aunque sea temporalmente (lo cual permitiría la

recuperación fisiológica que plantea el Modelo de Carga Alostática).

El segundo elemento, que alude a las expectativas, orientaría al bienestar psicológico de la siguiente forma: cuando Demerouti y Sanz (2012) plantean que las actividades recreativas (como el deporte) implican retos en el aprendizaje, se puede obtener una recuperación que permita darle bienestar al sistema psicológico. Si una actividad cualquiera requiere de recursos personales para poder ejecutarse, una resolución exitosa, sobre todo después de algunos intentos fallidos o actividades de alta dificultad, aumentaría la probabilidad de generar tanto satisfacción como expectativa de autoeficacia en la persona que consiguió realizar una tarea. Incluso, podría hipotetizarse que, en personas que no tienen tendencia a la selección negativa de estímulos y que tienen un locus de control interno, la resolución exitosa, promovería auto-diálogos positivos del tipo “si fui capaz de hacerlo, podré hacerlo de nuevo, mejor o conseguir otras cosas”.

En relación al modelo de Bienestar Psicológico de Carol Riff y la Actividad Física, la promoción del ejercicio sistemático, permite que el individuo funcione óptimamente -la evidencia lo señala- en términos físicos, psicológicos y sociales, por lo tanto aumenta la probabilidad que esa

persona se sienta bien consigo misma y pueda aceptar aspectos positivos como negativos de su personalidad. Lo anterior es sintónico con lo planteado por Opazo (2001), respecto al Trasfondo Eficaz como Concepto Movilizador. Esto, facilita el surgimiento de sentimientos de seguridad, lo cual provee de motivación para esforzarse y orientarse en la búsqueda de su potencial, aumentando la sensación de Bienestar y acercándose a procesos de Desarrollo Personal.

Importante es diferenciar también, dos aspectos. El Bienestar Psicológico depende de elementos objetivos, de los cuales es posible desprender el impacto que tiene la actividad física en su génesis. Por lo tanto, los hallazgos empíricos van orientados a definir lineamientos nomotéticos de intervención. Sin embargo, existe un componente subjetivo, que difícilmente responderá mejor o peor a la presencia de actividad física y que responde a elementos ideográficos del Bienestar Psicológico. Se traduce en la Significación Biológica (Opazo, 2001) que cada uno puede hacer, en este caso, de la Actividad Física.

Finalmente, cabe señalar que la importancia de revisiones como ésta, para la clínica, radica en que la producción científica va entregando nuevas pistas sobre qué es lo que ayuda en terapia. Hasta hace 20 años, si en la consulta hubiésemos tenido un/a

paciente discapacitado, obeso, convaleciente, embarazada, de tercera edad, difícilmente lo habríamos enviado a un programa de actividad física aeróbica, ya que en esos años, pese a que ya se conocían los efectos de la actividad física aeróbica, las investigaciones se centraban en actividad física rítmica y de alto impacto (actividad no apropiada y/o contraproducente para cierto tipo de personas). Las consecuencias de ello, habrían sido quedarnos sin una gran fuente de probables cambios en torno a diversas áreas. Hoy, y a partir de la diversificación de investigaciones en torno a la actividad física, sabemos qué tipo de efectos es probable obtener y qué tipo de actividad se ajustaría mejor a cierto tipo de persona. Además, ya es conocido el multi-impacto de la actividad física en la salud mental, constituyéndose en sí misma como una actividad salutogénica.

Referencias

Akandere, M. y Tekin, A. (2005). Efectos del ejercicio físico sobre la ansiedad. PubliCE Standard. Consultado el día 12 de Junio de 2009, desde:
<http://www.sobreentrenamiento.com/PubliCE/Articulo.asp?id=478>.

Allport, G. (1996). *La personalidad, su configuración y desarrollo*. Barcelona: Herder.

Artal, M. y Sherman, C. (1998) Exercise against depression. *The Physician and sportsmedicine*, 26, 55-60.

Bagladi, V. (2004). Psicoterapia Integrativa en Trastornos de Personalidad. En: Opazo, R. y Fernández, H. (2004). *Integración en Psicoterapia*. Paidós.

Bagladi, V. (2008). Una Aproximación Clínica al Bienestar Humano. En *Psicología Para la Vida*. Sáez J. (Ed.). Universidad Adolfo Ibáñez: Santiago, Chile.

Batty, G.D. (2002). Physical activity and coronary heart disease in older adults. A systematic review of epidemiological studies. *Europe Journal Public Health*, 12, 171-176.

Becker, B. (2008). El efecto del ejercicio y el deporte en el área emocional. *Revista digital: educación física y deportes*, 3. Extraído el 05 de septiembre de 2009, desde <http://www.efdeportes.com/>

Biddle, S. (1995). Exercise and psychosocial health. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 66, 292-297.

Biddle, S., Fox, K., y Boutcher, S. (2000). *Physical activity and psychological well-being*. London: Routledge.

Branca, F. y Vatuña, S. (2001). Calcium, physical activity and bone health. Building bones for a stronger future. *Public Health Nutritionist*, 4, 117-123.

Camacho, M. J. (2005). Imagen corporal y práctica de actividad física en la adolescencia. Tesis no publicada: Universidad Complutense de Madrid.

Crone, D., Smith, A. y Gough, B. (2005). I feel totally at one, totally alive and totally happy: a psycho-social explanation of the physical activity and mental health relationship. *Health Education Research: Theory and Practice*, 20, 600-611.

Cuadra, H. y Florenzano, R. (2003). El bienestar subjetivo. Hacia una psicología positiva. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, XVII, 83-96.

Daley, A. (2002). Exercise therapy and mental health in clinical populations: is exercise therapy

a worthwhile intervention? *Advances in Psychiatric Treatment*, 8, 262-270.

Darren, E. (2006). Health benefits of physical activity: The evidence. *Canadian Medical Association Journal*, 174, 801-809.

De Gracia, M. y Marcó, M. (2000). Efectos psicológicos de la actividad física en personas mayores. *Psicothema*, 12, 285-292.

Demereouti, E. y Sanz, A. (2012). Recuperación diaria y bienestar: una visión general. *Psicothema*, 24, 73-78.

Díaz, D., Rodríguez, R., Blanco, A., Moreno, B., Gallardo, I., Valle, C. y Van Dierendonck, D. (2006). Adaptación española de las Escalas de Bienestar Psicológico de Ryff. *Psicothema*, 18, 572-577.

Emery, C., Shermer, R., Hauck, E., Hsiao, E. y MacIntyre, N. (2003). Cognitive and psychological outcomes of exercise in a 1-year follow-up study of patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Health Psychology*, 22, 598-604.

Folkins, C. y Sime, W. (1981). Physical fitness training and mental health. *American Psychologist*, 36, 373-389.

Fox, K.R. (2000). The effects of exercise on self-perceptions and self-esteem. En Biddle, S.J., Fox, K.R. y Boutcher, S.H. (Eds), *Physical activity and psychological well being*. New York: Routledge Press.

Galper, D., Trivedi, M., Barlow, C., Dunn, A. y Kampert, J. (2006). Inverse association between physical inactivity and mental health in men and women. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 38, 173-178.

Gutiérrez-Calvo, M., Espino, O., Palenzuela, L. y Jiménez, A. (1997). Ejercicio físico regular y reducción de la ansiedad en jóvenes. *Psicothema*, 9, 499-508.

Hansen, C., Stevens, L. y Coast, J. (2001). Exercise duration and mood states: How much is enough to feel better? *Health Psychology*, 20, 267-275.

Hardman, A.E. (2001). Physical activity and cancer risk. *Proceedings of the Nutrition Society*, 60, 107-113.

Hassmen, P., Koivula, N. y Uutela, A. (2000). Physical exercise and psychological well-being: A population study in Finland. *Preventive Medicine*, 30, 17-25.

Hillman, C., Buck, S., Themanson, J., Pontifex, M. y Castelli, D. (2009). Aerobic fitness and Cognitive Development: Event-Related Brain Potential and Task Performance Indices of Executive Control in Preadolescent Children. *Developmental Psychology*, 45, 1, 114-129.

Hubbard, S., Gray, J. y Parker, S. (1998). Differences among women who exercise for food related and non food related reasons. *European Eating disorders Review*, 6, 225-265.

Jiménez, M., Martínez, P., Miró, E. y Sánchez, A. (2008). Bienestar psicológico y hábitos saludables: ¿están asociados a la práctica de ejercicio físico? *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8, 185-202.

Kamijo, K., Hayashi, Y., Sakai, T., Yahiro, T., Tanaka, K. y Nishihira, Y. (2009). Acute Effects of Aerobic Exercise on Cognitive Function in Older Adults. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 64b, 3, 356-363.

Lawlor, D. A. y Hopker, S. W. (2001). The effectiveness of exercise as an intervention in the management of depression: Systematic review and meta-regression analysis of randomised controlled trials. *British Medical Journal*, 322, 763-767.

Lee, I. y Skerrett, P. (2001). Physical activity and all-cause mortality: what is the dose-response relation? *Medicine Science Sports Exercise*, 33, 459-494.

Márquez, S. (1995). Beneficios psicológicos de la actividad física. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 48, 185-206.

Martínez, E. (1998). La actividad física en el ámbito de la salud pública. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 15, 140-153.

Martinsen, E. W., Hoffart, A. y Solberg, O. (1989). Aerobic and non-aerobic forms of exercise in the treatment of anxiety disorders. *Stress and Medicine*, 5, 115-120.

Maslow, A. (1998). *El hombre autorrealizado. Hacia una psicología del ser*. Barcelona: Kairós.

McDonald, K. y Thompson, J. K. (1992). Eating disturbance, body image dissatisfaction and reasons for exercising: Gender differences and correlational findings. *International Journal of Eating disorders*, 11, 289-292.

Montoya, J., Araya, G. y Salazar, W. (2007). Efecto agudo del yoga y de la danza aeróbica sobre el estado de ánimo y el funcionamiento cognitivo en hombres y mujeres. *Revista de Ciencias del Ejercicio y la Salud*, 5, 41-46.

Morris, J., Chave, S., Adam, C., Sircy, C., Epstein, I. y Sheehan, D. J. (1973). Vigorous exercise in leisure time and the incidence of coronary heart disease. *Lancet*, 2, 1207-1210.

Mutrie, N. (2002). Healthy body, healthy mind? *Psychologist*, 15, 412-413

Olmedilla-Zafra, A. y Ortega-Toro, E. (2009). Incidencia de la práctica de actividad física sobre la ansiedad y depresión en mujeres: perfiles de riesgo. *Universitas Psychologica*, 8, 105-116.

Opazo, R. (2001). *Psicoterapia Integrativa. Una delimitación Clínica*. Santiago de Chile: Ediciones ICPSI.

Opazo, R. (2004). *Psicoterapia Integrativa y Desarrollo Personal*. En *La Integración en Psicoterapia*. Fernández, H. & Opazo, R. (Eds.). Paidós: España.

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2002). La inactividad física: Un factor principal de riesgo para la salud en las Américas. Programa de Alimentación y Nutrición/División de Promoción y Protección de la Salud. Consultado el día 10 de enero de 2010, desde:

<http://www.opsoms.org/spanish/HPP/HPN/whd2002-factsheet3.pdf>.

Paffenbarger, R. y Hale, W. (1975). Work activity and coronary heart mortality. *New England Journal Medicine*, 292, 545-550.

Paffenbarger, R., Hyde, R., Wyng, A. y Hsieh, C. (1986). Physical activity, all-cause mortality, and longevity of college Alumni. *New England Journal of Medicine*. 341, 605-613.

Palenzuela, D., Gutiérrez-Calvo, M. y Averó, P. (1998). Ejercicio físico regular como un mecanismo de protección contra la depresión en jóvenes. *Psicothema*, 10, 29-39.

Petruzzello, S., Landers, D., Hatfield, B., Kubitz, K. y Salazar, W. (1991). A meta-análisis on the anxiety reducing effects of acute and chronic exercise: outcomes and mechanisms. *Sports Medicine*, 11, 143-180.

Remor, E. y Pérez- Llantada, M.C. (2007). La relación entre niveles de la actividad física y la experiencia de estrés y de síntomas de malestar físico. *Interamerican Journal of Psychology*, 41, 313-322.

Romero, A., García-Mas, A. y Brustad, R. (2009). Estado del Arte y Perspectiva Actual del Concepto de Bienestar Psicológico en Psicología del Deporte. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 41, 335-347.

Sacco, R.L. (2001). Newer risk factors for stroke. *Neurology*, 57, 31-34.

Singh, N., Clements, K. y Fiatarone, M. (1997). A randomized controlled trial of progressive resistance training in depressed elders. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 52, 27-35.

Shaffer, D. y Wittes, E. (2006). Women's precollege sports participation, enjoyment of sport and self-esteem. *Sex Roles*, 55, 225-232.

Terris, M. (1991). Formulación de políticas de salud. En: *Cuso modular de epidemiología*. Medellín: Universidad de Antioquia. Facultad Nacional de Salud Pública.

Tiggemann, M. y Williamson, S. (2000). The effects of exercise on body satisfaction and self-esteem as a function of gender and age. *Sex Roles*, 43, 119-127

Tkachuk, G y Martin, G. (1999). Exercise therapy for patients with psychiatric disorders: research and clinical implications. *Professional psychology: research and practice*, 30, 275-282.

Tomás, J., Meléndez, J. y Navarro, E. (2008). Modelos Factoriales Confirmatorios de las Escalas de Ryff, una muestra en personas mayores. *Psicothema*, 20, 304-310.

Triadó, C. y Villar, F. (2008). *Envejecer en positivo*. Girona: Aresta.

Tucker, L. y Mortell, R. (1993). Comparison of the effects of walking and weight training programs on body image in middle-aged women: An experimental study. *American Journal of Health Promotion*, 8, 34- 42

Veenhoven, R. (1994). El estudio de la satisfacción con la vida. *Intervención Psicosocial*, 3, 87-116.

Wattles, M. (2001). The role of the exercise physiologist in mental health. Professionalization of exercise physiology. An international electronic journal for exercise pshysiologist, 4, 26-29.

Wing, R. (1999). Backgrounder and physical activity. *Medicine and science in sports and exercise*, 31, 11-14.

Woolery, A., Myers, H., Sternlieb, B. y Zeltzer, L. (2004). A yoga intervention for young adults with elevated symptoms of depression. *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 10, 60-63.

Terapia Grupal en Depresión: una mirada Integrativa

Ps. Marcela López Petersen²

Abstract

Depression produces a negative impact on every part of any individual's life; that's why is considered a serious problem in term of mental health , both, within any country and within the world as a whole. Being this so, the problem must be coped having an integrative and interdisciplinary approach. Group integrative psychotherapy provides an important option, when the challenge involves change and improvements in quality of life. The Intyegrative Supraparadigm, with its biological, congntive, affectivel, unconsciouss, emvironmental and systemic paradigms; and having the SELF system as the core integrating point, provides the suport for diagnosis and treatment, for the individuals and the group. This review shows a main superiority of the integrative modality over the GES modality; GES modality is widely applied in Chile, but is plenty of reductionism and "paternalism". The 360° view the Supraparadigm provides, the ethiological influences, the mobilizing concepts, and the different forces of change the integrative psychotherapy brings, involve a strong support to this modality of group therapy, which in turn make posible a better approach to this significant kind of social pathology.

Keywords: *Depression, Integrative Supraparadigmatic Approach, Integrative Psychotherapy, Group therapy, Chilean Health Ministry.*

Resumen

La depresión influye e inhabilita todas las áreas de vida del individuo, siendo considerada un grave y urgente problema de salud a nivel mundial y nacional, el cual debe ser enfrentado desde una mirada integrativa e interdisciplinaria. La Psicoterapia Integrativa grupal entrega importantes aportes para lograr mayores posibilidades de cambio y mejora en la calidad de vida. El Supraparadigma Integrativo, con sus paradigmas biológico, cognitivo, afectivo, inconsciente, ambiental-conductual y sistémico, integrados a través del sistema Self, aportará a la comprensión, diagnóstico y tratamiento, tanto individual como grupal; estableciéndose una ventaja comparativa respecto de la metodología utilizada por el GES en la actualidad en Chile, que tiende al reduccionismo y al "paternalismo". Es así como las influencias etiológicas, conceptos movilizadores y fuerzas de cambio, permitirá tener una panorámica en 360º de la dinámica psicológica del paciente con depresión y entregará los nortes orientadores para el trabajo psicoterapéutico grupal. La intervención multidisciplinaria, con una visión holística de la problemática, la terapia grupal integrativa vivencial y con sentido para el paciente, se transforman en elementos esenciales en la remisión de la psicopatología con mayor aumento en Chile.

Palabras Claves: *Depresión, Enfoque Integrativo Supraparadigmático (EIS), Psicoterapia Integrativa, Terapia grupal, Ministerio de Salud (MINSAL).*

² Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa
icpsi@icpsi.cl

Depresión contextualización de la problemática en Chile.

La depresión se proyecta como la segunda causa de enfermedad para el año 2020 según la O.M.S., después de las patologías cardiovasculares. Se sabe que compromete a un elevado porcentaje de la población adulta, con inicios cada vez más precoces y también que es ensombrece el pronóstico de distintas patologías somáticas y que su presencia disminuye las expectativas de vida de las personas que la sufren (Retamal, 2003).

La discapacidad que produce es mayor que la sufrida en enfermedades somáticas, como diabetes o hipertensión. Determina sobrecarga económica considerable en la atención de salud y tiene una alta presencia entre los pacientes que consultan en la atención primaria.

Según el Ministerio de Salud (2012), la depresión es el problema de salud mental que produce mayor discapacidad en mujeres chilenas, y ocupa el segundo lugar entre las primeras 15 causas de Años de Vida Saludables Perdidos por Discapacidad o Muerte Prematura /AVISA) en ellas. Destacan que los trastornos depresivos afectan a alrededor de un 7.5% de la población general, y casi un 30% de las personas consultantes del nivel primario de

atención. Es dos veces más frecuente entre las mujeres, y se presenta con mayor frecuencia en el grupo de edad entre 20 y 45 años. Esta enfermedad se asocia significativamente con un deterioro de la calidad de vida de las familias y problemas en la crianza de los niños. Según ésta entidad, las personas con depresión generan, en forma encubierta, consultas recurrentes (policonsultantes) en atención primaria, así como exámenes e interconsultas a otras especialidades, las que no logran ser resolutivas y en general, retrasan el tratamiento específico. Por lo que plantean, la necesidad de orientar acciones de salud a la detección precoz y tratamiento oportuno de esta psicopatología.

En cuanto a estudios de prevalencia en Chile, se inician a partir de 1950. Siendo los principales los de Horwitz, Moya y Marconi, todos sobre prevalencia comunitaria. Las nosologías utilizadas, así como los instrumentos usados para el diagnóstico, difieren notoriamente de los actuales, lo que no permite una comparación con los datos más recientes.

En los años 1990 en adelante se desarrolló el Programa Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, que llevó a cabo estudios epidemiológicos en cuatro provincias de Chile. Las ciudades de Santiago, Iquique,

Concepción y Cautín fueron las escogidas. En conjunto se recogió información sobre la prevalencia de vida durante seis meses para diversos trastornos mentales. Los rasgos de las prevalencias de vida encontradas variaron entre 12.4% y 20.6% para el conjunto de los trastornos afectivos. La depresión mayor osciló con prevalencias de 7.6% hasta 16.3%. Mientras la distimia se ubicó entre 5.9% y 8.8%. Entre el 4.5% y el 11.4% de la población había sufrido algún trastorno del ánimo en los seis meses previos al estudio. La depresión se presentó entre el 4.2 y el 8.1%; mientras la distimia tuvo cifras más homogéneas entre el 2% y el 3.6%. Otro importante estudio hecho en Santiago utilizando el CIS-R sobre una muestra de 3.870 habitantes entre 16 y 64 años, encontró cifras similares para la depresión mayor: 5.5%, según criterios CIE-10.

Se puede concluir que, en general las prevalencias para el total de los trastornos mentales se encuentran en el rango alto de las tasas detectadas en otros países utilizando una metodología similar de diagnóstico. A estas tasas contribuyen de manera importante los trastornos afectivos, especialmente los trastornos depresivos. En las cuatro ciudades mencionadas la depresión mayor fue el diagnóstico único más frecuente como prevalencia de vida y de

seis meses. La distimia mientras tanto se ubicó siempre en 2º a 4º lugar de esas mismas prevalencias (Retamal, 2003).

En Chile se encuentra publicado el Estudio de Enfermedad (Minsal. 2012), que revela que los cuadros depresivos ocupan el décimo lugar entre las principales causas de discapacidad en la población general medida a través de los AVISA. Los datos desagregados por sexo muestran que los trastornos depresivos ocupan el segundo lugar entre las mujeres. Este mismo indicador revela que los suicidios ocupan el undécimo lugar entre las causas de discapacidad en los varones. Considerando solamente los años de vida perdidos por discapacidad (AVPD), los trastornos depresivos ocupan el tercer lugar general y, el primer lugar entre las mujeres.

Los trastornos depresivos son un importante problema de salud pública en el mundo. A pesar de los progresos en el control de la mortalidad y morbilidad por diferentes enfermedades físicas, los trastornos mentales aumentan su frecuencia, siendo responsables de una parte importante del sufrimiento, discapacidad y deterioro de la calidad de vida de las personas. La mayoría de las personas que sufren depresión consultan en reiteradas ocasiones a médicos no especialistas, o en el nivel primario de

atención. Sin embargo, este tipo de trastornos no es reconocido fácilmente por el médico, y no siempre son tratados en la forma correcta. Cuando finalmente la persona logra llegar a un psicólogo las investigaciones muestran que los resultados obtenidos en los procesos terapéuticos son muy bajos, debido a los múltiples factores que inciden, entre ellos la tendencia a la reducción de la problemática psicopatológica que encierran estos cuadros, centrándose las intervenciones terapéuticas cognitivas conductuales y conductuales.

La depresión como trastorno afectivo. Su historia desde diversas perspectivas.

El término más antiguo referente al diagnóstico que hoy conocemos como depresión es el de *melancolía*, y la mayoría de los historiadores de la medicina hacen remontar la estirpe de ésta a la antigüedad clásica. Ya Hipócrates utilizó el término, dándole de partida un sentido etiopatogénico (acumulación de bilis negra) y conectándolo con “el oscurecimiento del espíritu”.

Quinientos años después Areteo de Capadocia, en la segunda centuria de la era cristiana, realiza la conexión entre manía y

melancolía, y describe dos formas clínicas de la enfermedad, la remitente y la crónica.

Berrios (1988) señala en su revisión histórica, que el significado del término melancolía era hasta comienzos del siglo XIX muy diferente al actual: aludía a un subtipo de manía y se usaba para denominar estados de inhibición conductual marcada, que podían incluir síntomas de depresión, agitación, o de tipo paranoide, demencial, o alucinatorio para todos los propósitos prácticos, melancólico era un sinónimo de loco.

La vuelta al siglo XVIII presenció un cambio desde las taxonomías tradicionales de tipo botánico -basadas en la teoría de Linneo- a otras de tipo médico, centradas en la etiología, o académico, basadas en clasificaciones que en el caso de la psiquiatría venían de la psicología filosófica. El antiguo concepto de melancolía basado en la doctrina hipocrática de los humores, fue cuestionado como poco científico, y se la intentó reemplazar por la clasificación académica, que plateaba que las principales funciones mentales entonces aceptadas, las intelectuales, las emocionales y las volitivas, podían enfermar independientemente. Así, de las enfermedades de las funciones intelectuales surgieron posteriormente la esquizofrenia y la paranoia, de las

emocionales la depresión y la manía, y de las volitivas, los desórdenes psicopáticos.

Esquirol intentó reemplazar el término melancolía por el de lipemania, centrando éste en los delirios tristes y las alteraciones del ánimo. Como muchas veces ocurre, este cambio sólo fue adoptado, y parcialmente, en Francia, y en el resto de Occidente se siguió hablando de melancolía.

El uso médico del término depresión es posterior, ya que sólo en 1856 Delasiauve la utiliza para la “baja del espíritu de algunas personas enfermas”.

Kraepelin, en 1921, amplía éste término para que corresponda a una categoría genérica, la de los “estados depresivos”, entre los cuales él incluía la melancolía simple, el estupor, la melancolía grave, la melancolía fantástica, y la melancolía delirante. Este cambio no fue adoptado por la psiquiatría británica, que siguió por un largo tiempo usando el término de cuadros melancólicos. Correspondió también a Kraepelin introducir en las clasificaciones el término endógeno, al proponer dividir las enfermedades mentales en endógenas y exógenas. La línea divisoria entre ambos no era, como frecuentemente se supone, entre desórdenes derivados del medio ambiente y del soma, sino de las demás causas y del “Anlage”, concepto

abstracto que incluía elementos tanto bio como psicogenéticos.

Durante el siglo XIX se produjo otra discusión importante relacionada con la clasificación de los cuadros psiquiátricos, que fue plantear la tesis de que existía una sola psicosis, la cuál podía tener múltiples presentaciones clínicas de acuerdo a factores idiosincráticos o patoplásticos de cada paciente. Fueron Falret y Baillarger en 1854, quienes al describir una “insanía circular”, plantearon la existencia de un cuadro independiente con alternancia de períodos de manía y depresión.

En la segunda mitad del siglo XIX esta nueva enfermedad fue ampliamente aceptada, describiéndose asimismo diferentes formas de la florida enfermedad, en las cuales existían diferentes patrones y combinaciones en cuanto a intensidad, duración y alternancia de sus tres estados básicos: la manía, la depresión y la lucidez. Se describió asimismo en 1888 la personalidad alternante, posteriormente llamada ciclotimia, como una forma atenuada de la enfermedad.

Correspondió a Kraepelin (1921), resumir la visión de su época al describir la psicosis maníaco depresiva de la siguiente manera: “La insanía maníaco-depresiva incluye por

una parte todo el dominio de las así llamadas insanas periódicas o circulares, y por otra las manías simples, la mayoría de los estados mórbidos melancólicos, y un número no despreciable de casos de amnesia”

El siglo XIX aportó conceptos centrales en nuestra visión actual de los cuadros del ánimo. Se trata de desórdenes primarios de los afectos, y no de las cogniciones; tienen una psicopatología estable; evolucionan en forma periódica; tienen una base genética, y tienden a aparecer en individuos que tienen una predisposición de personalidad reconocible. La visión etiopatogénica de dicha época fue que se trata de cuadros así denominados “endógenos”.

A principios del siglo XX surgió otro punto de vista en el diagnóstico y la clasificación de estos cuadros. Kraepelin había insistido en que la enfermedad maníaco-depresiva era generalmente independiente de fuerzas sociales y psicológicas, y centró su etiopatogenia en la endogeneidad.

Freud y el psicoanálisis tomaron el punto de vista opuesto. Planteando en su clásica obra *Duelo y melancolía*, publicada en 1917, sus ideas acerca de la génesis psicodinámica de las depresiones. Su hipótesis central fue que la depresión y el duelo compartían el ser respuestas a la pérdida del objeto amado, o

sea, a la carencia de algo altamente valorizado por la persona. El duelo como respuesta normal difería de la depresión como síntoma patológico en el hecho de que ésta última involucraba la expresión de intensos sentimientos ambivalentes o directamente hostiles hacia el objeto perdido. Al producirse la desaparición de éste, estos sentimientos negativos se dirigían hacia adentro, produciéndose así las vivencias de baja autoestima, de poco valor, y los intentos o conductas autodestructivos propios de este cuadro.

Lo anterior hizo que la gran controversia de ese siglo haya sido aquélla entre las depresiones endógenas y reactivas, controversia que se origina parcialmente en los diferentes puntos de vista acerca de la génesis de los fenómenos mentales. Parte de la dificultad de llegar a acuerdo se debe a que se tiene una fuente diferente de pacientes pues unos trabajaban con casos mentales hospitalizados (como era el caso de Kraepelin) y los otros lo hacen con pacientes privados ambulatorios (como era el caso de Freud).

Gran parte de la literatura que se ha escrito durante el siglo XX acerca de los desórdenes del ánimo han supuesto, tácitamente, que existen dos formas básicas de depresión: los términos “reactivo” y “neurótico” han sido

visto como sinónimos, así como lo han sido los vocablos “endógeno” y “psicótico”. Se ha supuesto asimismo que los del primer tipo son más suaves, que son una respuesta directa a sucesos precipitantes o el estrés psicosocial, y que su respuesta a las terapias somáticas es peor que a las psicológicas. La validez de esta dicotomía ha sido discutida por muchos autores.

Las dicotomías en el diagnóstico de la depresión se mantienen hasta la actualidad entre estas tenemos las llamadas por algunos primarias y por otros mayores, o entre las uni y bipolares. Aunque esta terminología sugiere que los pacientes bipolares son aquéllos que han presentado tanto manía como depresión, mientras que los unipolares son los que han tenido sólo uno de estos cuadros, el concepto de bipolar realmente indica que estos pacientes han presentado manía, independientemente de que hayan tenido o no depresiones. El concepto unipolar se refiere a quienes han tenido solamente depresiones. Los estudios epidemiológicos indican que la enfermedad bipolar comienza antes en la vida que la unipolar, tiene episodios más frecuentes y rápidos, y mayor agregación familiar que éstos últimos.

Según los *Criterios de Feighner* de la Escuela de Saint Louis han insistido en la importancia

de la distinción entre desorden afectivo primario y secundario. Aunque sus síntomas pueden ser similares, las dos condiciones difieren en sus implicancias pronósticas y terapéuticas. El desorden afectivo primario se produce en ausencia de otro cuadro psiquiátrico o médico, y consiste de episodios depresivos que se alternan con otros períodos de normalidad. En los desórdenes afectivos secundarios, en los cuales existe una enfermedad crónica preexistente, el paciente no se encuentra bien entre los episodios. Entre las causas frecuentes de depresiones secundarias se encuentran los desórdenes obsesivo-compulsivo, fóbico, el alcoholismo, la dependencia a drogas, y la personalidad antisocial. En el hecho, la gran mayoría de los cuadros psiquiátricos, incluyendo la esquizofrenia y los cuadros psicoorgánicos, pueden cursar como depresiones secundarias, de acuerdo a los ya prolongados seguimientos clínicos del grupo de la Universidad de Washington. Estos estudios han mostrado, por ejemplo, que el riesgo de suicidio es mucho mayor en los cuadros primarios que en los secundarios (con excepción de alcoholismo). Asimismo, las decisiones terapéuticas son frecuentemente tomadas de acuerdo a la distinción primario versus secundario, teniendo por supuesto las

últimas que tratarse de acuerdo a la enfermedad preexistente (Retamal, 2003).

Intervención actual de la depresión a nivel nacional.

En la actualidad el Ministerio de Salud de Chile, frente a las altas tasas existentes ha integrado dentro de las patologías AUGE la depresión. Dirigiendo la atención a personas mayores de 15 años. Entre los trastornos depresivos que cubre este beneficio estatal se encuentran trastorno depresivo bipolar con episodio depresivo, episodio depresivo, trastorno depresivo recurrente y distimia.

El diagnóstico es realizado por un médico general, según los *Criterios Diagnósticos del CIE-10* disponibles en la página web del MINSAL. Se complementa el diagnóstico con exámenes como hemograma, TSH y sedimento urinario, y se entrega farmacoterapia. Teniendo para ello destinadas 3 atenciones anuales en promedio por persona al año.

Los pacientes que han sido confirmados con depresión son derivados a un “tratamiento integral” que se basa en dos ejes principales: *Intervención psicosocial individual/grupal* y *farmacoterapia*. Éstas a su vez se dividen en cuatro tipos de intervenciones:

Consulta de Salud Mental. Tiene como objetivo realizar un seguimiento y refuerzo de adhesión al tratamiento luego de la derivación realizada por médico general, para esto realizan evaluación y diagnóstico psicosocial; evaluación de condiciones de vida en relación a sintomatología y cumplimiento de indicaciones; psicoeducación, apoyo emocional y entrenamiento en habilidades; refuerzo de indicadores y motivación para el tratamiento, todo realizado por psicólogo, matrona, enfermera o asistente social, teniendo cada paciente acceso a lo que llaman consulta de salud mental 3 atenciones anuales promedio por persona al año.

Intervención Psicosocial Grupal. Tiene como objetivos reforzar la adherencia al tratamiento e incentivar comportamientos de autoayuda. Para ello se realiza psicoeducación, apoyo emocional y entrenamiento en habilidades (resolución de problemas); entrenamiento de comportamientos de autoayuda; identificación de relaciones de apoyo en la familia y red social, y estimulación a la vinculación y participación. Realizado por psicólogo, asistente social, matrona, enfermera o monitor con grupos de 8 personas con una duración de dos horas

cada sesión, cuatro sesiones al año en promedio por paciente.

Psicoterapia Grupal. Los objetivos de la intervención modificar factores psicológicos, esto se realizará en sesiones de psicoterapia específica para depresión: cognitiva-conductual, interpersonal y de resolución de problemas o conflictos. Realizado por psicólogo clínico en grupos de seis personas con una duración de dos horas, doce veces al año en promedio por persona. Según estadísticas del MINSAL la psicoterapia grupal ha demostrado ser efectiva en el tratamiento de la depresión leve a moderada (se utiliza también en depresión severa y distimia). Los resultados a largo plazo muestran una respuesta similar al uso de antidepressivos.

Grupos de Autoayuda. Guiados por voluntarios sin entrenamiento han demostrado ser efectivos en aumentar la tasa de remisión de los síntomas depresivos. No se encontraron diferencias significativas con grupos guiados por profesionales (MINSAL, 2012), se realiza un vez al año promedio por paciente.

Luego de ésta panorámica, es posible apreciar el reduccionismo y la falta de consenso entorno a la depresión tanto en su definición, diagnóstico y tratamiento

psicológico, lo que dificulta el abordaje de la patología del siglo XX. Mientras intentamos llegar un consenso millones de personas en el mundo continúan sufriendo y padeciendo sin recibir una ayuda adecuada, debido a esto es que se hace urgente un acercamiento integrativo frente a ésta psicopatología. La psicoterapia grupal se destaca como una de las intervenciones con mejores resultados en Chile según el MINSAL, por lo que a continuación se indagará al respecto.

Psicoterapias grupales en depresión panorámica actual.

Los pacientes son vistos en su campo interpersonal donde ponen de manifiesto sus estilos relacionales y defensivos característicos, los que están a la vista para su observación directa. . Permiten la evocación de una serie de sentimientos y recuerdos que pueden ser usados en forma productiva. El formato grupal puede dar la oportunidad de vivir una experiencia que tiene un rango más amplio de opciones interpersonales y que es más fácil de generalizar a la vida cotidiana (Rutan y Stone, 1993; Urra, 2005).

Hay ocasiones en que se usa en forma concurrente terapia grupal y terapia individual, es importante que ninguna de

ellas sea vista como superior a la otra, sino como complementarias entre sí. Es esperable que haya momentos en donde el paciente otorgue mayor peso a una que a otra, aunque generalmente, en el transcurso de los acontecimientos, la terapia grupal vaya adquiriendo mayor énfasis (Rutan y Stone, 1993; Urra, 2005).

Las características del sistema de salud público y la extensión en el tiempo de los tratamientos individuales, son antecedentes para que cada vez más terapeutas se vean frente a la necesidad de optar por terapias más breves o de tiempo limitado, y no necesariamente resolver a nivel del carácter sino buscar una solución a nivel de síntomas (Sharfstein y Goldman, 1989; Rutan y Stone, 1993; en Urra, 2005). Por esta razón, las terapias individuales y grupales son cada vez más abiertas a la corta duración.

Los grupos con tiempo limitado tienen algunas ventajas específicas como lo es el estar reunidos por un diagnóstico o síntoma en particular, la demografía o las crisis, ya que logran cohesionarse con mayor rapidez que los grupos heterogéneos de largo plazo. Los miembros creen que los otros sujetos que pertenecen al grupo comprenderán la situación y esto facilita las discusiones en sesiones. Este acento en la universalidad fomenta este importante factor curativo en

los grupos a la vez que reduce la vergüenza (Rutan y Stone, 1993; Urra, 2005).

Los grupos con limitación temporal también presentan desventajas importantes. La más relevante tiene que ver con la limitación que implica circunscribirse en torno a un síntoma, ya que complica la posibilidad de verse más allá del mismo y comprometerse con conflictos y afectos más allá de ellos. Sin embargo, se piensa que si se elige trabajar con grupos de características homogéneas, los de tiempo limitado ofrecen mayor eficacia (Rutan y Stone, 1993; Urra 2005).

Se han identificado algunos factores curativos que operarían en la terapia grupal. Sullivan, (en Yalom 1985; en Rutan y Stone, 1993; en Urra, 2005) propone una lista de doce factores curativos que serían: 1) Esperanza, 2) Universalidad, 3) Entrega de información, 4) Altruismo, 5) Reconstrucción correctiva del grupo familiar primario, 6) Desarrollo de técnicas de socialización, 7) Conducta imitativa, 8) Aprendizaje interpersonal (recepción de información), 9) Aprendizaje interpersonal (entrega de información), 10) Cohesión grupal, 11) Catarsis, 12) Factores existenciales.

Mac Mackenzie (1987) (en Rutan y Stone, 1993; en Urra, 2005) revisó algunos estudios donde se investigaron estos factores. Resultó

que los de mayor importancia eran: la catarsis, la retroalimentación interpersonal, el darse cuenta y la cohesión grupal. A su vez, los de menor importancia fueron la identificación, las reconstrucciones familiares y la guía. Cabe destacar que en los estudios de sujetos más dañados, los factores de mayor relevancia fueron la universalidad y el sentimiento de esperanza.

Rutan y Stone (1993) proponen que la terapia grupal debe considerarse un ambiente básicamente apoyador, sin importar la orientación teórica que se está usando. Inicialmente el terapeuta tiene la función de apoyo, lo que se transforma luego en cohesión. Los acuerdos del grupo permiten establecer un límite entre la sala de tratamiento y el mundo externo. Una atención respetuosa de las infracciones a estos límites como son los atrasos o las inasistencias, se experimenta como apoyador. Cuando se ignoran estas violaciones, los miembros del grupo pueden creer que ni el terapeuta ni el grupo son realmente serios. Muchas intervenciones terapéuticas son apoyadoras, tal como la asociación de los sentimientos o ideas de los participantes, el relacionar los sentimientos presentes con la historia personal o preguntar a los demás qué sienten ellos, pues implica que el terapeuta es capaz de

escuchar y preocuparse de tales temas. Las conductas del clínico como el contacto ocular, la postura, y los gestos transmiten mensajes que pueden ser interpretados por los pacientes como apoyadores. Así infinidad de señales de este tipo pueden otorgar un ambiente seguro procurando que el ambiente grupal no sea conducente a una postura terapéutica fría. Respecto a lo último, en el estudio de Mackenzie (1987) (en Rutan y Stone, 1993; en Urra, 2005), todos los análisis suponían a un terapeuta cálido pero neutro y básicamente no obstaculizador que fomente la creación de una relación terapéutica segura y apoyadora.

Según Kelman, 1963 (Rutan y Stone, 1993; en Urra, 2005) las personas crecen y cambian en grupos a través de tres mecanismos psicológicos importantes como la imitación, identificación e internalización. En la terapia grupal los individuos tienen la oportunidad de ver diferentes tipos de interacciones, estilos de relación, y técnicas de solución de problemas. La imitación es una de las formas en que los integrantes obtienen nuevas opciones conductuales a lo largo del tratamiento. La experiencia de los pacientes en conductas imitativas exitosas hace que el grupo sea más atractivo para ellos, aumenta el deseo de pertenencia y la cohesión grupal.

La identificación, entendida como un proceso inconsciente en donde el sujeto toma como propias partes o aspectos del objeto (Leowald, 1973 en Rutan y Stone, 1993; en Urra, 2005), logra que el individuo modifique su percepción o sus afectos, por lo tanto, cambie. Son de particular importancia las identificaciones esperadas con el terapeuta y las actitudes de tolerancia de sentimientos, introspección y deseos de comprender al igual que de reaccionar por parte de éste. La identificación y la imitación pueden explicar los cambios que ocurren en pacientes que crecen y cambian a pesar de que se mantienen relativamente silenciosos en sus grupos.

La internalización es el mecanismo más avanzado y durable del cambio, ya que éste es debido a un cambio en la estructura psíquica del individuo de manera que sus experiencias, tanto conscientes como inconscientes, se modifican a un nivel de funcionamiento más maduro.

Greenson 1967 (en Rutan y Stone, 1993; en Urra, 2005), propone que los procesos que facilitan la imitación, identificación e internalización son la confrontación, la clarificación, la interpretación y la elaboración. A través de estos mecanismos la persona logra comprensión de sí misma permitiendo cambios en la estructura

intrapsíquica y otorgan habilidades para manejar el estrés y la ansiedad. El grupo otorga oportunidades únicas y poderosas para que cada uno de estos mecanismos actúe adecuadamente.

Como se observa existen múltiples factores que permiten hipotetizar en los buenos resultados que se pueden obtener a través de la psicoterapia grupal en el tratamiento e intervención de la depresión. El problema surge al analizar los dos manuales más utilizados en Chile, a saber:

Manual de Terapia de Grupo para el Tratamiento Cognitivo-Conductual de Depresión (Muñoz, Aguilar-Gaxiola y Guzmán, 2000). Netamente cognitivo-conductual ignorando aspectos emocionales, biológicos, inconcientes y sistémicos del individuo, consta de doce sesiones se basa en tratamiento de depresión de Beck. Sus módulos centrales son como el contacto con la gente, los pensamientos y las actividades afectan en nuestro estado de ánimo, sus tareas son básicamente conductuales sin considerar el estado total del paciente ni sus necesidades, con una postura paternalista y reduccionista de tratamiento.

Manual de Atención Primaria Intervención Grupal para el Tratamiento de la Depresión (MINSAL, 2010). En general es una

adaptación del manual antes descrito, se realiza en lo real en 6 sesiones una vez por semana, donde los objetivos son entregar información acerca de la sintomatología depresiva; identificación de pensamientos positivos/negativos; entrenamiento en resolución de conflictos y prevención de recaídas, todo desde lo cognitivo-conductual. Planteado como una relatoría y no como una psicoterapia grupal real, no se profundiza en ninguna otra área del paciente, repitiéndose una postura paternalista y reduccionista de la problemática.

En ambos casos el acercamiento es extremadamente simplista; centrado en aspectos teóricos y psicoeducativos de la psicopatología; no se consideran aspectos tan básicos de la sintomatología depresiva que interfieren en esta forma de intervención como son la falta de concentración y atención, falta de motivación, anhedonia, tendencia al aislamiento, etc. Lo anterior explica, los altos índices de deserción que se presentan en estos grupos, debido a que existen múltiples factores que no se consideran y que son esenciales para obtener buenos resultados. Es una herramienta que está a disposición de los pacientes con depresión en Chile a través del sistema AUGÉ, por ello se hace prioritario mejorar la calidad, integración y desarrollo

de ésta herramienta psicoterapéutica. Si bien la propuesta tiene aspectos positivos minimiza en exceso la psicopatología; no ve al paciente e intenta adaptar a las personas a un enfoque psicológico que no considera variables fundamentales intervinientes en la depresión.

La depresión desde una mirada integrativa.

El Enfoque Integrativo Supraparadigmático (EIS) ha sido desarrollado por Roberto Opazo, en una constante búsqueda de un enfoque amplio, coherente y flexible, que permita lograr una adecuada comprensión de los fenómenos psicológicos favoreciendo la práctica clínica. En este sentido, el Modelo aporta una perspectiva de comprensión general que integra los desarrollos conceptuales de diversos paradigmas, permitiendo una panorámica integral de los fenómenos.

Desde el Modelo la integración es ecléctica en tanto involucra flexibilidad y apertura, pero al mismo tiempo propone la construcción de una totalidad sobre la base de partes diferentes.

El EIS, establece ciertas orientaciones en lo que se refiere a los niveles epistemológicos, metodológicos y paradigmáticos. Con

respecto al nivel epistemológico propone un constructivismo moderado; en el campo metodológico enfatiza el rol del acceso a la predicción y el cambio, y por último, en el terreno de la causalidad sugiere una integración paradigmática en torno al sistema SEFL de la persona (Bagladi, 2003).

La psicoterapia integrativa busca profundizar la comprensión y potenciar el cambio. El supraparadigma integrativo, facilita un proceso interaccional entre principios de influencia, conceptos movilizadores, técnicas validadas y fuerzas de cambio provenientes de los seis paradigmas y de las seis funciones del *self*. Estos seis paradigmas son: paradigma biológico, paradigma cognitivo, paradigma afectivo, paradigma ambiental conductual, paradigma inconsciente y paradigma sistémico. Las seis funciones del *self* son: función de toma de consciencia, función de identidad, función de significación, función de autoorganización, función de búsqueda de sentido y función de conducción de vida (Opazo, 2011). Este modelo permite abarcar la totalidad de la dinámica psicológica que se presenta en la depresión tanto a nivel de psicoterapia individual como grupal.

El EIS realiza un *psicodiagnóstico integral* que consta de la aplicación de la ficha de evaluación clínica integral de adultos (FECL);

entrevista psicodiagnóstica integral; escala de evaluación de predisposición al suicidio; aplicación de tests proyectivos y psicométricos; y DSM-IV-TR, que entrega una mirada descriptiva a la sintomatología del paciente con depresión.

Los *Criterios del DSM-IV-TR* (American Psychiatric Association) clasificación actual de la APA, ordena los trastornos del ánimo en tres grandes grupos: los trastornos depresivos (o depresiones unipolares), los trastornos bipolares y dos trastornos etiológicamente basados: el trastorno afectivo debido a condiciones médicas generales y el inducido por uso de sustancias psicoactivas. En éste caso nos centraremos sólo en los trastornos depresivos unipolares (Episodio depresivo mayor único; episodio depresivo mayor recurrente; trastorno distímico y trastorno depresivo mayor). A continuación se detallan los criterios diagnósticos de un Episodio Depresivo mayor según DSM-IV-TR (para los restantes trastornos unipolares se sugiere consultar el texto antes descrito)

.A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes durante el mismo período de 2 semanas y representan un cambio

respecto del desempeño previo; por lo menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo depresivo o (2)

pérdida de interés o placer.

(1) Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi todos los días, indicado por el relato subjetivo o por observación de otros.

(2) Marcada disminución del interés o del placer en todas, o casi todas, las actividades durante la mayor parte del día, casi todos los días.

(3) Pérdida significativa de peso sin estar a dieta o aumento significativo, o disminución o aumento del apetito casi todos los días.

(4) Insomnio o hipersomnia casi todos los días.

(5) Agitación o retraso psicomotores casi todos los días.

(6) Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.

(7) Sentimientos de desvalorización o de culpa excesiva o inapropiada (que pueden ser delirantes) casi todos los días (no simplemente autorreproches o culpa por estar enfermo).

(8) Menor capacidad de pensar o concentrarse, o indecisión casi todos los días (indicada por el relato subjetivo o por observación de otros).

(9) Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor de morir), ideación suicida recurrente sin plan específico o un intento de suicidio o un plan de suicidio específico.

B. Los síntomas no cumplen los criterios de un episodio mixto.

C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro del funcionamiento social, laboral o en otras esferas importantes.

D. Los síntomas no obedecen a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo, una droga de abuso, una medicación), ni a una enfermedad médica general (por ejemplo hipotiroidismo).

E. Los síntomas no son mejor explicados por duelo, es decir que tras la pérdida de un ser querido, los síntomas persisten por más de 2 meses o se caracterizan por visible deterioro funcional, preocupación mórbida con desvalorización, ideación suicida, síntomas psicóticos o retraso psicomotor.

Influencias etiológicas en la depresión desde el EIS.

El EIS ha realizado múltiples investigaciones en el Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa (ICPSI) y Centro de Atención de Pacientes de Escasos Recursos (CONPER) que permiten entregar factores etiológicos asociados a cada paradigma en relación a la depresión. Y que nos permiten obtener una mirada en 360º de la depresión tanto en su etología como en su tratamiento inexistente como vimos en las intervenciones actuales.

Paradigma Biológico. Alteraciones endocrinas y neuroquímicas; factores hereditarios y genéticos; enfermedades físicas, neuroticismo alto (depresivismo alto); alexitimia primaria alta; rasgos de personalidad del “typus melancholicus”; alteraciones en ciclo sueño-vigilia; presencia de un familiar con depresión y/o alcoholismo.

Paradigma Cognitivo. Procesamiento distorsionado y negativo; errores cognitivos; magnificación de lo negativo y minimización de lo positivo; errores sistemáticos en el procesamiento de la información; triada cognitiva; esquemas y autoesquemas cognitivos disfuncionales; estilo atribucional depresógeno; autoinstrucciones autoderrotantes; exigencias y autoexigencias

altas; bajas expectativas de autoeficacia; atención selectiva a lo negativo; bajas expectativas de controlabilidad; y mal uso de espacios de significación cognitiva.

Paradigma Afectivo. Alto umbral hedónico; baja satisfacción de necesidades; poca capacidad para disfrutar; poca tolerancia a la frustración; labilidad emocional; alta alexitimia; baja autoestima; sensación de incapacidad; alta dependencia; selectividad emocional; negación de sentimientos de ira y hostilidad; altos niveles de ansiedad; cogniciones afectivo dependientes; fallas en la regulación afectiva, Y falta de motivación a cambiar y a recibir ayuda.

Paradigma Ambiental Conductual. Attachment inseguro; vínculos tempranos deficitarios; predominio de castigos; abuso en la infancia; pérdida de padre o madre en la infancia; separación de los padres; pérdida de la pareja; pérdida de relaciones sociales; ambiente pato/sintónico; falta de reforzamiento ambiental; ambiente poco contingente; frustraciones maritales, laborales, sociales; disfunción familiar; estrés psicosocial y ambiental; pobre conducta pulsante; pobre repertorio conductual; aislamiento social; problemas de asertividad; falta de habilidades sociales; dificultad en relaciones interpersonales, laborales y afectivas; mal manejo de la

agresividad; pérdida de reforzadores ambientales; baja capacidad de autoreforzamiento; y autocastigo alto.

Paradigma Inconsciente. Baja percepción de relación conducta-consecuencia; falta de consciencia de la relación entre pérdidas actuales y pérdidas en la infancia; conflictos reprimidos; 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; mecanismos de defensa primitivos como negación y defensa perceptual.

La depresión y las funciones del Self.

Desde la psicoterapia integrativa se explicará el sistema *self* como una estructura interna integrada, dinámica y organizada, que posee coherencia experiencial, simbolización y reglas de configuración (Valverde y Stoulman, 1997 en Bagladi, 2010). Una persona con depresión presenta las seis funciones del self alteradas, es decir, pobre función de conducción existencial; alteraciones en la función de autoorganización, significación y búsqueda de sentido; falta de sentido de vida e

identidad inestable. Además de presentar baja autoimagen, baja autoeficacia, baja autoestima, falta de trasfondo eficaz y dificultad para tomar decisiones. Lo que explicaría el grave desajuste psicológico que padecen las personas con depresión, sumado a que cada uno de los paradigmas se encuentra afectado.

La *función de toma de consciencia* tiene relación con los focos del darse cuenta: ¿Cómo funciono? ¿Quién soy? ¿Qué me pasa? ¿Qué pienso? ¿Qué deseo? ¿Cuál es mi historia? Asimismo, tiene relación con la capacidad de libertad de concienciar: ¿Cuál es mi capacidad de observación? ¿Cuál es mi capacidad de introspección? (Opazo, 2001). En los pacientes con depresión presentan poca capacidad de autoobservación realista por lo cual es frecuente encontrar una gran confusión en esta función del self.

La *función de identidad* tiene relación con las preguntas: ¿Quién soy? ¿Cómo soy? ¿Creo en mí? ¿Cuánto me conozco? ¿Cómo me ven? ¿Cómo quiero que me vean? ¿Me acepto como soy? ¿Cómo quiero llegar a ser? (ideal del self). Hace posible tener un sentido de continuidad del sí mismo, a pesar de los cambios ambientales y del crecimiento individual. Está íntimamente relacionada con la autoimagen, autoestima y autoeficacia del

paciente, aspectos que se encuentran muy afectados.

La *función de significación* se relaciona con la traducción de la experiencia, participan: los estímulos externos que aportan la materia prima que será psicofacturada y la influencia ejercida por los distintos paradigmas sobre el sistema self, para significar en una determinada dirección. Responde a interrogantes del tipo: ¿Cuán bien traduzco mis experiencias? ¿A qué le presto atención preferente? ¿Qué me importa más? ¿Soy capaz de observar desde distintos ángulos? ¿Evito mirar en algunas direcciones?. Quienes tienen depresión presentan una atención selectiva a lo negativo presentando altos niveles de pesimismo, lo que sumado a sus profecías autocumplidas perpetúan esta forma de significación.

La *función de autoorganización* se relaciona con: mecanismo de recuperación del equilibrio homeostático perdido; lo que favorece un balance morfogénesis/morfostasia, es decir, una apertura al cambio sin perder la identidad; facilita el desarrollo de la resiliencia, siendo la capacidad para no desorganizarse ante situaciones difíciles, logrando crecer y fortalecerse. Responde a las preguntas de ¿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?. En el caso de la depresión hay falta de consciencia de lo que ocurre en su mundo interno, las personas tienden a desorganizarse frente a las dificultades siendo para ellos muy difícil alcanzar la estabilidad afectiva luego de un conflicto, lo que debilita su capacidad de resiliencia esencial para la superación del estado y crecimiento personal.

La *función de búsqueda de sentido* permite dar sentido y propósito a la propia existencia y se relaciona con: el proceso de construcción de escala personal de valores; decisiones y conductas perfilan una trayectoria existencial armónica y consistente; y sabiduría personal. Tiene unión con las preguntas: ¿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? ¿Soy una persona trascendente?. Es ampliamente sabido que los pacientes depresivos tienen fuertes síntomas de desesperanza, pierden el sentido de sus vidas y es una de las razones que inciden en el alto riesgo suicida que presentan.

A través de la *función de conducción de vida* el sistema self actúa como agente activo que controla, regula y guía la conducta, las emociones, pensamientos y metas, favoreciendo la adaptación y desarrollo de la persona; por lo que implica: capacidad de perseverar, tolerar la frustración, postergación de impulsos, capacidad para demorar la gratificación, desplegar conductas asertivas, abrir espacios para la satisfacción de las propias necesidades y respetar los derechos de los demás. Se relaciona con ¿Soy capaz de activarme? ¿De perseverar? ¿Soy capaz de satisfacer mis necesidades? ¿Logro postergar mis impulsos? ¿Soy consistente con mis nortes? ¿En qué medida? ¿Me comprometo en mi desarrollo personal?. En general los pacientes depresivos no tienen metas de vida claras, tienden a abandonar ante las dificultades lo que les genera una sensación de baja autoeficacia y fracaso, buscan resultados inmediatos y presentan una baja tolerancia a la frustración.

Aportes Terapéuticos desde el Enfoque Integrativo Supraparadigmático.

A continuación se expondrán los aportes al tratamiento de la depresión que surgen del Modelo Integrativo, por paradigma afectado

lo que permite desarrollar un trabajo clínico claro y certero, según lo que cada paciente como ser individual requiere. Debido a que al realizar un diagnóstico integral se logra claridad, acerca de las fortalezas y debilidades que presenta el paciente por paradigma.

Paradigma Biológico. Farmacoterapia; manejo de fármacos y/o drogas; reguladores endocrinos; terapia electroconvulsiva; narcosis modificada; entrenamiento en relajación; realizar actividad física; regular la alimentación; regulación ciclo sueño-vigilia; técnica de higiene del sueño.

Paradigma Cognitivo. Entrenamiento en estilo atribucional flexible y positivo; entrenamiento en establecimiento de expectativas realista y con ello favorecer expectativas de autoeficacia; entrenamiento en resolución de problemas; reestructuración cognitiva; reentrenamiento atribucional; reentrenamiento atencional; cambio en autoinstrucciones; desarrollo de exigencias y autoexigencias realistas; desarrollo de expectativas de cambio realistas; desarrollo de confianza en la terapia y el terapeuta; motivación cognitiva; paladar cognitivo; modeling de procesamiento; autoregistros; fases

didácticas; mejorar el uso de espacios de significación cognitiva.

Paradigma Afectivo. Fortalecimiento de la alianza terapéutica; enriquecer la capacidad para disfrutar; mejorar la satisfacción de necesidades; afecto contra afecto; inercia afectiva; procesamiento emocional; reconocimiento y expresión de emociones; aumentar la tolerancia a la frustración; aumentar la participación en actividades placenteras; reducción de la ansiedad; mejorar autoestima.

Paradigma Ambiental-Conductual. Relación terapéutica anti-attachment negativo; reestructuración ambiental; ambiente pato/distónico a la depresión; ambientes pato/sintónicos al cambio; reforzamiento por parte del terapeuta y de otros significativos; entrenamiento en asertividad; entrenamiento en resolución de problemas; desarrollo de habilidades sociales; desarrollo de conducta pulsante; ensayo conductual; asignación graduada de tareas; ampliar las redes sociales y de apoyo; aprender a manejar eventos aversivos; desarrollar el autoreforzamiento.

Paradigma Inconsciente. Ensanchamiento del awareness de las propias cualidades, de la relación conducta/consecuencia, de los conflictos inconscientes, de los mecanismos

de defensa, de los esquemas depresógenos y de contenido y procesos afectivos; trabajo de sueños; técnicas de imaginación; técnica de registros; genograma; uso de diario de vida.

Sistema Self. Desarrollo y/o enriquecimiento de la función de búsqueda de sentido; desarrollo de un trasfondo eficaz; desarrollo de una identidad estable; potenciamiento de la función de conducción de vida; fortalecimiento de la función de autoorganización; mejoramiento de la función de significación; egograma; gustograma. (Bagladi, 2004)

Aportes del enfoque integrativo supraparadigmático a la psicoterapia grupal.

Con el objeto de fundamentar la utilidad del enfoque en la psicoterapia grupal, Urra realiza una tesis donde se planteó una forma de terapia grupal para pacientes con trastornos de personalidad, se procederá a describir aspectos que se considera podrían ser aportativos en intervenciones grupales contra la depresión desde el enfoque integrativo.

Respecto a los tratamientos grupales (Fernández- Álvarez, 2004; en Urra, 2005), se plantea que los grupos terapéuticos son dispositivos basados en la expectativa de que la interacción brinda beneficios recíprocos a todos los participantes y comparten los

principios generales de la psicoterapia como la colaboración entre terapeuta y paciente están destinados a promover el cambio y emplean métodos psicológicos. El valor agregado es que promueven la formación de redes, facilitan la diversificación de la experiencia, resaltan el papel de la interacción, crean espacios para ensayar cambios, atenúan el peso del terapeuta (o equipo).

Dimensiones Constitutivas de un grupo terapéutico que serían:

Extensión: número de participantes (volumen de interacciones). Depende de la consigna que se da a la participación de cada miembro, lo que regula la complejidad derivada del número de interacciones. Es importante regularlo para que los acontecimientos no se vayan de las manos de los tratantes. Cuando hay un número elevado de pacientes se deben involucrar tratantes que las registren.

Composición: tipo de grupo-criterios. Hay grupos naturales (como la familia) y artificiales (creados por sexo, edad, educación, creatividad, educación, personalidad, tipo de patología, etc.). Además hay grupos homogéneos (con miembros parecidos) y heterogéneos (con

miembros diferentes). Estas dos categorías se pueden cruzar.

Duración: frecuencia y tiempo de las sesiones-tiempo total estimado. En esta dimensión se encuentra a los grupos de pacientes con internación parcial y/o total donde las sesiones son varios días a la semana y de duración de 1 a 2 hrs. También hay grupos de duración breve (de emergencia) o intermedia (de recuperación). Los grupos con pacientes ambulatorios pueden ser breves o de tiempo limitado (que tienen una duración de 6 meses y un programa pautado), intermedio (que duran unos 18 meses y programas mixtos) y los prolongados (que no tienen límite de tiempo y tienen un programa flexible) (Fernández – Álvarez, 2003; en Urra, 2005).

Las *Dimensiones Dinámicas* de los grupos de terapia son:

Clima Grupal. Expresa el nivel de satisfacción.

Cohesión Grupal. Implica el reconocimiento recíproco de los miembros y del grupo como totalidad organizada. Colabora positivamente en el desarrollo de confianza, la generación de autoestima y facilita la comunicación.

Movilidad Grupal. Potencia las interacciones y propicia la producción de cambios.

Por otra parte, es relevante tener en cuenta la organización del *espacio terapéutico*. Aquí se debe considerar la conformación del grupo y la selección de pacientes. Para incluir a los pacientes en un grupo hay criterios como: variables básicas, núcleo del malestar (tipo de tratamiento), grado de urgencia, disposición para aceptar normas, bando cultural, apertura de observación, nivel de resistencia. Para seleccionar al paciente se piensa en aquellos que presentan demandas centradas en problemas vitales conectados a síntomas depresivos.

Fernández-Álvarez (en Urra, 2005) presenta un *formato tipo* de grupo que puede aplicarse a una generalidad de tratamientos:

Número promedio de pacientes: 7, variando entre 4 y 10. Si hay más en el grupo puede dividirse en dos.

Tiempo de las sesiones: entre 120 y 100 minutos. Entre una a dos veces a la semana. Sesiones especiales excepcionales.

Los *recursos terapéuticos* que menciona son: Creación de una red de sostén emocional, transformaciones interactivas y sistemáticas con predominio de aprendizaje por

observación, o bien, por ampliación del campo de experiencia.

Además, señala que hay algunas *premisas de la intervención* del terapeuta que apuntan a: favorecer la actualización del padecimiento que origina la demanda de atención; examinar las representaciones (acceso a los significados personales); promover cambios de perspectiva; realizar alguna reconstrucción histórica (reelaboración del guión personal).

También señala *actitudes relativas al rol* como: ejercer un grado mínimo necesario de directividad; regular el nivel de exposición. Otro aspecto relevante es considerar las *operaciones relativas a las dimensiones dinámicas del grupo* como: favorecer la cohesión óptima y la movilidad adecuada, evaluando el clima grupal y operando para optimizarlo a través de atender la tendencia a la rigidización de los roles, observar puntos críticos de la interacción, movilizar cambios en la composición de miembros (en Fernández-Álvarez, 2003; en Urra, 2005).

Investigaciones realizadas en el EIS en depresión individual y terapia integrativa grupal.

En investigación realizada por Urra (2005), plantea el objetivo general de una terapia grupal debe ser el describir los elementos para la elaboración de un modelo general de psicoterapia integrativa grupal para el tratamiento de los trastornos de personalidad límite. Los objetivos específicos están centrados en definir las intervenciones de terapia grupal desde los paradigmas biológico, cognitivo, afectivo, ambiental-conductual, inconsciente y Sistema self. Definió claves de terapia grupal específicas para las variables de: la relación, del paciente y del terapeuta. Entre las conclusiones que desprenden de la investigación se destacan: 1) No existe una sola forma de tratar a los pacientes TPL. Hay más bien un continuum de tratamiento en el cual se pueden incluir diferentes aproximaciones dependiendo de los requerimientos del paciente; 2) La flexibilidad y variedad en el tratamiento es fundamental; 3) Las dificultades a las que se enfrentan los terapeutas hacen necesario el trabajo en equipo y la supervisión constante, así como la experticia y compromiso legítimo con los pacientes; 4) La psicoterapia integrativa en Chile cuenta con conceptos movilizadores que son aportativos en el tratamiento que contribuyen a la creación de una adecuada aproximación a los TPL; 5) Las variables inespecíficas cobran relevancia en el tratamiento, por lo que el terapeuta debe

conocerlas y administrarlas de manera específica; 6) La terapia grupal es una alternativa de tratamiento que tiene la ventaja de flexibilidad y costo que no presenta la terapia individual. No alcanza la profundidad que ésta última tiene, pero a cambio otorga la posibilidad de intervenir en distintos paradigmas en forma sistemática y práctica en el corto plazo, pensando en un cambio de mayor alcance en el largo plazo.

Yarmuch, A. (2000) destaca que el modelo integrativo aporta un enfoque que facilita la comprensión, el diagnóstico y el abordaje de diversas problemáticas presentes en el quehacer clínico, específicamente en la depresión tema que investiga. Como la orientación integrativa guía hacia el cambio, potencia en gran medida la efectividad de la psicoterapia. Además funciona como ordenador de la información mediante el empleo de los diversos paradigmas y principios de influencia, lo cual facilita el determinar qué área del sujeto es más susceptible para comenzar y que es lo que podemos y queremos lograr. Destaca la utilidad del FECl, debido a que entrega gran cantidad de información que sirve tanto para realizar un diagnóstico, como para intervenir y para constatar resultados, lo cual ayuda al modelo a mantenerse vigente debido a que facilita las investigaciones mediante el

análisis de este instrumento. Se trata de un modelo realista que busca lograr lo que realmente está en sus manos y no prometer más de lo que se puede lograr.

Droguett (2004), en investigación realizada en relación al tratamiento de la depresión plantea en sus conclusiones que: 1) la perspectiva del Modelo Integrativo es aportativa en el análisis de los casos, en tanto otorga las directrices necesarias para realizar una evaluación completa y acuciosa de los distintos aspectos; 2) Hace posible describir las múltiples aristas que poseen los trastornos depresivos, tanto en lo que se refiere a los factores etiológicos como a su desarrollo y tratamiento. Es así como el Modelo Integrativo se traduce en términos de considerar y trabajar con dichas aristas de manera integral, lo cual facilita un abordaje terapéutico, tanto en la globalidad como en la especificidad 3) el Modelo permite una adaptación flexible y dinámica a las características específicas del paciente, enfatizando aquéllos aspectos de mayor relevancia de acuerdo al caso. El diagnóstico integral, por su parte, otorga una evaluación dinámica del paciente sin “encasillarlo” necesariamente en una etiqueta diagnóstica rígida e inmodificable, constituyendo así una evaluación para el cambio.

Discusión: Terapia grupal integrativa en depresión.

La depresión ha representado a lo largo de la historia de la humanidad un difícil y gran desafío, hoy frente a las altas tasas existentes en Chile que van en aumento, la cobertura Auge y Ges, y el mayor acceso de los pacientes a atención psicológica es que se hace fundamental enfrentar esta problemática con una visión integrativa que oriente el accionar profesional, mejore los resultados obtenidos en las terapias grupales que propicien el cambio y mejoren la calidad de vida de los pacientes.

La alternativa de una terapia grupal integrativa permite dar una mirada completa del paciente con depresión permitiendo conocer el diagnóstico, etiología y técnicas terapéuticas desde los paradigmas biológico, cognitivo, afectivo, ambiental conductual, sistémico e inconsciente que sirven de nortes orientadores del tratamiento psicológico. La gravedad del cuadro que cada paciente en particular presenta, permitiendo asimismo adaptar a cada grupo en particular el trabajo terapéutico, logrando de ese modo mayor grado de motivación de los pacientes con su consecuente continuidad en el proceso.

Se deben generar investigaciones que aporten desde visiones de procesos

multicausales e interactivos, dejando atrás las aproximaciones monocausales

La experiencia muestra que el exceso de reduccionismo de las terapias grupales que actualmente se utilizan no dan importancia a paradigmas esenciales que influyen fuertemente en la depresión, centrándose sólo en lo cognitivo-conductual sin dar mayor importancia a la motivación que el paciente debe presentar, lo que explica la alta deserción existente que impiden que los pacientes logren avances al finalizar los procesos.

Es en este tema donde el Supraparadigma Integrativo ayuda a una mejor comprensión de la depresión, permite visualizar más variables de las ya conocidas. Debido a esto es que se hace necesario un cambio de paradigma en el trabajo grupal con pacientes depresivos, una mirada en 360º que permita acceder con mayor profundidad a la dinámica psicológica de los pacientes y, así logra que cobre para ellos también mayor sentido desde su propio mundo de significados, logrando una movilización interna que permita lograr el cambio buscado.

El paciente con depresión generalmente se siente incomprendido, una carga para su entorno, altamente desvalorizados,

desmotivados, por lo que el acercamiento integrativo con una metodología vivencial permite que se identifique, se movilice, se sienta importante y valorado desde su individualidad, ya no como un enfermo más que carece de voluntad y decisión al cambio. Siendo interesante aplicar aquí los conceptos movilizadores y los principios de influencia que motivarían aún más, y provocarían cambios más profundos y sostenido en el tiempo.

En base a la experiencia clínica directa en la realización de terapia grupal con pacientes con depresión Ges en centro de salud mental (Psicomédica), donde se utiliza el “Manual de Atención Primaria. Intervención Grupal para el Tratamiento de la Depresión” Minsal, y donde las principales dificultades eran la deserción, falta de motivación y de sentido, que los participantes encontraban al participar en éste tipo de intervenciones.

Por esto se comenzaron a considerar y utilizar aportes del enfoque integrativo supraparadigmático en relación a un acercamiento integrativo de la depresión. En cuanto al diagnóstico, etiología y estrategias de intervención, lo que ha permitido a los pacientes una comprensión de su dinámica psicológica; incluyendo un acercamiento a cada uno de los seis paradigmas, cómo influye el funcionamiento de su sistema self;

aplicación de principios de influencia y conceptos movilizadores a través de una metodología vivencial y lenguaje simple y claro.

Lo que se ha traducido según lo que el equipo de profesionales de Psicomédica han identificado en: una mayor adherencia a las terapias grupales; mayor motivación al cambio; aumento de habilidades sociales; sensación de empatía y pertenencia al grupo; disminución de sintomatología; aumento en la sensación de control, al conocer y comprender la enfermedad; mejor adherencia al tratamiento farmacológico y a controles psiquiátricos; compromiso con terapia individual; aumento de toma de consciencia, en cuanto a la necesidad de desarrollar una conducta activa en su tratamiento y recuperación; aumento en su sentido de vida; comprensión por parte de los pacientes en la necesidad de realizar procesos terapéuticos individuales que permitan profundizar según cada caso; disminución de recaídas; aumento de asertividad; aumento del autoconcepto; mayor grado de consciencia de la etiología de su psicopatología, y el porqué de la necesidad de realizar terapia psicológica individuales y la remisión de la depresión son variables en el tiempo.

Siendo hasta ahora esencial la sensación de comprensión de la depresión; la sensación de pertenencia, apoyo y contención del terapeuta y el grupo; el aprehender que existen diferentes técnicas concretas que para ellos tienen “sentido” pero que hay un trabajo esencial que dependerá de ellos, y que tiene directa relación con los cambios reales que se logren y mantengan a largo plazo.

Es fundamental que se realicen investigaciones donde se intervenga desde el enfoque integrativo supraparadigmático en terapias grupales de depresión, para poder confirmar o refutar bajo una estricta metodología, los aportes que el modelo integrativo entrega y los resultados objetivos que se logran.

Referencias

APA (2002): “DSM -IV- TR Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales”. Primera Edición. Masson. Barcelona. España.

Bagladi, V. (2003): “Variables Inespecíficas en Psicoterapia Y Psicoterapia Integrativa”. Tesis para optar al grado de Doctor en Psicología. Universidad Nacional de San Luis. Facultad de Ciencias Humanas. San Luis. Argentina.

Bagladi, V. (2004): Psicoterapia Integrativa en Depresión” Apuntes docentes. Postítulo Psicoterapia Integrativa UAI-ICPSI. Santiago. Chile.

Bagladi, V. (2008): “Psicoterapia Integrativa” Apuntes docentes. Postítulo Psicoterapia Integrativa UAI-ICPSI. Santiago. Chile.

Bagladi, V (2009): "Una aproximación clínica al bienestar humano". AcPI. Actualizaciones en Psicoterapia Integrativa. Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa, volumen Nº 1. Santiago. Chile. Obtenido el 11 Noviembre 2011 en <http://www.icpsi.cl/articulos/AcPIvolI/bienestarhumano.pdf>

Bagladi, V. (2010): "Supraparadigma Integrativo y Sistema Self" Apuntes docentes. Postítulo Psicoterapia Integrativa UAI-ICPSI. Santiago. Chile.

Bagladi, V. (2010): "Investigación en el Enfoque Integrativo Supraparadigmático". AcPI. Actualizaciones en Psicoterapia Integrativa. Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa, volumen Nº 2. Santiago. Chile. Obtenido el 5 Enero 2012 en http://www.icpsi.cl/articulos/AcPIvolII/rev_acpi_2010.pdf

Bagladi, V. (2011): "Psicoterapia Integrativa en Depresión" Apuntes docentes. Postítulo Psicoterapia Integrativa UAI-ICPSI. Santiago. Chile.

Berríos, GE (1988): "Melancholia and Depression Turing the 19th Century: A Conceptual History. Br J Psychiatry.

Calderón, G. (2006): "Depresión en el Adulto Mayor: una visión integrativa". Tesis Magíster UAI-ICPSI. Santiago. Chile.

Cobian, P. (1997): "Psicoterapia Integrativa en Pacientes Depresivos". Tesis Postítulo ICPSI. Santiago. Chile.

Correa, E. (2005): "Psicopatología de la Mujer". Mediterráneo. Santiago. Chile.

Droguett, A. (2000): "Aplicación del Modelo Integrativo Supraparadigmático a un Caso Clínico de Depresión". Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa. Postítulo en Psicoterapia Integrativa. Santiago. Chile.

Droguett, L. (2005): "El vínculo terapéutico en la activación del potencial de resiliencia. Una

mirada Integrativa". Tesis Magíster UAI-ICPSI. Santiago. Chile.

Fernández – Álvarez, H. (1992): "Fundamentos de un Modelo Integrativo en Psicoterapia". Cap. 1. Paidós. Buenos Aires. Argentina.

Fernández – Álvarez, H. (2003): Apuntes del Taller "Terapia de Grupo y Trastornos de Personalidad" en Jornadas Clínicas Internacionales: Psicoterapia Integrativa. ICPSI-Universidad Adolfo Ibáñez. Santiago. Chile.

Fernández – Álvarez, H y Opazo, R. (2004): "La Integración en Psicoterapia" Manual Práctico. Capítulos 6 y 10. Paidós. Barcelona. España.

Ministerio de Salud. (2006): Guía Clínica, "Tratamiento de Personas con Depresión" Serie Guías Clínicas Minsal NºXX, 1ª Edición. Santiago, Minsal. Obtenido el 27 Febrero 2012 en <http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/71e7a5ac9b19fedae04001011f010680.pdf>

Ministerio de Salud de Chile, DISAP, DIVAP (2010): "Manual de Atención Primaria. Intervención Grupal para el Tratamiento de la Depresión". Santiago. Chile. Obtenido el 20 septiembre 2010 en <http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/71e7a5ac9b1bfedae04001011f010680.pdf>

Ministerio de Salud de Chile, (2012): Prioridad Programática "Personas Afectadas por Depresión". Santiago. Chile. Obtenido el 10 Febrero 2012 en <http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/71e6341aec4aaae2e04001011f017bae.pdf>

Opazo, R. (1992): "Integración en Psicoterapia". Ediciones CECIDEP. Santiago, Chile.

Opazo, R. (En prensa): "Enfoque Integrativo Supraparadigmático (E.I.S): Manual de Psicoterapia Integrativa", Ediciones ICPSI. Santiago. Chile.

Opazo, R. (2001): "Psicoterapia Integrativa: Delimitación Clínica". Ediciones ICPSI. Santiago. Chile.

Retamal, P. (2003): “Depresión, Clínica y Terapéutica”. Mediterráneo. Santiago. Chile.

Ruthan, J. y Stone, W. (1993): “Psicodinamic Group Psychotherapy”. Second Edition. The Guilford Press. New York. E.E.U.U.

Urra, F. (2005): “Terapia Integrativa Grupal Para Pacientes Con Trastorno de Personalidad Límite”. Tesis para optar al grado de Magíster en Psicoterapia Integrativa ICPSI-U.A.I. Santiago. Chile.

Yarmuch, A. (2000): Seminario de Título “La Depresión bajo una Perspectiva Integrativa”. Centro Científico de Desarrollo Psicológico. CECIDEP. Postítulo en Psicoterapia Integrativa. Santiago, Chile.

Mindfulness y Psicoterapia Integrativa

Carolina Jaque Navarrete³

Abstract

The goal of this paper is assessing the utility of meditation – specifically mindfulness – as a contribution to the modality of psychotherapy integration proposed by Roberto Opazo. A contribution, in terms of how cognitive and affective paradigms work, and in terms of improving the awareness function of the SELF system. This, assuming that the integrative psychotherapist is open-minded toward diverse valid techniques.

Beyond that, some comments are made, involving the possible contributions of mindfulness within the framework of integrative psychotherapy.

Key words: *Integrative Psychotherapy - Biological Paradigm - Affective Paradigm - Cognitive Paradigm - Self system - Takes of conscience*

Resumen

El propósito del presente trabajo consiste en revisar la utilidad de la práctica de meditación, especialmente de tipo *mindfulness*, situándola en el contexto de la Psicoterapia Integrativa propuesta por Roberto Opazo. Se la considera como una técnica que pudiese aportar cambios significativos en los paradigmas biológico, afectivo, y cognitivo, al igual que dentro de la función toma de conciencia del Sistema Self. Tomando en consideración que dentro del accionar clínico, el terapeuta integrativo puede estar abierto a la utilización de diferentes técnicas.

Finalmente, se elabora una breve reflexión acerca de los aportes de la meditación “*mindfulness*” en el marco de la psicoterapia Integrativa. Y se delimitan los aspectos que todavía deben ser estudiados.

Palabras clave: *Psicoterapia Integrativa - Paradigma Biológico –Paradigma Afectivo- Paradigma Cognitivo- Sistema Self- Toma de Conciencia*

³ Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa
icpsi@icpsi.cl

INTRODUCCIÓN

Durante las últimas décadas se ha producido un creciente movimiento de integración de las ciencias de la salud y los enfoques del oriente, y un creciente interés en el uso potencial de las prácticas meditativas dentro del campo de la psicoterapia. El concepto de meditación ha entrado en la neurociencia, la psiquiatría y la psicología, no solo para designar una práctica religiosa de contemplación, sino para incluir el uso de ejercicios intencionales de atención para fines terapéuticos. Como técnica meditativa se destaca la denominada *mindfulness*, práctica de meditación descendiente de la tradición *vispassana* del Budismo, dirigida fundamentalmente a la observación de los propios procesos psíquicos. El término *Mindfulness* remite a un estado particular de conciencia promovido por las técnicas meditativas desde hace milenios, siendo originalmente una técnica que se practica en el contexto religiosos Budista. Existiendo varias corrientes de esta tradición que han influido en los autores occidentales que proponen adoptar sus prácticas (Pérez & Botella, 2008). Dentro del ámbito de la psicología, la meditación fue foco de atención de Erich Fromm, Karen Horney, también fue tema de atención para Jung, quien sostenía que la

meditación, era una de las formas en las cuales las personas podían acceder a imágenes arquetípicas. A su vez Perls, también vio la meditación como una forma de acceder al aquí y al ahora, así como los terapeutas transpersonales consideraron la meditación como una herramienta importante para introducir otros niveles de conciencia (Walsh & Shapiro, 2006). Más recientemente la meditación, especialmente de tipo *Mindfulness* está siendo centro importante de atención en el enfoque cognitivo conductual (Baptista & Dalbosco, 2009).

MEDITACIÓN Y MINDFULNESS

Es importante destacar que existen muchas formas de meditar desarrolladas por las religiones y tradiciones espirituales, según Goleman (1976), existen las técnicas de concentración y los métodos de *insight* (Borgart, G, 1991).

La meditación concentrativa fija la atención en un objeto mental, como un *mantra*⁴ o la sensación de la respiración, excluyendo todos los demás aspectos de la conciencia.

⁴ Un mantra sería cualquier palabra o frase, muchas veces de carácter sagrado (según el marco religioso o filosófico que se enmarca), usada como un objeto de concentración al ser repetitivo mentalmente o en voz baja. Se excluyen así otros contenidos de la conciencia que no sean esa palabra o frase (Bogart, 1991)

Estas técnicas generalmente llevan a estados de relajación profundos. Este es el caso de la meditación trascendental, en la cual aparentemente se suprime el funcionamiento mental, restringiendo la atención a un objeto, induciendo así estados de absorción caracterizados por tranquilidad y dicha (Naranjo, 2011).

Los métodos de *Insight*, descendientes de la tradición *Vipassana* del Budismo, están dirigidos a la observación de los procesos psíquicos. *Vipassana* en Pali significa “visión cabal”, y alude a ver las cosas tal cual son. La meditación *Vipassana* proviene de una de las más antiguas técnicas de meditación de la India, siendo enseñada hace 2500 años atrás por Gautama Buda, como una forma de curar el sufrimiento humano a través de la auto-transformación inducida por la auto-observación. Esta observación derivaría en el entendimiento o darse cuenta (*awareness*), y no en un mero entendimiento intelectual, de la no permanencia de los fenómenos tanto físicos como mentales. Así se permitiría un desapego de cualquier objeto en el momento presente, permitiendo a la persona una liberación del sufrimiento producido por su propio deseo. Tanto la meditación *Vipassana* como los métodos de *Insight*, conforman un entendimiento en el cual se identifican los pensamientos,

sentimientos, sensaciones que van surgiendo al practicarlo, esto conduce a un entendimiento del devenir de la propia mente en relación a sus procesos y contenidos (Borgart, G, 1991).

El entendimiento del propio devenir mental otorgaría al practicante la posibilidad de observar de qué manera se interpretan o se adjudican significados a los eventos presente, pudiendo así frenar procesos automáticos de adjudicación de significados.

El presente trabajo no se enfocará sobre la meditación trascendental u otras técnicas meditativas basadas en la concentración, sino más bien, se centrará en el análisis de *Mindfulness* y sus eventuales aportes dentro del marco de la psicoterapia Integrativa.

Mindfulness es un término que no tiene una palabra correspondiente en castellano. Puede entenderse como atención y conciencia plena, presencia atenta y reflexiva (Vallejo, 2006). *Mindfulness* es una traducción inglesa de la palabra, “*sati*”, proveniente del Pali, lenguaje utilizado por el Budismo. *Sati* refiere a un proceso de observación no enjuiciadora, no valorativa, y representa la esencia de la meditación *Vipassana* (Shapiro, 2006). Por lo descrito anteriormente, *sati*, o *Mindfulness*, sería una técnica de meditación ubicada dentro del

grupo de métodos de insight, según la categorización de Goleman.

Para efectos de este trabajo se utilizará el término *mindfulness* para referirnos a la atención plena, que es la traducción mayormente aceptada, pero que sin embargo no logra recoger todos los matices que la palabra recoge.

La atención plena es *vigilancia imparcial*. No toma partido. No se obsesiona con lo que es percibido. Sólo percibe. La atención plena no se enamora de los estados mentales buenos. No intenta evitar los estados mentales malos. No hay aferramiento a lo placentero, ni huida de lo desagradable. La atención plena trata a todas las experiencias por igual, a todos los pensamientos por igual, a todos los sentimientos por igual. No se suprime nada. No se reprime nada. La atención plena no tiene favoritismos (Gunaratana, 2002)

Es importante destacar que la traducción conciencia plena viene entonces a destacar la atención al momento presente. Una forma de vivir lo que acontece en el momento actual, el aquí y el ahora. Funcionando como *pensamiento-espejo*. Sólo refleja lo que está pasando actualmente y exactamente de la manera en que está pasando. No hay ningún prejuicio.

Las connotaciones psicológicas del término son evidentes, aunque trasciende de lo meramente psicológico e impregna en un sentido de vida más amplio una filosofía y una praxis, un modo de conducirse en situaciones y momentos concretos (Vallejo, 2006). Ahora bien, como primer efecto de la práctica de *mindfulness*, deviene el desarrollo de la capacidad de la concentración de la mente y aumenta el poder de la misma, trayendo consigo la serenidad. Esto es lo que permitiría el aumento de la comprensión de la realidad (tanto externa como interna) desde un punto de vista más objetivo, no preso de las reacciones emocionales que la experiencia presente genera habitualmente (Vallejo, 2006).

Mindfulness es un concepto el cual es posible desglosar desde varios ángulos. Uno de ellos como se menciono anteriormente, es la atención al momento presente, en donde, en lugar de estar pendientes del pasado (rumiaciones) o del futuro (expectativas temores o deseos) la persona se encuentra centrada en el momento presente. De tal modo que mientras se medita, se puede atender a los propios procesos internos y, en la vida cotidiana, centrarse en la tarea que se está realizando (Pérez & Botella, 2008). Otro elemento de vital importancia en el

mindfulness es la apertura a la experiencia. Por tanto, refiere a la capacidad de observar la experiencia sin filtro de las propias creencias (Pérez & Botella, 2008). A su vez la aceptación forma parte de no juzgar los pensamientos y sentimientos, así como también los eventos de la vida cotidiana. El poder presentar una actitud de aceptación es imprescindible en la práctica de la conciencia plena (Pérez & Botella, 2008). Un factor importante a considerar consiste en no dejarse llevar por ningún pensamiento, sentimiento, sensación o deseo, en no apegarse ni identificarse con ellos (Kabat-Zin, 1999, citado en Pérez y Botella, 2008). De esta manera por ejemplo, cuando se experimenta un evento cognitivo con *mindfulness*, es necesario hacer la distinción entre aquello que se experimenta y aquello que es experimentado. Los budistas se han referido a esto en términos de no identificarse con el pensamiento. Sería una forma de estar en el mundo sin prejuicios, abierto a la experiencia, atento a ella y sin valorar o rechazar de forma activa y taxativa la experiencia. El fenómeno así descrito es de evidente interés en psicología, ya que plantea en términos positivos como orientar la atención y la actividad, adecuándose en forma abierta a cada situación y señala de forma implícita los problemas que pueden derivarse del no centrarse en el momento

presente en las condiciones señaladas (Vallejo, 2006). Así para Linehan (2003) el entrenamiento en *mindfulness* supone instruir al paciente para que observe su cuerpo y lo describa sin valoración y centrarse en el momento presente, siendo considerado desde diversas perspectivas como un fin en sí mismo, como una filosofía de vida o modo de conducirse en ella. En esta óptica se considera el *mindfulness* como un tipo de meditación inserta en la cultura oriental y en el Budismo en particular (Germer, 2005).

En resumen el Término *Mindfulness* es entonces la observación no enjuiciadora y no valorizada del fluir de estímulos internos y externos a medida que surgen momento a momento.

La psicología contemporánea ha adoptado el *mindfulness* como un acercamiento para incrementar la conciencia y responder acertadamente a procesos mentales que contribuyen al malestar emocional y conductas desadaptativas (Germer, 2005).

APLICACIONES CLÍNICAS

La práctica de *Mindfulness* está teniendo éxito en diversos ambientes clínicos, porque contribuye al restablecimiento del equilibrio emocional, como sucede en la ansiedad o en el trastorno límite de la personalidad, y

porque favorece los estados de ánimo positivos y actitudes de aproximación frente a las de evitación, razón por la que se ha utilizado en el tratamiento de cuadros depresivos (Simon, 2007).

La práctica de *mindfulness* ha sido utilizada con resultados positivos, por ejemplo en dolores crónicos, el entrenamiento en conciencia plena, permite que los practicantes se expongan de forma prolongada a sus propias sensaciones en ausencia de consecuencias catastrófica, lo cual puede producir una cierta desensibilización y reducir sus respuestas emocionales elicítadas por las sensaciones de dolor. Se ha descrito un mecanismo similar para los trastornos de ansiedad. La observación sostenida y sin juzgar, de las sensaciones relacionadas con ansiedad, sin intentar escapar o evitarlas, puede reducir la reactividad emocional (Kabat-Zinn, 1991). En pacientes con trastorno límite de personalidad, quienes realizan conductas desadaptativas para evitar sus estados afectivos negativos, el *mindfulness* les entrega una forma de exposición sostenida de sus pensamientos y emociones con el fin de incrementar la tolerancia a sus estados emocionales negativos y la extinción de las conductas de miedo y las conductas evitativas (Linehan, 2003). En pacientes

depresivos, la exposición a los contenidos de la propia conciencia permite a las personas que presentan depresión experimentar las emociones de forma más objetiva y menos reactiva. Atendiendo de forma consiente a los estados emocionales negativos (Pérez & Botella, 2008).

En general el malestar emocional se experimenta como menos displacentero y amenazador en un contexto de aceptación porque cambia su significado subjetivo, lo cual puede conducir a mejorar la tolerancia a los efectos negativos (Bishop, 2002).

Varios autores han analizado los cambios cognitivos que se producen en la práctica de *mindfulness*. Para Bishop, 2002 un aporte importante de *mindfulness* se relaciona con mejoras en la atención sostenida y en la capacidad para cambiar deliberadamente el foco de atención. La auto-regulación de la atención conduce a la inhibición del procesamiento secundario, por lo que no se elaboran los pensamientos, sentimientos y sensaciones cuando aparecen. Puesto que la atención tiene una capacidad limitada, el hecho de no elaborar secundariamente los pensamientos y sentimientos deja disponibles más recursos para procesar información relacionada con la experiencia actual accediendo a información que habitualmente no se atiende, lo cual da

lugar a una perspectiva más amplia de la experiencia inmediata. Según Bishop (2002), monitorizar el flujo de la conciencia a lo largo del tiempo puede conducir a incrementar la complejidad cognitiva porque logra aumentar la capacidad para relacionar los pensamientos y sentimientos y las propias conductas, así como promueve la apertura a nuevas experiencias. Conjuntamente la conciencia plena puede aportar a un desarrollo en la objetividad respecto de la propia experiencia interna, lo que facilita una mayor flexibilidad cognitiva emocional y conductual que contrasta con los patrones rígidos de respuestas que se derivan de la identificación con la experiencia. La práctica de *mindfulness* juega un papel fundamental en el auto control y autorregulación.

La conciencia de las sensaciones de dolor y de las respuestas de estrés, tal como aparecen, pueden capacitar a los individuos para ejercer una variedad de respuestas de afrontamiento (Kabat-Zinn, 1991). El estar consiente mediante atención plena (*mindfulness*), facilita la elección de conductas consientes con las propias necesidades, valores e intereses, al contrario que el pensamiento automático. Aunque el funcionamiento automático es útil en muchas actividades, no lo es cuando supone pasar por alto los propios fines (Brown,

2003). Así por ejemplo, atender a las propias señales somáticas o a los cambios de entorno puede ser muy importante para la regulación de la salud y de la conducta (Hayes, 2003). Por lo que el *mindfulness* ha sido incorporado en los siguientes programas de entrenamiento dentro de la psicoterapia: La reducción del estrés basado en la conciencia plena, la terapia cognitiva basada en la experiencia plena, la terapia dialéctica conductual, la terapia de aceptación y compromiso, la terapia breve relacional, entre otros (Pérez & Botella, 2008).

Dentro de la literatura actual existen diversas revisiones sobre los resultados clínicos de dichas intervenciones que utilizan el entrenamiento de *mindfulness*, concluyendo que dicha práctica meditativa conduce a efectos beneficiosos en una gran variedad de condiciones tanto medicas como psicológicas, a pesar que se señala que se requiere más investigaciones que confirmen y amplíen los hallazgos obtenidos hasta el momento (Delgado, 2009).

En lo que respecta a la utilización de *mindfulness* en psicoterapia ha sido el modelo cognitivo conductual el que ha integrado con mayor fuerza dicha técnica, con el objetivo de lograr cambios en las estructuras cognitivas que dificultan el buen funcionamiento psicológico de los pacientes.

La utilización de dicha técnica en el ámbito de la psicoterapia cognitiva se justifica en base a que las terapias cognitivas, han liberado el movimiento a favor de los tratamientos psicológicos basados en la evidencia, logrando desarrollar tratamientos que han demostrado eficacia (Keegan, 2004).

Por su parte, la psicoterapia Integrativa, que basa sus postulados en la investigación para generar una teoría más completa capaz de respaldar un accionar clínico más potente, se ve enfrentado a la posibilidad de utilizar diferentes técnicas, las cuales hayan sido validadas por la investigación, como lo ha venido haciendo el *mindfulness* dentro de la psicoterapia. De esta manera la integración técnica consiste en la selección de tratamientos clínicos sobre la base de su eficacia predecible más que sobre consideraciones teóricas (Feixas, 1993).

PSICOTERAPIA INTEGRATIVA Y MINDFULNESS

Ahora bien, el modelo Integrativo propuesto por Opazo se fundamenta en una “macro teoría” que constituye un conjunto de principios epistemológicos, metodológicos y paradigmáticos, los cuales conforman el cimiento de la psicoterapia Integrativa (Fernández & Opazo, 2004). Dicho enfoque

se diferencia de los enfoques tradicionales en la apertura de múltiples fuentes de conocimiento y de intervención clínica, diferenciándose a su vez del eclecticismo por aportar un trasfondo teórico, el cual permite ordenar la información proveniente de los diferentes enfoques y guiar la investigación (Opazo, 2001). De esta manera el enfoque Integrativo busca la integración a niveles paradigmáticos, asumiendo como centro de la integración el sistema SELF. A partir de la construcción teórica, es que la psicoterapia integrativa considera en su accionar clínico seis paradigmas; biológico, cognitivo, afectivo, inconsciente, ambiental-conductual y sistémico. Y seis funciones del sistema SELF; toma de conciencia, identidad, significación, auto organización, búsqueda de sentido y conducción de vida (Opazo, 2001).

Dentro de los paradigmas mencionados así como también el sistema Self, la práctica de *mindfulness* genera una respuesta integrada mente cuerpo, la cual posee características cognitivas y fisiológicas que permiten desarrollar un estado de equilibrio y autocontrol, pudiendo presentar efectos positivos en el paradigma biológico. Según Campagne (2004), la práctica de *Mindfulness*, puede producir efectos diferenciales en el sistema nervioso, sobre todo a largo plazo y por tanto, ofrece

posibilidades para aplicaciones terapéuticas en psicología clínica. Estudios psicofisiológicos de la meditación *mindfulness* concluyen que la practica meditativa afecta claramente la función del sistema nervioso central (Cahn, 2006). Reportándose cambios fisiológicos como resultado de la practica meditativa. Así por ejemplo, se ha encontrado decrementos significativos en la activación psicofisiológica en general, en la hipertensión arterial, en los ritmos cerebrales alpha y el estado de alerta, en la temperatura periférica, en la tensión muscular y el ritmo respiratorio (Aguilar, 2008). Por otra parte, se ha demostrado que el porcentaje del metabolismo basal se reducía significativamente durante la meditación, por lo que se sugirió que incluso los niveles de azúcar en la sangre podrían controlarse mediante la meditación *mindfulness* (Aguilar, 2008). La práctica de *mindfulness* generaría entonces una respuesta significativa dentro del paradigma biológico, que incluye la reducción en el consumo de oxígeno, el decremento de la frecuencia cardiaca, respiratoria y frecuencia sanguínea, junto con la reducción de ácido láctico. Ahora bien muchos de estos cambios periféricos son compatibles con el decremento de la activación del sistema nervioso simpático, el cual puede deberse al

decremento de los niveles de norepinefrina (Aguilar, 2008).

Dentro de la literatura actual han aparecido múltiples estudios neurofisiológicos relacionados con *mindfulness*. Y en conjunto, los resultados de estos estudios muestran evidencia que la práctica de *mindfulness* conlleva cambios funcionales y estructurales en diversas áreas cerebrales, con consecuencias adaptativas asociadas a una mejor regulación emocional y atencional (Delgado, 2009). Afectando de manera positiva también al paradigma afectivo.

De esta manera, al practicar la técnica de *mindfulness* se ha observado que en general el malestar emocional se experimenta como menos displacentero y amenazador en un contexto de aceptación porque cambia su significado subjetivo, lo cual puede conducir a mejorar la tolerancia a los afectos negativos (Bischof, 2002). Ahora bien es dentro del paradigma cognitivo en el cual la práctica de *mindfulness* ha tenido un mayor desarrollo. Varios autores han analizado los cambios cognitivos que se producen en la práctica de *mindfulness*. Para Bishop, (2002) un aporte importante de *mindfulness* se relaciona con mejoras en la atención sostenida, y la auto-regulación de la atención conduce a la inhibición del procesamiento secundario, por lo que no se

elaboran los pensamientos, sentimientos y sensaciones cuando aparecen. Puesto que la atención tiene una capacidad limitada, el hecho de no elaborar secundariamente los pensamientos y sentimientos deja disponible más recursos para procesar información relacionada con la experiencia actual accediendo a información que habitualmente no se atiende, lo cual da lugar a una perspectiva más amplia de la experiencia inmediata. Según Bishop (2002), monitorizar el flujo de la conciencia a lo largo del tiempo puede conducir a incrementar la complejidad cognitiva porque logra aumentar la capacidad para relacionar los pensamientos y sentimientos y las propias conductas, así como promueve la apertura a nuevas experiencias. Conjuntamente la conciencia plena puede aportar a un desarrollo en la objetividad respecto de la propia experiencia interna, lo que facilita una mayor flexibilidad cognitiva emocional y conductual que contrasta con los patrones rígidos de respuestas que se derivan de la identificación con la experiencia.

Por otra parte *mindfulness* aportaría de forma sustancial a la función de toma de conciencia del Sistema Self, ya que, al estar consciente mediante la atención plena (*mindfulness*) facilita la elección de conductas consientes con las propias

necesidades, valores e intereses, al contrario que el pensamiento automático, mejorando de esta manera la auto imagen y la autoestima de los pacientes (Brown, 2003).

Dado a lo mencionado anteriormente la práctica sostenida de *Mindfulness* podría convertirse en principio de influencia en los distintos paradigmas mencionados y también en la función de toma de conciencia del Sistema Self. De esta manera, la ampliación de la toma de conciencia de un paciente sobre sí mismo en cuanto a sus fortalezas y cualidades, influye aumentando la probabilidad de seguridad en sí mismo. Por otra parte, desde el paradigma afectivo la práctica de *mindfulness* proporciona afectos positivos, de tal manera que la presencia de un estado afectivo positivo influye aumentando la probabilidad de que se fortalezcan expectativas de auto-eficacia. Ahora bien, si la práctica de *mindfulness* es prolongada en el tiempo permitiría la presencia de estado de ánimo positivo y estable el cual influiría aumentando la probabilidad de que la persona tenga una autoimagen positiva.

Dentro del paradigma biológico podríamos decir que la práctica sistemática de *mindfulness* influye aumentando la probabilidad de relajación. Por otra parte, he mencionado lo relevante que ha sido la

práctica de *mindfulness* dentro del enfoque cognitivo conductual, dado a que los cambios cognitivos experimentados con *mindfulness* han sido relevantes para poder trabajar con las ideas irracionales de los pacientes, por tanto, dentro del paradigma cognitivo la práctica de *mindfulness* podría generar cambios cognitivos específicos que influyen aumentando la probabilidad de que se presenten ciertos afectos o conductas específicas.

CONCLUSIONES

Como conclusión de este trabajo cabría decir que *mindfulness* como práctica de meditación derivada del budismo, se ha insertado en el ámbito de la salud, como herramienta central dentro de una variedad de tratamientos psicológicos, y como complementario al mismo. Generando gran interés en el campo de la psicoterapia, especialmente dentro del enfoque cognitivo conductual tomando la práctica de *mindfulness* como una herramienta que favorece a la disminución de creencias irracionales. Siendo también empleada con el fin de promover tolerancia a la frustración y mayor flexibilidad cognitiva, lo que a su vez se ha asociado con un mayor bienestar físico mental y emocional.

Mindfulness, lejos de ser una cura rápida o una intervención de tiempo limitado para la

eliminación del sufrimiento, es una técnica que puede utilizarse en el estudio de la experiencia directa y la conciencia de los propios procesos mentales, buscando generar una nueva forma de relación con la propia experiencia, a partir de poner atención al momento presente e identificar qué aspectos pueden ser cambiados y cuáles deben ser aceptados, para la mejoría del bienestar personal. Ahora bien, de acuerdo a los elementos aquí revisados es posible establecer, que la atención plena comprende una meta-cognición emocional adaptativa y unos mejores índices fisiológicos de regulación. Lo cual se relaciona con el aprendizaje de nuevos mecanismos de autorregulación emocional y fisiológicos en el afrontamiento de múltiples problemáticas, mediante el efecto positivo provocado a nivel afectivo cognitivo y biológico, promovidos mediante la atención plena y la toma de conciencia, aportando cambios significativos en dichos paradigmas como técnica de intervención. Por otra parte, se ha mencionado la importancia que tendría la técnica dentro de la función de toma de conciencia del sistema Self aportando al *awareness* integral de los pacientes, mediante un autoconocimiento completo y preciso, junto con capacidad de autoaceptación y un adecuado mecanismo de

toma de decisiones y capacidad para satisfacer las propias necesidades.

Por último cabe mencionar que si bien, *mindfulness* y psicoterapia han resultado consistentes debería existir algún manejo especial para poder integrarlas y establecer cuáles son sus límites y alcances para una posible inclusión de *mindfulness*, como técnica válida para generar un estado particular de conciencia. Por lo que, un área de investigación importante debería ser, acerca de las características de las personas para poder beneficiarse con la práctica de *mindfulness* en psicoterapia.

Referencias

- Aguilar, G. &. (2008).** La meditación como proceso cognitivoconductual. *Suma Psicológica* , 241-258.
- Baptista, C., & Dalbosco, D. (2009).** ¿Por qué meditar? La experiencia subjetiva de la práctica de meditación. *Scielo Brasil* .
- Bischof, S. (2002).** What do we really know about Mindfulness- Based Stress Reduction? *Psychosomatic medicine* , 35-43.
- Borgart, G. (1991).** The use of meditation in psychotherapy: A review of the literature. *Psychotherapy* , 383-412.
- Brown, K. y. (2003).** The benefit of being present: Mindfulness and its role in psychological well being. *Journal of social psychology* , 822-848.
- Cahn, B. y. (2006).** Meditation states and traits: EEG, ERP, and neuroimaging studies. *Psychological Bulletin* , 180-211.
- Delgado, L. (2009).** Correlatos psicofisiológicos de mindfulness. Eficacia en un entrenamiento de habilidades. *Biblioteca electrónica de la Universidad de Granada* .
- Feixas, G. y. (1993).** Aproximaciones a la psicoterapia. Una introducción a los tratamientos psicológicos . Barcelona: Paidós
- Fernandez, H. (2003).** Claves para la unificación en Psicoterapia (más allá de la integración). *Revista Argentina de clínica psicológica* , 229-246.
- Fernández, H., & Opazo, R. (2004).** La integración en Psicoterapia: Manual de aplicaciones. Barcelona: Paidós.
- Germer, C. S. (2005).** *Mindfulness y Psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- Gunaratana, B. (2002).** La atención plena. *Wisdom publications* , 1-8.
- Hayes, S. (2003).** Buddhism and acceptance and commitment therapy. *Cognitive and behavioural practice* , 101-106.
- Kabat-Zinn, J. (1991).** Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. *Am J Psychiatry* , 936-948.
- Keegan, E. (2004).** Abordaje cognitivo del trastorno límite de personalidad . *Vertex* , 287-294.
- Linehan, M. (2003).** *Manual de tratamiento del trastorno límite de la personalidad*. Barcelona: Paidós.
- Naranjo, C. (2011).** *Entre meditación y psicoterapia*. Argentina: J. C. Sáez.
- Opazo, R. (2001).** *Psicoterapia Integrativa: Delimitación clínica* . Chile: ICPSI.
- Pérez, M., & Botella, L. (2008).** Conciencia plena (Mindfulness) y psicoterapia: conceptos, evaluación y aplicaciones. *Revista de psicoterapia* , 77-120.

Shapiro, S. C. (2006). Mechanisms of Mindfulness. *Journal of clinical psychology* , 373-386.

Simon, M. (2007). Mindfulness y neurobiología. *Revista de psicoterapia XVII* , 66-67.

Vallejo, M. (2006). Mindfulness. *Papeles del psicólogo* , 92-99.

Walsh, R., & Shapiro, S. (2006). The meeting of meditative disciplines and western psychology: A mutually enriching dialogue. *American Psychologist* , 227-239.

Trastorno de la Conducta Alimentaria en adolescentes desde el E.I.S.: Paradigma Sistémico, Conceptos Movilizadores y Sistema SELF

Bárbara Levin V. y Javiera Soto G.⁵

Abstract

The present article, it is framed within the Supraparadigmatic Integrative Approach (EIS) and it seeks to explore the relationship between the characteristics of the systemic paradigm and Anorexia Nervosa. Specifically, as regards the meanings constructed to the interior of the family system and the dynamics between them, when in the family there is a teenager suffering from the eating disorder Anorexia Nervosa. In addition, it explores the relationship between the Self and each of its functions with the disorder of eating behavior, specifically, Anorexia Nervosa; attempts to deduce how affected can these features be as well as also consider a comprehension for such disorder and some treatment lines. The main goal will be to specify what are the *mobilizing concepts* more applicable to this type of disorder, along with identifying those beliefs and themes that are common and distinctive in families of adolescents with Anorexia. As a result, infer those *mobilizing concepts* proposed by focus Integrative Supraparadigm, that would be more suitable for a possible treatment. Knowing the impact of Anorexia Nervosa on the Self system as a whole, make it possible a better approach in terms of psychotherapeutic change.

Key words: Food Disorder - Anorexia Nervosa - Family System - Meanings Constructed - Mobilizing Concepts - Self System.

Resumen

El presente artículo se enmarca dentro del Enfoque Integrativo Supraparadigmático (EIS) y busca indagar en la relación existente entre las características del Paradigma Sistémico y de la Anorexia Nervosa. Específicamente, en lo referido a los significados construidos al interior del sistema familiar y la dinámica entre ellos; cuando en la familia existe una adolescente que padece el trastorno alimentario de Anorexia Nervosa. Además, indaga en la relación existente entre el Self y cada una de sus funciones con el trastorno de la conducta alimentaria, específicamente, Anorexia Nervosa. Intenta deducir cuán afectadas pueden estar estas funciones, así como también plantear líneas de un tratamiento integral para tal trastorno.

El objetivo central, será especificar cuáles son los Conceptos Movilizadores más aplicables a este tipo de trastorno, junto con identificar aquellas creencias y temáticas que resultan comunes y distintivas en las familias de adolescentes con Anorexia Nervosa. Consecuentemente, inferir aquellos Conceptos Movilizadores propuestos por el enfoque Integrativo Supraparadigmático, que serían más idóneos para un eventual tratamiento, así como también conocer las posibles repercusiones que dejaría el trastorno de la conducta alimentaria Anorexia Nervosa, en la totalidad del sistema Self y así poder enriquecer el proceso psicoterapéutico.

Palabras Claves: Trastorno de la Alimentación – Anorexia Nervosa – Sistema Familiar - Significados Construidos – Conceptos Movilizadores – Sistema Self.

⁵ Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa
icpsi@icpsi.cl

“La gordura revela una pérdida del control personal y un signo del fracaso”

(Vitousek y Hollon, 1990)

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), se caracterizan por una alteración clínicamente significativa en la imagen corporal y la conducta alimentaria. (Striegel- Moore Smolak, 2002, en Marín, 2007, pág 72). La base psicopatológica que distingue estos trastornos es la sobrevaloración del peso y la figura. La mayoría de las personas evalúan su desempeño basándose en diferentes dominios como, éxito laboral, amistades, relaciones interpersonales, familia, logros deportivos, entre otros. Sin embargo, los pacientes que padecen trastornos alimentarios se juzgan a sí mismos, principalmente, en relación a su figura, su peso y su capacidad de control sobre ello. (Fairburn y Harrison, 2003, en Marín, 2007).

En términos generales, la anorexia nerviosa (AN) involucra adelgazamiento, temor a volverse gorda, alteración de la imagen corporal, influencia indebida del cuerpo en la autoevaluación, negación de la seriedad del bajo peso y amenorrea. (Stice, 2002a, en Marín, 2007, pág 72). Los rasgos medulares de la anorexia nerviosa son las alteraciones cognitivas y afectivas de la

imagen corporal y las consecuencias físicas de la persecución implacable de la delgadez. En el intento de que esa persecución sea exitosa, estos pacientes tienden a ver su pérdida de peso como un logro, más que como una aflicción, y en consecuencia, presentan una limitada motivación al cambio. (Fairburn y Harrison, 2003, en Marín, 2007, pág 72).

La incidencia de los trastornos de la conducta alimentaria ha aumentado de manera significativa en los últimos años. Se trata de trastornos que figuran entre los problemas de salud crónicos más frecuentes en los adolescentes y cuya letalidad es la más alta de las detectadas por trastornos psiquiátricos (Cruzat, Ramírez, Melipillán, Marzolo, 2008, pág 81). La preocupación excesiva por el peso y la figura, en la mayoría de los casos, llevaría a desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria, ya sea Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa o Trastornos por Atracón.

Según el DSM IV, los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa son:

A. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (p. ej., pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85 % del esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento, dando como resultado

un peso corporal inferior al 85 % del peso esperable).

B. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.

C. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.

D. En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos. (Se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, p. ej., con la administración de estrógenos.).

En base a la epidemiología, “en la población femenina adolescente se aceptan como cifras aproximadas porcentajes de 0,5 – 1% de anorexia nerviosa (AN), de 1-3% de bulimia nerviosa (BN) y del 3% de Trastornos de la Conducta Alimentaria no Especificados (TCANE), entre los que destaca el trastorno por ingesta excesiva, más conocido como el trastorno por atracones” (Gómez, García, Corral, 2009, pág 8).

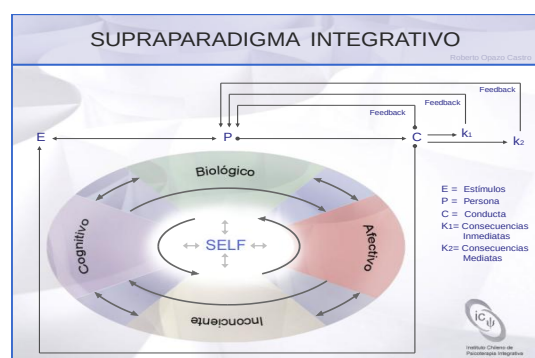
La etiopatogenia de este trastorno, involucra tanto variables sociales, biológicas como ambientales. Es en esta última área que se puede incluir a la familia, la cual cumpliría un rol fundamental tanto en la génesis, como en el mantenimiento y prevención de la

Anorexia Nerviosa (Selvini, Cirrillo, 1998, en Hernández, 2006).

En este estudio, nos basaremos en el Modelo Integrativo Supraparadigmático, el cual “integra los paradigmas biológico, ambiental/conductual, cognitivo, afectivo, inconsciente y sistémico. El eje integrador del Modelo es el “*Sistema Self*”, el cual constituye el punto de confluencia de los paradigmas”. (Opazo, 2001, pág 118).

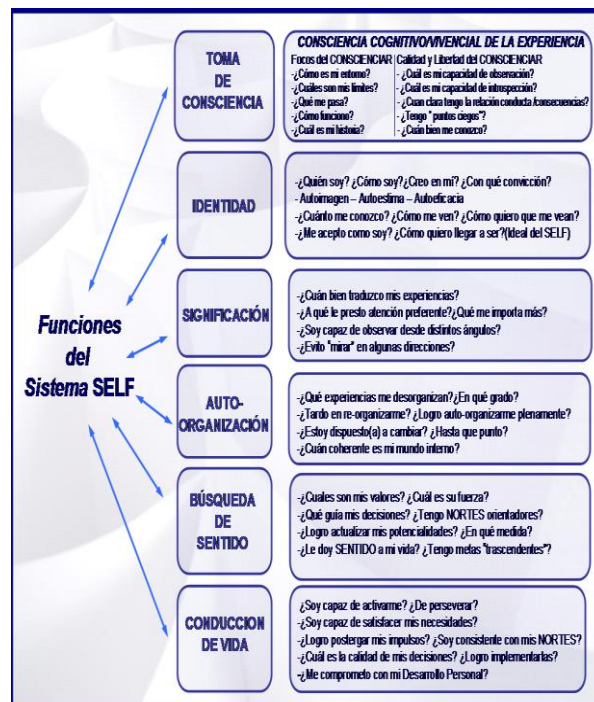
Por un lado, nos enfocaremos en el Paradigma Sistémico, el cual asume que un sistema implica una totalidad, un número de elementos que se mantienen en interacción, en el cual el todo es más que la mera suma de sus partes, sean estas partes cogniciones, afectos o conductas (Opazo, 2001).

Por otro lado, se buscará comprender la relación existente entre el trastorno de la conducta alimentaria, básicamente, anorexia nerviosa, y la influencia que éste tiene en el sistema Self, basándose en el Modelo Integrativo Supraparadigmático.



El eje integrador del modelo, es el “*Sistema Self*”, el cual constituye el punto de confluencia de los paradigmas” (Opazo, 2001, pág 118).

Además, este sistema constituye el principio organizador de la experiencia (Opazo, cit en Bagladi, 2004), el cual ejerce seis funciones: la **función de identidad**, vinculada al proceso de definición de sí mismo (James, 1984, Perls, 1976; cit. en Opazo, 2001); la **función de autoorganización**, que hace referencia a la forma como el sistema se reorganiza después de cada experiencia (Guidano, 1987, Mahoney, 1991; cit en Opazo, 2001); la **función de toma de conciencia**, la cual se relaciona con el darse cuenta y con la calidad y libertad del conscienciar (Bagladi, 2007); la **función de significación**, que apunta a la forma como el sujeto traduce la experiencia (Rogers, 1966, Kegan, 1982; cit en Opazo, 2001); la **función de búsqueda de sentido**, que se vincula al sentido que la persona le otorga a su existencia y a su código valórico (Opazo, 2004); y la **función de conducción de vida**, que se relaciona con el modo como el sujeto conduce su vida para alcanzar sus metas (Opazo, 2004).



Con respecto a este estudio, en primer lugar nos enfocaremos en el Paradigma Sistémico, considerando que un sistema se comporta de acuerdo a patrones de causalidad en un proceso que no tiene comienzo ni fin (Opazo, 2001). “Las partes de un sistema interactúan en forma recíproca, así, cambios en el sistema total van a producir efectos en cada una de sus partes y los cambios en una parte, tendrán efectos en el sistema como totalidad; los procesos de morfogénesis favorecen los cambios en el sistema” (Maruyama, 1963, 1977; en Opazo, 1997; en Marín, 2007, pág 56). “Pero por otra parte, el sistema requiere conservar su

coherencia sistémica” (Dell, 1977; en Opazo, 1997; en Marín, 2007, pág 56), por lo que también aplica mecanismos de resistencia al cambio o morfostasia (Maruyama, 1977; en Opazo, 2001; en Marín, 2007, pág 56).

Todos los individuos se encuentran insertos en una familia, es decir, en un sistema, cuya interacción y constitución se puede entender de acuerdo a los significados que ésta co-construye. El cómo cada integrante de la familia piensa y significa la realidad, se relaciona con la manera en que se le ha enseñado. Si uno desea entender la interacción familiar, es necesario observar los significados que se encuentran a la base de las conductas y tomas de decisiones.

Es por lo mencionado con anterioridad, que resulta relevante preguntarse acerca de cómo serán los significados contruidos en una familia donde hay un adolescente con Anorexia Nerviosa. Sería importante conocer aquellos aspectos más recurrentes en estas familias y que se encuentran a la base de la interacción familiar, pues se podría tener una visión más amplia que ayude al entendimiento de esta patología tan grave.

Uno de los desarrollos del EIS es el representado por la implementación de los *Conceptos Movilizadores*, los cuales según

Roberto Opazo (2001), “se pueden entender como elementos movilizados del cambio en Psicoterapia Integrativa, que requieren ser administrados en forma idiosincrática y en timing, pudiendo aportar sustancialmente al proceso de cambio, en términos de fuerza de cambio específicas” (Burgos, 2005, pág 132). Esto, le permitiría al paciente enriquecer su repertorio conductual, activar mejor su ambiente, mejorar sus procesos de significación, entre otros, como manera de realizar un tratamiento más integral de este trastorno.

En el presente estudio se considera que los Conceptos Movilizadores (Opazo, Bagladi, 2010), más aplicables para el tratamiento de este trastorno son:

- **Significación biológica:** *las diferencias biológicas influyen en que cada persona tenga una traducción particular de las mismas experiencias a las que se ve enfrentado, así la biología aporta una significación diferente en cada persona.*
- **Espacios de significación cognitiva:** *Muchas experiencias admiten diferentes significados sin violentar la biología y sin romper con el juicio de realidad.*
- **Motivación Cognitiva:** *Construir motivación afectiva, para generar*

cambios. Las ganas no se esperan, se generan.

- **Inercia afectiva:** Un estado emocional ofrecerá resistencia al surgimiento de otro estado emocional que tenga una valencia diferente o antagónica.
- **Autoimagen emocional:** La autoimagen “sube o baja” de acuerdo al estado emocional que se esté experimentando.
- **Ambiente pato/sintónico:** Las personas tienden a buscar ambientes que no “friccionen” su patología, que sean “amigables” hacia su patología.
- **Ambiente pato/distónico:** Es aquel que entra en disarmonía o en conflicto con los comportamientos y/o rasgos desajustados de la persona.
- **Conducta pulsante:** Cada persona – a través de su conducta – puede activar de mejor o peor forma su propio ambiente social.
- **Potenciación interaccional:** Dos personas se potencian interaccionalmente cuando su relación tiende a generar un “producto” o resultado interactivo que es superior a la suma de esas mismas personas sin interactuar entre sí.
- **Egocentrismo semántico:** Algunas personas asumen que el significado que le otorgan a los hechos y

experiencias es el único significado posible.

- **Umbral de incompatibilidad semántica:** Cuando en una interacción la tendencia predominante es a disentir en el significado de los hechos y/o experiencias se va generando distancia psicológica, tendencia al conflicto frecuente e incompatibilidad interactiva.
- **Distancia psíquica:** Cuando dos personas se comunican mal, no se comprenden, empatizan poco y les cuesta generar acuerdos, pasan a ser individuos que comparten un espacio físico pero no un espacio psíquico
- **Sintonía Vivencial:** Capacidad para resonar y comunicarse en la misma frecuencia en los ámbitos emocionales y sentimentales de las experiencias.
- **Ganador puntual perdedor existencial:** La persona gana todas las batallas pero pierde la guerra. Tiene un éxito puntual pero fracasa en sus metas vitales.
- **Trasfondo eficaz:** De lo que se trata es que la persona no llegue en ‘blanco’ a cada experiencia, que sea capaz de acumular afectos positivos derivados de sus éxitos, que sea capaz de gestar una historia emocional securizadora para los enfrentamientos futuros”

- **Awareness integral:** Es un darse cuenta claro en lo cognitivo, con arraigo (motivante y estable) en lo afectivo y movilizante hacia objetivos precisables y alcanzables por el paciente. (Opazo y Bagladi, 2010, pág 12 -14).

En segundo lugar, y basándonos en el Sistema Self, se procurará entregar una mirada más integral del trastorno de Anorexia Nerviosa, permitiendo ampliar las áreas de intervención y abordaje de esta enfermedad.

Esto se lograría mediante la identificación de cómo se ven afectadas las diferentes funciones del Self, y así poder entender este trastorno de manera más completa, integrando mayor información a las intervenciones psicoterapéuticas.

El presente trabajo, busca tener una relevancia principalmente *práctica*, ya que al poder describir Conceptos Movilizadores para ser utilizados en el tratamiento, junto con poder identificar recurrencias y diferencias en los significados que estas familias construyen, resulta aportativo al tratamiento y a decantar nuevos conocimientos acerca de este trastorno. Es por esto, que permitirá entregar información tanto a las familias como a los profesionales, acerca de qué características familiares se repiten y aquellas que son

diferenciales a nivel de significaciones construidas. Esto permitiría entender de manera más integral los comportamientos y decisiones que toman las familias en su vida diaria, en torno a una enfermedad como la Anorexia Nerviosa. Así mismo, la relevancia práctica de la utilización de los Conceptos Movilizadores en el tratamiento psicoterapéutico, es que aportan fuerzas de cambio específicas, son de alta aplicabilidad clínica e incluso, muy motivantes para los pacientes (Opazo y Bagladi, 2010).

Por otra parte y con respecto al Self, la relevancia *práctica* permitirá entregar información tanto a pacientes como a profesionales, acerca de qué funciones del sistema Self estarían comprometidas y cómo trabajar con ellas para delinear un mejor tratamiento. Esto permitiría entender de manera más integral los comportamientos de los pacientes con un trastorno en torno a la conducta alimentaria, como la Anorexia Nerviosa.

A su vez, tendrá una relevancia *social*, ya que permitirá que las familias entiendan de mejor manera lo que esta enfermedad podría provocar en cada uno de los miembros a nivel de significados construidos. De esta manera, se podría encontrar la forma más adecuada para sobrellevar la conflictiva familiar que una

enfermedad como la Anorexia Nerviosa conlleva.

Además, entregaría una relevancia *social* dado que al trabajar con las funciones del Self se podría suponer que tanto el paciente como los involucrados en este trastorno, realizarían cambios a nivel sistémico, así como también en las relaciones que establecen con su entorno.

Paradigma Sistémico

Sistema Familiar

Los seres humanos nos encontramos insertos en una familia, es decir en un “grupo social unido entre sí por vínculos de consanguinidad, filiación (biológica o adoptativa), alianza, incluyendo las uniones de hecho cuando son estables” (Bernaes, 1993, pág 62).

Dentro de los sistemas familiares, se van construyendo significados y formas de entender y explicar la realidad, siendo aspectos compartidos por los miembros. Es justamente gracias a éstos, que la familia adquiere un modo de funcionamiento específico y característico. Si uno desea comprender la interacción de una familia, debe explorar los significados que ésta construye y de acuerdo a los cuales actúa y toma decisiones.

En lo referido a los trastornos de la alimentación, si bien no se puede establecer que las familias sean una de las causas de la enfermedad; algunas circunstancias, como la historia de obesidad, las enfermedades mentales (depresión y alcoholismo) y los ambientes familiares con excesiva preocupación por el peso y las dietas, con actitudes críticas o con burlas hacia el cuerpo, podrían relacionarse con la aparición de un trastorno de la conducta alimentaria (Gómez, García, Corral, 2009, pág 17).

Anorexia Nerviosa

En relación a la génesis del trastorno alimentario de Anorexia Nerviosa, existirían varios factores influyentes, dentro de los que se pueden destacar los psicológicos, biológicos y ambientales, por lo cual se habla de una etiopatogenia biopsicosocial a la base de este trastorno (Chinchilla en Hurtado, González, Hidalgo Nova y Venegas, 2002). Además, se ha descubierto que “El riesgo de contraer una patología alimentaria, surge de una combinación de variables y una detección temprana de actitudes y/o conductas de riesgo puede prevenir el desarrollo de estos cuadros, mejorando la respuesta terapéutica y el pronóstico” (Behar, Alviña, González y Rivera, 2007, Pág. 4).

Lo anterior revela la importancia que tienen las diferentes variables que se encuentran a la base del desarrollo de esta enfermedad y permite ubicar las características familiares dentro de los factores ambientales involucrados y significativos. Además, se ha demostrado que el conocer estas variables permitiría establecer acciones preventivas frente a la aparición de un trastorno como la Anorexia Nerviosa, que hoy en día acongoja a tantas mujeres adolescentes y a sus familias (Behar, et al, 2007).

Por otro lado, se puede mencionar que se han identificado dos subtipos en la Anorexia Nerviosa, el restrictivo y el purgativo.

El **tipo restrictivo** se caracteriza por la presencia de pérdida de peso asociada a hábitos tales como dietas, ayuno y realización de ejercicio intenso, sin recurrir a atracones o purgas.

El tipo **compulsivo o purgativo** se caracteriza por la presencia de pérdida de peso asociada a hábitos regulares tales como atracones o purgas, o ambos (López-Ibor y Valdés, 2002).

Las características asociadas a los subtipos de Anorexia Nerviosa son variadas, en el subtipo restrictivo destacan mayor perfeccionismo, rigidez, hiperresponsabilidad,

sentimientos de ineficacia (Garfinkel, Moldofsky y Garner, 1980 citados en Belloch y cols., 1995 citados en González et al, 2002). En el subtipo purgativo aparecen características tales como sobrepeso premórbido, impulsividad, reacciones distímicas, labilidad emocional, conductas adictivas (Garfinkel, Moldofsky y Garner citados en González et al, 2002).

La Anorexia Nerviosa en general, puede conceptualizarse en un continuo relacionado con un excesivo autocontrol de la ingesta de alimentos (Ollendick y Hersen citados en González et al, 2002). Lo anterior resulta significativo a la hora de tener que explorar las características que poseen las adolescentes que padecen de Anorexia Nerviosa, ya que es posible que los significados que ellas atribuyan a su enfermedad pudieran ser disímiles debido a los rasgos de personalidad que se ubican a la base.

Por otro lado, se puede mencionar que se han identificado ciertos factores predisponentes a la Anorexia Nerviosa, los cuales influirían en la adquisición de este tipo de trastorno de la conducta alimentaria. Diversos estudios, han comprobado la existencia de: “factores genéticos, psicológicos individuales, familiares y socioculturales” (Ballester y Guirado, 2003), que se

encontrarían a la base y jugarían un papel fundamental, a la hora de sugerir un tratamiento. En relación a estos factores mencionados, Morandé (1999) destacan la predisposición genética, la obesidad premórbida, características de familia muy sensible a las apariencias, el perfeccionismo, la aparente autonomía. Chinchilla (1995) destaca la dependencia parental, la identidad personal incompleta, la dificultad para ser independientes; y Toro & Vilardell (1987) destacan la presencia de familiares con trastornos afectivos, familiares con adicciones, familiares con trastorno de la ingesta y obesidad materna. En la descripción anterior, se puede ver que los tres autores concuerdan en que es significativo considerar el sistema familiar en la génesis de un trastorno alimentario como la Anorexia Nerviosa, y es justamente aquí que resultan relevantes las particularidades que caracterizan a estas familias y que se pueden ver reiteradamente presentes en ellas. Además, se podría plantear que, el “comportamiento alimentario problemático de los niños puede estar adquirido por conductas alimentarias poco deseables de los padres, así como actitudes que estos mantienen con sus hijos, como el retarlos por su falta de apetito o fomentar el ejercicio para quemar calorías” (Ballester et al, 2003), lo cual también sería un buen

indicador a tomar en cuenta a la hora de comprender la génesis del trastorno.

Anorexia Nerviosa y Sociedad

“Autores como, A. Basdevant, M Le Barzic y B. Guy-Grand; plantean que el comportamiento alimentario depende de un sistema biopsicosocial, cuyo funcionamiento exige un alto grado de integración tanto de funciones internas como del medio ambiente”. (Colin, 2002, parra 19, en Burgos, 2005 pág 1).

Somos seres sociales y nuestras relaciones van marcando nuestra manera de vivir y constituyen una importante fuente de apoyo. Por lo mismo, en la mayoría de las personas existiría una necesidad de ser aceptado y valorado, que en conjunto con la presencia de un miedo al rechazo, podría generar un deseo de ser mejor o de realizar cambios en ellos. A partir de esto, podría surgir la presión por adelgazar dándole un valor exacerbado al cuerpo “perfecto”.

La responsabilidad de tal influencia depende, por igual, de la publicidad y de la moda, como de los mensajes de la industria de la cosmética, imagen y dietética. “Indudablemente, esta presión ejerce más influencia en las personas más vulnerables, las mujeres y las adolescentes”. (Gómez, García, Corral, 2009, pág 19).

“En los últimos treinta años se ha producido un cambio en la concepción del ideal de belleza apostándose por un cuerpo más esbelto y angular, la delgadez se ha convertido en un signo de belleza, de éxito y autocontrol”. (Perpiña, 1995, en Burgos, 2005, pág 7),

“Es así, como la sobrevaloración de la delgadez, el cambio de roles de la mujer y en definitiva los factores socioculturales, tienen un importante papel en la génesis de los trastornos de la conducta alimentaria, pero no son suficientes para explicarlos” (Perpiña, 1995, en Burgos, 2005, pág 7).

Anorexia Nerviosa y Familia

Múltiples estudios han señalado determinadas características que parecen repetirse tanto en las pacientes que padecen Anorexia Nerviosa, como en las familias en que la adolescente se encuentra inserta.

En relación con lo anterior, se puede mencionar que: existen distintas maneras de abordar este tipo de trastornos, uno de estos es por medio de la familia (Cruzat, Ramírez, Melipillán y Marzolo, 2008), las cuales siempre se ven afectadas y reaccionan de alguna forma, es decir, lo viven y lo sufren de igual forma que la persona que lo padece. Sin embargo, numerosas investigaciones muestran relación entre ciertos estilos de

funcionamiento familiar con la presencia de trastornos alimenticios, ciertos estilos de funcionamiento en familias con un individuo con trastorno de alimentación difieren de aquellas sin miembros con trastornos alimentarios (Cruzat et al, 2008). Incluso, se ha planteado que existirían características propias de estas familias que llegarían a convertirlas en patrones para la explicación de este trastorno. Es decir, serían familias que “mantienen relaciones estrechas e implicaciones interpersonales excesivas, siendo con esto muy sobreprotectoras y rígidas, teniendo así problemas para la resolución de conflictos” (Saldaña, 2001, pág 382). Además, serían familias que, constantemente, evitarían conflictos, por lo que no serían capaces de enfrentar lo que está sucediendo de manera adecuada.

“Las descripciones, en general, han coincidido en observar en estas familias la presencia de importantes déficits en el soporte afectivo familiar, apoyo, comprensión, empatía, compromiso y aceptación mutuos, así como más rechazo, abandono, privación, descuido y crítica, tendiendo a establecer relaciones intrafamiliares a nivel emocional altamente culpógenas, controladoras, ambivalentes e inestables afectivamente”. (Humphrey, 1986; Strober, 1987; Humphrey &

Stern, 1988; Lofrano, 1995; en Droguett y García, 1997, pág 64).

A partir de estudios con pacientes anoréxicos Wilson (1980) ha enunciado cinco características acerca del perfil psicológico de estas familias:

1. Exhibición del perfeccionismo.
2. Desestimación de los afectos.
3. Infantilización en la toma de decisiones, hipercontrol de los niños.
4. Excesiva preocupación por la gordura y la dieta.
5. Exhibicionismo de los padres.

Sin embargo, aún no se tiene certeza si tales características familiares son causales o consecuentes de estos trastornos. Pudiendo considerarse como un factor predisponente, el cual al parecer ejerce su mayor efecto durante el período de la adolescencia de estos pacientes, así como por otra parte podría ser un factor de cronicidad una vez instalados estos últimos, tendiendo estas características a rigidizarse y acentuarse (Droguett y García, 1997).

Igualmente, se ha descubierto que las familias que cuentan con miembros con

Anorexia Nerviosa presentan características que se repiten en relación a conceptos tales como límites familiares difusos, rigidez, resolución de conflictos inadecuada y carencia de autonomía (Saldaña, 2001).

En cuanto a la evitación de conflictos se refiere, se puede establecer que estas familias suelen tener características de aglutinamiento, rigidez y sobreprotección siendo poco tolerantes a enfrentar y manejar adecuadamente situaciones estresantes. Debido a esto, no se produce una negociación explícita de las diferencias y desde afuera el sistema familiar es visto como si no tuviera problemáticas, ya que no se afrontan. La evitación trae como consecuencia un aumento en la intensidad, peligrosidad, y mantenimiento de los síntomas, además de incrementar la falta de conciencia de la adolescente acerca de su problema, la cual actúa como si su situación fuera normal (Rausch y Bay en González et al, 2002).

En relación a los límites familiares, se puede establecer que las familias con un miembro que presenta trastorno alimentario como la Anorexia Nerviosa, favorecen la presencia de aglutinamiento, entendido como límites poco claros en cuanto a la individualidad de los miembros. Debido a lo anterior, no es posible delimitar la individualidad de cada uno de los integrantes

de la familia y además suele haber altos grados de cohesión entre ellos. Esto, agregado a la sobreprotección de los padres, retarda el desarrollo de la autonomía de los hijos (Rausch y Bay en González et al, 2002).

Finalmente, la rigidez se relaciona con familias que actúan como sistemas con límites poco permeables, lo que impide la posibilidad de autorregular su permanencia y viabilidad. Esta inflexibilidad sólo permite un repertorio limitado de respuestas interpersonales y dificulta modificar las pautas de interacción ante crisis evolutivas normales (Minuchin, Rosman y Baker, 1978 citados en Rausch y Bay, 1997 citados en González et al, 2002).

El estilo y características de la comunicación al interior de familias que presentan algún problema alimentario, ha sido descrito como un tipo de comunicación no directa (Johnson & Flach, 1985; Ordman & Kirschenbaum, 1986; cit en Lofrano, et al, 1995, en Droguett, García, 1997), en la que se destaca una tendencia a usar significativamente más mensajes interpersonales complejos y no verbales, tales como expresiones faciales, posturas corporales, inflexiones de voz y contexto secuencial (Humphrey, 1989 en Droguett y García, 1997, pág. 66).

“De esta manera, y del mismo modo que han observado Strober y Humphrey (1989), ambos padres tienden a utilizar un estilo comunicacional doblevincular con sus hijos, es decir, generalmente yuxtaponen dos indicaciones contradictorias entre sí orientadas, por una parte, a ejercer un fuerte control y dirección sobre ellos, y por otra, a darles autonomía a través de una pseudocomprensión.” (Droguett y García, 1997, pág. 66)

Otro aspecto que también se ha relacionado con las pacientes que padecen Anorexia Nerviosa y al mismo tiempo con sus familias, es la Alexitimia. Ésta puede definirse como la disminuida capacidad para identificar y describir sentimientos, y como una dificultad para distinguir las sensaciones corporales del arousal emocional (Nemiah, 1977 citado en Espina, Ortego, Ochoa de Alda y Alemán, 2001). En relación con lo mencionado anteriormente, la alexitimia puede relacionarse tanto con familias que evitan los problemas y dificultades emocionales, como con familias que presentan el “mito de armonía” donde se inculca el bloqueo de las emociones para evitar conflictos (Onnis y Di Genaro, 1987 citados en Espina et al, 2001). Lo anterior plantearía que las características de las familias podrían influir en los pacientes con trastornos alimentarios, ya que se ha

demostrado que los padres y madres que presentaban características alexitímicas se las transmitían a sus hijos mediante la crianza (Espina, et al, 2001). Nuevamente resulta relevante tomar en cuenta el factor familiar como una variable relacionada de manera significativa con el trastorno alimentario de la Anorexia Nerviosa.

Se puede apreciar (Lofrano, 1995), que independientemente de las diferencias específicas en relación a la constelación familiar, el funcionamiento disarmónico de ésta, sostenido por las alteraciones afectivas de los padres, junto con la precariedad de la función de sostén familiar, exponen al hijo a un alto grado de inestabilidad emocional. Facilitando, de esta manera, la aparición del trastorno alimentario (Droguett y García, 1997).

En relación a los pacientes que sufren Anorexia Nerviosa, se ha descubierto que no sólo las familias comprometerían ciertas características, sino que las mismas personas que padecen el trastorno también lo harían. Se podría destacar que tendrían una personalidad bastante particular que incluso, las llevaría a diferenciarse de otros tipos de trastornos alimentarios como la Bulimia Nerviosa o el Trastorno por atracón.

Por lo tanto, “la personalidad, es decir, la forma de reaccionar ante los demás, de comunicarse, pensar y expresar emociones, en los TCA, se deben ver dentro del contexto familiar, fundamentados en la observación de patrones de comportamiento, y en las anoréxicas nerviosas, se ve, principalmente, la inflexibilidad, baja tolerancia a la frustración y necesidad de control” (González, Unikel, Cruz y Caballero, 2003, pág 2).

Además, se asociarían con conductas obsesivas y exceso de control, por lo que serían personas restrictivas ante la ingesta de alimentos, y como poseerían la creencia de que el perder peso mejorará su sentimiento de ineficacia e inadecuación, serían bastante obsesivas en cumplir con tal control, llegando a tener incluso, características más neuróticas (González, et al, 2003).

Asimismo, las personas que padecen de Anorexia Nerviosa, son más introvertidas, no expresarían la angustia y negarían la sensación de hambre. Poseerían alta tendencia a la persistencia y baja autodirección. Son temerosas, ansiosas, dependientes y evitativas. Incluso, se caracterizan por tener muy baja autoestima, autovalorarse en base a la imagen corporal, por el perfeccionismo al que quieren llegar y por la baja autodirección que poseen. (González, et al, 2003).

A partir de lo planteado anteriormente, y al conocer las características de las familias y las adolescentes con Anorexia Nerviosa, se podría hipotetizar que el éxito en la vida se asocia a la belleza física y a la delgadez, que los significados construidos por las familias serían en torno a la perfección, constituyendo un rol fundamental en la vida de estos pacientes. Además se podría deducir, que no es bueno demostrar lo que se siente, que es mejor negar o evitar los conflictos que enfrentarlos y así mantener su ideal de “familia perfecta”. A su vez, no importaría transgredir ciertos límites, transmitiendo que la intimidad se contrapone con tal ideal (Cruzat, et al, 2008).

Anorexia Nerviosa y Apoyo familiar

Basándose en los programas de prevención de trastornos de alimentación, es fundamental y muy necesario incorporar a las familias en estos, para que se favorezca la comunicación con ambos padres y que estos permitan un ambiente familiar menos cohesionado, facilitándose la resolución adecuada de los conflictos (Cruzat et al, 2008).

Es importante mencionar que el apoyo que necesitan, sienten o se les debe otorgar a pacientes con este trastorno de la conducta alimentaria, es bastante importante y

comprometería desde lo social, hasta lo familiar.

El apoyo social, se podría entender como un conjunto de abastecimientos proporcionados por la comunidad, redes sociales y personas de confianza, las cuales se pueden entregar tanto en situaciones difíciles, como también en las favorables (Lin citado en Marcos, Terol, Quiles, 2003).

Además, se ha comprobado que “mientras mayor sea el apoyo social que se reciba y la satisfacción con el mismo, menor sería el impacto de la enfermedad” (Marcos et al, 2003, pág 317), por lo que cuando los pacientes se sienten apoyados y acompañados en este proceso de recuperación, muchas veces se logra esta última, así como también, una vez recuperados, el mantenimiento de la mejoría.

Cabe destacar, que existen diferencias de percepción de apoyo y de este mismo en los diferentes trastornos de la conducta alimentaria. Sin embargo, en cuanto a las anoréxicas, se espera que cuenten con una red familiar en donde sus padres sean quienes le entregan más apoyo (Marcos et al, 2003).

Anorexia Nerviosa y Conceptos Movilizadores

Con respecto al tratamiento y relacionándolo con lo mencionado sobre los

conceptos movilizadores, éstos serían especialmente aportativos, ya que ayudarían a movilizar al paciente y a motivarlo para su eventual mejoría (Opazo y Bagladi, 2010).

La Anorexia Nerviosa, es un trastorno multicausal donde la biología juega un papel fundamental, por lo que la *significación biológica* es de suma importancia a la hora del tratamiento, debido a que conociendo cómo la persona significa biológicamente, podríamos deducir cómo traduce sus experiencias. Incluso, el mismo trastorno generaría cambios biológicos que llevaría a tener significados alterados. Por ejemplo, si una paciente se encuentra en inanición el cual es un “estado de agotamiento o debilidad consecuencia de una nutrición deficiente o de una patología que impide la utilización correcta de los alimentos” (Diccionario de Medicina, VOX), la percepción se ve afectada y por lo mismo significaría de forma inadecuada. Por lo tanto, dentro del proceso psicoterapéutico, se intentará hacer consciente la manera en que el paciente significa, para que posteriormente regule tal significación de manera más adecuada y adaptada a la realidad, incorporando así el concepto movilizador relacionado con los *espacios de significación cognitiva*.

A su vez, sería fundamental lograr *motivar* a estos pacientes cognitivamente, por

su poca adherencia al tratamiento, debido a que “son personas con baja motivación al cambio terapéutico (Bagladi, 2003 y Burgos, 2005, pág 58). Por lo tanto, al aportar razones que al paciente le den sentido, se podría asegurar una mayor adherencia y por ende, una mayor disponibilidad para alcanzar la mejoría.

Con respecto a la *inercia afectiva*, es necesario cambiar el estado emocional en el que se encuentra el paciente, el cual es más bien irritable, negativo y depresivo, para así poder generar un estado emocional antagónico ofreciendo así, resistencia al surgimiento del estado emocional anterior.

Los pacientes con anorexia tienden a percibirse a sí mismos, según como se encuentre su físico. Por lo que, en la medida en que se sienten más cómodos con su imagen corporal, se sienten mejor con ellos mismos. Por el contrario, cuando se sienten incómodos con tal imagen, su estado emocional decae. Es por lo anterior, que es de suma importancia trabajar la *autoimagen* para que sea estable y no depender del estado emocional en el que se encuentran. De esta manera, lograr que estos pacientes se validen a sí mismos y que se acepten como personas y no a partir de algo tan efímero como lo es su físico.

A partir de las características familiares de estos pacientes, se puede ver que por lo general, en las familias hay un ambiente que refuerza la patología sintonizando con ésta, al contrario de lo que se busca en el tratamiento, donde se espera que el paciente conviva en un *ambiente patodistónico*, es decir, que entre en conflicto con los comportamientos y/o rasgos desajustados de la persona, ayudándolo así a la modulación e incluso, la modificación de los comportamientos desadaptativos/ patológicos del paciente (Opazo y Bagladi, 2010).

Con respecto a lo anteriormente mencionado, en el tratamiento se busca que los pacientes con trastorno de la alimentación, puedan activar de forma apropiada su ambiente social - *conducta pulsante*-. Debido a que se encuentran insertos en ambientes más bien mantenedores de su patología se fomentará el buscar y/ o generar *ambientes patodistónicos* (o contrarios a la patología) y es en ellos donde requerirán de una mejor conducta pulsante, siendo un importante objetivo terapéutico el aumento del repertorio conductual del paciente para lograrlo.

Asimismo, tanto dentro del vínculo terapéutico, como en su sistema familiar, se espera que el paciente logre generar interacciones que se potencien de forma

positiva, aportándole y ayudándole a cambiar y superar esta difícil enfermedad, esto es, una adecuada *potenciación interaccional*.

Dentro del tratamiento, se espera abstraer al paciente de su *egocentrismo semántico*, mostrándole que existen diversas maneras de significar las experiencias, ya que no estarían significando correctamente, al encontrarse todo teñido por su patología y su estado anímico del momento. Además, se sabe que estos pacientes no interactúan de forma adecuada con sus familias, por lo que trascenderían el *umbral de incompatibilidad* interactiva. Por lo mismo, una vez superado y/o manejado el egocentrismo semántico, se podría establecer un trabajo que se refiera a mejorar las relaciones y evitar los conflictos familiares tan característicos de estos trastornos. A su vez, podemos observar la presencia de una *distancia psíquica* entre alguno de los individuos que conforman la familia del paciente, debido a que por lo general se comunican mal, no se comprenden, empatizan poco y les cuesta generar acuerdos. (Opazo y Bagladi, 2010). En el tratamiento se espera superar esta distancia psíquica alcanzando, a su vez, una *sintonía vivencial* para que los miembros de la familia y el ambiente cercano en el que el paciente se desenvuelve, logren comunicarse en la misma

frecuencia, tanto en ámbitos emocionales como sentimentales.

Es esencial en el tratamiento, mostrarle al paciente que a pesar de que sienta que es capaz de lograr sus objetivos autoimpuestos con respecto al peso y la figura, su pérdida es mayor debido a que en definitiva, está perdiendo su vida. Se comporta como *Ganador Puntual – Perdedor Existencial*. Esto se puede ver reflejado, tanto en los daños físicos que se está generando, como en las consecuencias psicológicas que este trastorno le provoca.

Una manera en que el paciente se convierta en un *ganador existencial*, así como también alcanzar la mejoría, es por medio de la construcción de un *trasfondo eficaz*, debido a que éste ayuda a que la persona sea capaz de gestar una historia emocional segurizadora para los enfrentamientos futuros, lo cual se encontraría estrechamente relacionado con una significación adecuada y adaptativa. Junto con esto, el *awariness integral* juega un rol protagónico en el proceso psicoterapéutico, porque amplía el campo de conciencia del paciente, que se traduce en estímulo efectivo para la participación activa de él en este proceso. El paciente será capaz de darse cuenta en lo cognitivo, con arraigo en lo afectivo y movilizante hacia objetivos

precisables y alcanzables (Opazo y Bagladi, 2010, pág 14).

Factores Precipitantes, de Desarrollo y Mantención

“En la actualidad se ha optado por un modelo pluricausal en el que interactúan diferentes tipos de variables biológicas, psicológicas y relacionales, dando lugar a una serie de factores predisponentes, precipitantes y de mantenimiento que permiten explicar la aparición y cronificación de los trastornos de la conducta alimentaria”. (Caro, 1986, parra 4, en Burgos, 2005, pág 8).

“Como *factores precipitantes* se encuentran: cambios corporales, separaciones y pérdidas, rupturas conyugales de los padres, contactos sexuales, incremento rápido de peso, críticas sobre el cuerpo, enfermedad adelgazante, traumatismo desfigurador, incremento en la actividad física y acontecimientos vitales” (Perpiña, 1995, en Burgos, 2005, pág 15)

En cuanto a los *factores de desarrollo y mantención* de los trastornos de alimentación se puede observar que a nivel individual hay alta autocrítica. “Alto perfeccionismo, baja autoestima. Alta ansiedad social, dificultad para expresar

afectos. Locus de control externo. Pobre awareness de conflictos inconscientes. No relacionan conducta- consecuencia. Alto nivel de alexitimia. Presencia de esquemas tácitos negativos en relación a imagen corporal y alimentación. En ocasiones están presentes eventos traumáticos. Baja asertividad. Por lo general, son pacientes con baja motivación al cambio terapéutico". (Bagladi, 2003; en Burgos, 2005, pág 58).

"La historia de sobrepeso u obesidad, las malas experiencias infantiles, el miedo a madurar y la baja autoestima provocan insatisfacción personal y corporal. Algunos rasgos, como el perfeccionismo, el miedo a equivocarse, la excesiva atención al detalle y rigidez, marcarían el estilo de pensamiento de los pacientes con anorexia, pudiendo estar presentes antes del inicio de la enfermedad o aparecer como consecuencia de la desnutrición y pérdida de peso. Todos ellos conforman un carácter o personalidad con mayor probabilidad de desarrollar la enfermedad". (Gómez et al, 2009, pág 18).

A partir de lo anteriormente mencionado, se podría deducir que la mayoría de los medios audiovisuales venderían una imagen de perfección, asociada a ciertos estándares de belleza, que ejercerían presión en las personas para ir incorporando estos valores en el Self. En muchos casos, las

familias pueden tanto proteger de dichas influencias, mostrándole otros valores más saludables, así como también, potenciar la presión de los medios, sirviendo como modelos de preocupación por el peso y la figura (Marín, 2007).

Sistema Self

Anorexia Nerviosa y Sistema SELF

Según diversos estudios epidemiológicos, "el inicio de la anorexia nerviosa suele ocurrir entre los 10 y los 30 años; aumentando su frecuencia a partir de los 13 años, para llegar a un *pick* entre los 17 y 18 años de edad" (Kaplan, 2000 en Marín, 2007, pág 79). Es durante la adolescencia, el período en el cual la persona se encuentra en pleno proceso de diferenciación, exploración y definición identitaria. Se podría decir, que posiblemente el adolescente desarrollaría anorexia nerviosa, si se construyera a sí mismo en función de su imagen corporal, sobre todo si no cuenta con otros referentes desde su ambiente (sociedad, familia y pares), ni desde su propia experiencia (Marín, 2007). De este modo, su única posibilidad de sentirse bien consigo mismo, sería alcanzar el estándar de delgadez introyectado de la sociedad, lo que constituiría su "Self ideal". "La discrepancia entre su cuerpo en formación y

su cuerpo ideal, unido a la inestabilidad anímica propia de la etapa, lo llevarían a un afecto negativo e insatisfacción corporal, aumentando la probabilidad de dar inicio a un trastorno de la conducta alimentaria” (Marín, 2007, pág 129).

Las pacientes con trastornos alimentarios “presentarían un número reducidos de esquemas del sí mismo positivos, lo que generaría sentimientos de incompetencia, baja autoestima, temor a perder el control y en definitiva un autoconcepto poco claro” (Stein, 1996, en Marín, 2007, pág 112), una autoestima disminuida y una autoimagen ascensor, la cual generaría una imagen del sí mismo que asciende o desciende según el estado de ánimo en el que se encuentra la persona (Opazo, 2001). A partir de lo anterior, se podría decir que la *función de identidad* de tales pacientes, podría verse afectada.

Asimismo, el logro de identidad, abarcaría a un proceso en el que el sistema se abre a la experiencia, pasando por un período de desorganización, para luego autoorganizarse incorporando aspectos de las experiencias vividas. “Los mecanismos morfostáticos de la *función de autoorganización* del Self, ayudarían a mantener este Self marcado por la imagen corporal y crearían cogniciones, afectos y

conductas consistentes, manteniendo la patología” (Marín, 2007, pág 130).

Lamentablemente en estos casos, las experiencias anteriormente planteadas no son lo suficientemente enriquecedoras como para poder crecer y desarrollarse adecuadamente, debido a que al internalizar el ideal de delgadez y de los esquemas del peso, se estaría contribuyendo a distorsionar la interpretación de las experiencias, haciendo a la persona más vulnerable y propensa a la asociación entre éxito, belleza y delgadez (Marín, 2007).

Algunos autores como Sim y Zeman (2006) hipotetizan que, dado que el afecto negativo estaría asociado a la experiencia de insatisfacción corporal, pobre awareness y por ende, una inadecuada toma de conciencia, la incapacidad para identificar ciertas emociones podría llevar a utilizar la restricción alimentaria, el atracón o las conductas compensatorias, como un modo de manejar las emociones y afectos negativos que no se pueden identificar con claridad. Si no se es capaz de identificar la emoción, difícilmente se podrá traducir la experiencia vivida con estrategias de afrontamiento adecuadas (Marín, 2007), con lo cual la *función de significación* también se vería afectada.

La internalización del ideal de delgadez como sentido de vida, iría construyendo esquemas inconscientes de creencias relacionadas con la importancia del peso y figura, que combinados con la escasez de otros esquemas del sí mismo más positivos, podrían generar trastornos de la conducta alimentaria (Marín, 2007). A partir de tales esquemas, pensamientos y metas inadecuadas, serían personas que tendrían una incapacidad para controlar, regular y guiar su conducta, viéndose así afectada la manera de conducir su vida adecuadamente (Bagladi, 2010). Además, los pacientes con trastorno de la conducta alimentaria “tienen poca conciencia de su historia de logros, pues su atención está puesta en lograr controlar la ingesta y el peso, debido a que su autoestima y autoimagen están basadas en su imagen y en su peso de forma exclusiva”. (Burgos, 2005, pág 148). *La función de conducción de vida* les permitiría seguir implacablemente la lucha por llegar a estándares de belleza autoimpuesto (Marín, 2007).

Existen menos antecedentes para especular sobre la *función de búsqueda de sentido*, sin embargo, “es posible pensar que el hecho de que una imagen física determinada constituya su sentido de vida, hablaría de un vacío existencial importante” (Marín, 2007, pág 130) y de una función de

búsqueda de sentido restringida, empobrecida y distorsionada, con sus consecuentes derivaciones perjudiciales en la adaptación social, desarrollo personal y administración vital.

Conclusiones

Los trastornos de la conducta alimentaria serían alteraciones relacionadas con la ingesta, consecuencia del esfuerzo por controlar el peso y la figura. Además, son patologías complejas cuya etiopatogenia se entiende mejor a partir de un modelo biopsicosocial, junto con ser multidimensional.

Específicamente, en la Anorexia Nerviosa, la característica esencial de esta enfermedad, radicaría en el rechazo a mantener el peso corporal mínimo y un miedo intenso a engordar, junto con una distorsión en la percepción del tamaño corporal.

La Anorexia Nerviosa es un trastorno de la conducta alimentaria que continúa generando muertes en la actualidad y cada vez va encontrando inicios más tempranos. Las mujeres son las que presentan mayor prevalencia de este trastorno, pero no por esto es una enfermedad sólo del género femenino. En la actualidad, cada vez más hombres están viéndose afectados por esta

patología, padeciendo las mismas penurias que las mujeres Anoréxicas (Ballester, Guirado, 2003). Es por esto, que es necesario seguir investigando y descubriendo nuevas variables que pueden verse involucradas en la Anorexia Nerviosa, para así, en un futuro, disminuir la presencia de esta patología o al menos controlarla y abarcarla de manera más integral y completa.

Cabe destacar que la familia cumple un papel importante dentro de este trastorno, ya que puede influir tanto en la génesis como en el mantenimiento del mismo. Es por esto, que en este estudio se intentó abordar cómo las familias van construyendo significados en interacción con los miembros que la conforman, ya que de esta manera se podría facilitar y ampliar el entendimiento en relación a la Anorexia Nerviosa y las características que se repiten tanto en las adolescentes que la padecen, como en sus familias. Al adentrarse en los significados contruidos por estas familias, se podrá ver qué aspectos recurrentes se pueden describir en las interacciones y así ampliar el conocimiento que se tiene de la variable familiar presente en este trastorno.

Entender cómo se construyen los significados al interior del sistema familiar, permitirá comprender de manera más profunda y significativa los comportamientos

que ocurren en torno a esta patología, en las familias implicadas. Esto ampliaría el conocimiento acerca de las intervenciones que buscan generar apoyo social para las pacientes que padecen Anorexia Nerviosa.

Además, el uso de los conceptos movilizadores en un eventual tratamiento, parece ser un aporte significativo para la psicoterapia en Trastornos Alimentarios, a través de movilizar al paciente para motivarlo a cumplir los objetivos planteados en el proceso psicoterapéutico, ya que aportan fuerzas de cambio específicas. Así como también ser de gran relevancia para lo que respecta a la significación, el darse cuenta y el uso adecuado de los recursos personales, entre otros.

Gracias al Modelo Integrativo Supraparadigmático, podemos entender al Self como “el eje integrador de la experiencia”, así como a su vez, comprender sus distintas funciones, lo cual nos permite, tener una mirada más global e integradora de los diversos trastornos psicológicos.

A partir de lo encontrado en la revisión bibliográfica realizada tanto clínicamente como a partir de la investigación, se plantea que el Self y sus funciones, se verían fuertemente afectados por el trastorno de la conducta alimentaria, debido a que es un

síndrome multicausal y biopsicosocial afectando a unas funciones en mayor medida que en otras, involucrando al Self en su totalidad.

Como planteamiento para un futuro estudio y a partir de características comunes entre las familias se podrían, a nivel de tratamiento, desarrollar intervenciones en torno a ellas; esto permitiría tratamientos más adecuados y personalizados entorno a esta patología, que podrían reportar nuevos beneficios para las familias implicadas.

Además, si se constatan aspectos diferenciales en los discursos de las familias con pacientes con Trastornos Alimenticios, se podría obtener información nueva acerca de las construcciones de significados, que permitirían una comprensión más sistémica e integral de la patología y sus implicancias.

Con lo anterior, si se descubre que los discursos al interior de las familias varían entre los miembros que no padecen la patología y las adolescentes con Anorexia Nerviosa, se podría obtener información significativa que abriera nuevas aristas de investigación. Se podría comenzar a estudiar en profundidad las creencias y significados contruidos a nivel familiar, para ver qué implicancias podría tener el que éstas resulten ser discordantes al interior de la familia.

Es importante destacar que aún cuando no se tenga una muestra clínica, (dado que esta es una investigación bibliográfica), que valide lo postulado en este estudio, es de relevancia dejar planteado un tema importante para que futuras investigaciones profundicen con respecto a esta temática, ya que tanto el sistema familiar y el Self son fundamentales a la hora del entendimiento de esta enfermedad y el proceso psicoterapéutico de la misma. Por lo que se podría deducir que al trabajar sobre las funciones de identidad, toma de conciencia, significación, autorregulación, búsqueda de sentido y conducción de vida, se podría alcanzar un mejor tratamiento más completo e integral y por ende, existiría una mayor probabilidad de mejoría de este trastorno tan complejo.

Además, se pretende aportar a que los psicólogos comiencen a incorporar estos conocimientos en el proceso psicoterapéutico, tomando en cuenta el paradigma sistémico y cómo dentro de las familias la significación podría estar influenciando en el trastorno. Con esto, al conocerlas junto con el adecuado uso de los conceptos movilizadores, lograr aportar en un tratamiento que considere las diferentes funciones del Self y así llegar a proponer una comprensión integral de la dinámica psicológica de los pacientes, en base

al Modelo Integrativo Supraparadigmático, el cual aporta una mirada integral y por ende, herramientas para el reconocimiento y utilización de diferentes fuerzas de cambio al servicio del diseño de un tratamiento más adecuado para este trastorno.

Finalmente, a medida que se van logrando nuevos descubrimientos, este trastorno comienza a ser abarcado de mejor manera, es así que este trabajo ha buscado aportar en ayudar y motivar futuras investigaciones que indaguen en la relación existente entre la Anorexia, el paradigma sistémico, el uso de los conceptos movilizadores, el sistema Self y sus funciones y sobre todo, que resulten útiles y significativas para un mejor entendimiento y tratamiento de la Anorexia Nerviosa.

Referencias

- Bagladi, V. (2004)** Psicoterapia integrativa en trastornos de personalidad. En H. Fernández – Álvarez & R. Opazo (Eds), La integración en psicoterapia: Manual práctico (p. 183- 227). Barcelona: Paidós.
- Bagladi, V. (2007)**, clase exposición Psicoterapia Integrativa.
- Bagladi, V. (2010)**. Supraparadigma Integrativo y Sistema Self. Clase Magíster, 2010.
- Ballester, R., Guirado, M., (2003)**. Detección de conductas alimentarias de riesgo en niños de once a catorce años. *Psicothema*, 15, 556-562.

Consultado el 6 de Septiembre de 2008. Disponible en <http://www.psicothema.com/pdf/1107.pdf>

Behar, R., Alviña, M., González, T., Rivera, N. (2007). Detección de actitudes y/o conductas predisponentes a trastornos alimentarios en estudiantes de enseñanza media de tres colegios particulares de viña del mar. *Revista Chilena de nutrición*, 34, 1-24. Consultado el 5 de septiembre de 2008. Disponible en <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=46934309>.

Bernales, S. (1993) La familia chilena actual ¿cuál familia? Santiago: *Revista del Instituto Chileno de Terapia Familiar*. Año 1 Nº 2, pp. 62-78

Burgos, M. (2005). Trastorno de la Conducta Alimentaria y Psicoterapia Integrativa. Tesis Magíster UAI-ICPSI

Cruzat, C., Ramírez, P., Melipillán, R., Marzolo, P., (2008). Trastornos alimentarios y Funcionamiento Familiar percibido en una muestra de estudiantes secundarias en la comuna de concepción, Chile. *PSYKHE*, 17, 81-90. Consultado el 6 de Septiembre de 2008. Disponible en <http://www.scielo.cl/pdf/psykhe/v17n1/art08.pdf>

Diccionario de Medicina VOX, (S/A). Extraído el día 31 de Marzo del 2011, de la fuente <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:MPtYkLrc4BIJ:salud.doctissimo.es/diccionario-medico/inanicion.html+definicion+medica+de+inanicion&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=cl&source=www.google.cl>

Droguett, S. y García, P. (1997). Aspectos Teóricos y Técnicos de la Bulimia: Una aproximación psicoanalítica. Universidad Central. Facultad de Ciencias Sociales. Escuela de Psicología.

Espina, A., Ortego M., Ochoa I., Alemán A. (2001). Alexitimia, familia y trastornos alimentarios. *Anales de Psicología*, 17, 139-149. Consultado el 4 de septiembre de 2008. Disponible en <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/167/16717111.pdf>.

Gómez del Barrio, García Gómez, Corral Collantes. (2009) Convivir con los Trastornos de la Conducta

Alimentaria: *Anorexia, Bulimia y trastorno por atracones*. Editorial Panamericana.

González, L., Unikel, C., Cruz, C., Caballero, A. (2003). Personalidad y Trastornos de la Conducta Alimentaria. *Salud Mental*, 1-8. Consultado el 6 de Septiembre de 2008. Disponible en <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=58232601>

Hurtado, M., González, L., Hidalgo, M., Nova, C., Venegas, M. (2002). Relación entre factores individuales y familiares de riesgo para desórdenes alimenticios en alumnos de enseñanza media. *Revista de Psicología Universidad de Chile*, 11, 91-116. Consultado el 4 de septiembre de 2008. Disponible en <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/264/26411107.pdf>.

López-Ibor, J. & Valdés, M (2002). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado*. Barcelona: Masson. ISBN 9788445810873.

Marcos, Y., Terol, M.C., Quiles, M.J. (2003). Evaluación de Apoyo Social en Pacientes con Trastornos de la Conducta Alimentaria: Un estudio

de revisión. *Internacional Journal of Clinical and Health Psychology*, 2, 313-333. Consultado el 6 de Septiembre de 2008. Disponible en <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=33730207>

Marín, M.L. (2007). Propuesta de Programa de Prevención de Trastorno de Conducta Alimentaria en el Modelo Integrativo Supraparadigmático.

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: Paidós.

Opazo, R. y Bagladi, V. (2010). Enfoque Integrativo Supraparadigmático. E.I.S. Psicoterapia Integrativa. Clase Magíster, 2010.

Saldaña, C. (2001). Tratamientos Psicológicos eficaces para Trastornos del Comportamiento Alimentario. *Psicothema*, 13, 381-392. Consultado el 5 de Septiembre de 2008. Disponible en <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?ID=461>.

PSICOTERAPIA INTEGRATIVA. “Una Nueva Mirada a la Delincuencia Juvenil”

Michelli Melis Torrejón⁶

Abstrac

Juvenile delinquency is getting worse in every country and everywhere; in Chile, is becoming a very serious problem. In 2005, law 20084 was promoted being its main subject adolescent criminal responsibility. Onwards, this law becomes a part of a whole process, which involves a comprehensive reform within the framework of the International Convention of Child and Adolescents Rights. Boys, girls, and adolescents, are now considered as having rights and persons that require integral protection.

Being therapeutic goals a necessary condition that make it possible useful interventions, this new approach is a contribution. Now, we can know better where we can go, and how we can go... on that direction. In the meanwhile, many different factors have comes to light, and different explorations of criminal behaviors can be considered. The conclusion: since there are multiple causes involved, and so many factors participating, a different conceptual approach is needed, so we can bring some order to this field. The Supraparadigmatic Integrative Model (Opazo, 1983) is proposed, as a useful contribution to comprehend and change juvenile delinquency.

Keywords: *Juvenile delinquency, Supraparadigmatic Integrative Model, Integrative Psychotherapy.*

Resumen

El fenómeno de la delincuencia juvenil se ha incrementado, en forma importante, en la mayoría de los países en los últimos años; constituyéndose en un grave problema en Chile. El año 2005, se aprueba y publica en Chile, la Ley 20.084, sobre responsabilidad penal adolescente. En adelante, la nueva ley se enmarca en un proceso de reforma integral y de modernización del sistema de justicia, abandonando el paradigma tutelar para asumir los mandatos de la Convención Internacional de los Derechos del niño, niña y adolescente, a quienes ahora se les concibe como sujetos de derechos, que requieren de protección integral.

Como es sabido en la psicología clínica, para poder implementar una intervención eficaz, es necesario primero tener claridad respecto a cuales serán nuestros objetivos terapéuticos. Y, con ellos, cuál será el modelo o teoría que nos guíe al ansiado éxito en el proceso terapéutico. Dentro de la bibliografía actual, es posible observar variados estudios, que intentan explicar el fenómeno delictual y sus factores asociados, llegando a la conclusión, que tales factores son heterogéneos y multicausales.

Este artículo analiza las principales teorías explicativas de las conductas delictivas juveniles, y plantea una propuesta de evaluación e intervención desde la perspectiva del Modelo Integrativo Supraparadigmático (Opazo, 1983).

Palabras claves: *Delincuencia Juvenil, Modelo Integrativo Supraparadigmático, Psicoterapia Integrativa.*

⁶ Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa
icpsi@icpsi.cl

Delincuencia Juvenil en Chile

La preocupación por entender y elaborar políticas públicas de prevención de la delincuencia ha cobrado gran relevancia en numerosos países del mundo. Una de las variantes más preocupantes del comportamiento delictivo es aquel protagonizado por jóvenes y menores de edad, ya que puede acarrear consecuencias futuras negativas, tanto para ellos como para su entorno.

En Chile se ha podido observar un aumento progresivo en las aprehensiones de menores de 18 años por participación en actividades delictivas. Por ejemplo, en el caso del robo con violencia, la tasa de aprehensiones de jóvenes de entre 12 y 17 años de edad registra un incremento de 600% entre los años 1995 y 2001, en comparación con un incremento de 217% de las aprehensiones de jóvenes entre 18 y 24 años. (Elaboración propia sobre la base las estadísticas de aprehensiones proporcionadas por Carabineros de Chile)

No obstante, estos indicadores son imperfectos debido a que el número de aprehensiones no necesariamente da cuenta del nivel existente de delitos. En este contexto, Fundación Paz Ciudadana realizó

un estudio en el cual se estimó que, entre 6.200 y 17.900 jóvenes de entre los 14 y 18 habían cometido alguno de los delitos descritos (robo, hurto, daños, lesiones, delitos sexuales, homicidio) en 1998. Ello con independencia de si los autores habían sido aprehendidos o no (Blanco y Morán, 1999).

EXPLICACIÓN DE LA DELINCUENCIA

Las explicaciones psicológicas de la delincuencia que han recibido apoyo empírico de parte de la investigación se concretan esencialmente en cinco grandes proposiciones, que actualmente se consideran complementarias. Son las siguientes:

1. La Delincuencia se aprende: La teoría del aprendizaje social es considerada en la actualidad la explicación más completa de la conducta delictiva. El modelo más conocido en psicología es el de Bandura (1987), que realza el papel de la imitación y de las expectativas de la conducta, y diferencia entre los momentos de adquisición de un comportamiento, y su posterior ejecución y mantenimiento.

Sin embargo, el modelo dominante en la explicación de la delincuencia es la versión del aprendizaje social formulada por Akers y Sellers (2004); Akers (2006); quienes consideran que en el aprendizaje del comportamiento delictivo intervienen cuatro mecanismos interrelacionados: 1) la asociación diferencial con personas que muestran hábitos y actitudes delictivos, 2) la adquisición por el individuo de definiciones favorables al delito, 3) el reforzamiento diferencial de sus comportamientos delictivos, y 4) la imitación de modelos pro-delictivos.

2. Existen rasgos y características individuales que predisponen al delito: La investigación biopsicológica sobre diferencias individuales y delincuencia ha puesto en relieve la asociación de la conducta antisocial con factores como lesiones craneales, baja actividad del lóbulo frontal, baja activación del Sistema Nervioso Autónomo, respuesta psicogalvánica reducida, baja inteligencia, Trastorno de Atención con Hiperactividad, alta impulsividad, propensión a la búsqueda de sensaciones y tendencia al riesgo, baja empatía, alta extraversión y locus de control externo. Una perspectiva psicológica todavía vigente sobre diferencias individuales y

delito es la teoría de la personalidad de Eysenck (1989), que incluye la interacción de elementos biológicos y ambientales (Eysenck y Gudjonsson, 1989).

En síntesis, Eysenck (1989) considera que existen tres dimensiones temperamentales en interacción (Garrido, Stangeland y Redondo, 2006; Milan, 2001): 1) la continua extraversión, que sería resultado de una activación disminuida del sistema reticular y se manifestaría psicológicamente en los rasgos “búsqueda de sensaciones”, “impulsividad e irritabilidad; 2) la dimensión neuroticismo, sustentada en el cerebro emocional y que se muestra en una “baja afectividad negativa” ante estados de estrés, ansiedad, depresión u hostilidad, y 3) la dimensión psicoticismo, que se considera el resultado de los procesos neuroquímicos de la dopamina y la serotonina, y se manifestaría en características personales como la mayor o menor “insensibilidad social”, “crueldad” hacia otros y “agresividad”. La combinación única en cada individuo de sus características personales en estas dimensiones y de sus propias experiencias ambientales, condicionaría los diversos grados de adaptación individual y, también, de posible conducta antisocial, por

un marcado retraso en los procesos de socialización. Según Eysenck (1989) los seres humanos aprenderían la 'conciencia emocional' que inhibiría la puesta en práctica de conductas antisociales. Este proceso tendría lugar mediante condicionamiento clásico, a partir del apareamiento de estímulos aversivos, administrados por padres y cuidadores, y comportamientos socialmente inapropiados. Sin embargo, los individuos con elevada extraversión, bajo neuroticismo y alto psicoticismo tendrían mayores dificultades para una adquisición eficaz de la 'conciencia moral', en cuanto inhibidora del comportamiento antisocial (Milan, 2001).

3. Los delitos constituyen reacciones a vivencias individuales de estrés y tensión:

Múltiples investigaciones han puesto de relieve la conexión entre las vivencias de tensión y la propensión a cometer ciertos delitos, especialmente delitos violentos (Andrews y Bonta, 2006; Tittle, 2006). Muchos homicidios, asesinatos de pareja, lesiones, agresiones sexuales y robos con intimidación son perpetrados por individuos que experimentan fuertes sentimientos de ira, venganza, apetito sexual, ansia de dinero y propiedades, o desprecio hacia otras personas. Al respecto, una perspectiva

clásica en psicología es la hipótesis que conecta la experiencia de frustración con la agresión. En esta misma línea, una formulación criminológica más moderna es la teoría general de la tensión, que señala la siguiente secuencia explicativa de la relación entre estrés y delito (Agnew, 2006; Garrido, Stangeland y Redondo, 2006):

- a) Diversas fuentes de tensión pueden afectar al individuo, entre las que destacan la imposibilidad de lograr objetivos sociales positivos, ser privado de gratificaciones que posee o espera, y ser sometido a situaciones aversivas ineludibles.
- b) Como resultado de las anteriores tensiones, se generarían en el sujeto emociones negativas que como la ira energizan su conducta en dirección a corregir la situación.
- c) Una posible acción correctora contra una fuente de tensión experimentada es la conducta delictiva.
- d) La supresión de la fuente alivia la tensión y de ese modo el mecanismo conductual utilizado para resolver la tensión se consolida.

4. La implicación en actividades delictivas es el resultado de la ruptura de los vínculos sociales: La constatación, de que cuanto menos son los lazos emocionales con personas socialmente integradas (como

sucede en muchas situaciones de marginación) mayor es la implicación de un sujeto en actividades delictivas, ha llevado a teorizar sobre este particular en las denominadas teorías del control social. La más conocida en la teoría de los vínculos sociales de Hirschi (1969), quien postuló que existe una serie de contextos principales en los que los jóvenes se unen a la sociedad: la familia, la escuela, el grupo de amigos y las pautas de acción convencionales, tales como las actividades recreativas o deportivas. El enraizamiento a estos ámbitos se produce mediante cuatro mecanismos complementarios: el apego, o lazos emocionales de admiración e identificación con otras personas, el compromiso, o grado de asunción de los objetivos sociales, la participación o amplitud de la implicación del individuo en actividades sociales positivas (escolares, familiares, laborales, etcétera...), y las creencias o conjunto de convicciones favorables a los valores establecidos, y contrarias al delito. En esta perspectiva la etiología de la conducta antisocial reside precisamente en la ruptura de los anteriores mecanismos de vinculación en uno o más de los contextos sociales aludidos.

5. El inicio y mantenimiento de la carrera delictiva se relacionan con el desarrollo del individuo, especialmente en la infancia y la adolescencia: Por último, una importante línea actual de análisis psicológico de la delincuencia se concreta en la denominada criminología del desarrollo que se orienta al estudio de la evolución en el tiempo de las carreras delictivas (Farrington, 1992; Loeber, Farrington y Waschbusch, 1998). Se hace referencia a ella a continuación con mayor extensión por la novedad y relevancia actual de este planteamiento.

ESTUDIOS SOBRE CARRERAS DELICTIVAS Y CRIMINOLOGÍA DEL DESARROLLO

La investigación sobre carreras delictivas, también conocida como criminología del desarrollo, concibe la delincuencia en conexión con las diversas etapas vitales por las que pasa el individuo, especialmente durante los periodos de su infancia, adolescencia y juventud (Farrington, 1992; Loeber, Farrington y Waschbusch, 1998). Se considera que muchos jóvenes realizan actividades antisociales de manera estacional, durante la adolescencia, pero que las abandonan pronto de modo 'natural'. Sin embargo, la prioridad para el análisis psicológico son los delincuentes 'persistentes', que constituyen un pequeño

porcentaje de jóvenes, que tienen un inicio muy precoz en el delito y que van a cometer muchos y graves delitos durante periodos largos de su vida (Howell, 2003; Moffitt, 1993). En los estudios sobre carreras delictivas se analiza la secuencia de delitos cometidos por un individuo y los “factores” que se vinculan al inicio, mantenimiento y finalización de la actividad delictiva.

Así pues, su principal foco de atención son los “factores de riesgo” de delincuencia. Se efectúa una diferenciación entre factores estáticos (como la precocidad delictiva de un sujeto, su impulsividad o su psicopatía), que contribuyen al riesgo actual pero que no pueden generalmente modificarse, y factores dinámicos, o sustancialmente modificables (como sus cogniciones, tener amigos delincuentes, o el consumo de drogas). Farrington (1996) formuló una teoría psicológica, integradora del conocimiento sobre carreras delictivas, que diferencia, en primer lugar, entre ‘tendencia antisocial’ de un sujeto y ‘decisión’ de cometer un delito. La ‘tendencia antisocial’ dependería de tres tipos de factores: 1) los procesos energizantes, entre los que se encontrarían

en jóvenes marginales debido a sus mayores privaciones), de frustración y estrés, y el posible consumo de alcohol; 2) los procesos que imprimen al comportamiento una direccionalidad antisocial, especialmente si un joven, debido a su carencia de habilidades prosociales, propende a optar por métodos ilícitos de obtención de gratificaciones, y 3) la posesión o no de las adecuadas inhibiciones (creencias, actitudes, empatía, etc.) que le alejen del comportamiento delictivo. Estas inhibiciones serían especialmente el resultado de un apropiado proceso de crianza paterno, que no sea gravemente entorpecido por factores de riesgo como una alta impulsividad, una baja inteligencia o el contacto con modelos delictivos.

La ‘decisión’ de cometer un delito se produciría en la interacción del individuo con la situación concreta. Cuando están presentes las tendencias antisociales aludidas, el delito sería más probable en función de las oportunidades que se le presenten y de su valoración favorable de costes y beneficios anticipados del delito (materiales, castigos penales, etc.).

los niveles de deseo de bienes materiales, de estimulación y prestigio social (más intensos

En un plano longitudinal la teoría de Farrington distingue tres momentos temporales de las carreras delictivas.

El inicio de la conducta delictiva dependería principalmente de la mayor influencia sobre el joven que adquieren los amigos, especialmente en la adolescencia. Esta incrementada influencia de los amigos, unida a la paulatina maduración del joven, aumenta su motivación hacia una mayor estimulación, la obtención de dinero y otros bienes materiales, y la mayor consideración grupal. Incrementa también la probabilidad de imitación de los métodos ilegales de los amigos y, en su compañía, se multiplican las oportunidades para el delito, a la vez que crece la utilidad esperada de las acciones ilícitas. La persistencia en el delito va a depender esencialmente de la estabilidad que presenten las tendencias antisociales, como resultado de un intensivo y prolongado proceso de aprendizaje. Finalmente, el desistimiento o abandono de la carrera delictiva se va a producir en la medida en que el joven mejore sus habilidades para la satisfacción de sus objetivos y deseos por medios legales y aumenten sus vínculos afectivos con parejas no antisociales (lo que suele ocurrir al final de la adolescencia o en las primeras etapas de la vida adulta).

En el marco de la criminología del desarrollo una de las propuestas teóricas más importantes en la actualidad, que incorpora conocimientos de la investigación y teorías psicológicas precedentes, es la síntesis efectuada por los investigadores canadienses Andrews y Bonta (2006), en su modelo de Riesgo-Necesidades- Responsividad. Dicho modelo se orienta a las aplicaciones psicológicas en prevención y tratamiento de la delincuencia y establece tres grandes principios: 1) el principio de riesgo, que asevera que los individuos con un mayor riesgo en factores estáticos (históricos y personales, no modificables) requieren intervenciones más intensivas; 2) el principio de necesidad, que afirma que los factores dinámicos de riesgo directamente conectados con la actividad delictiva (tales como hábitos, cogniciones y actitudes delictivas) deben ser los auténticos objetivos de los programas de intervención, y 3) el principio de individualización, que advierte sobre la necesidad de ajustar adecuadamente las intervenciones a las características personales y situacionales de los sujetos (su motivación, su reactividad a las técnicas, etc.)

Como es posible observar el fenómeno de la delincuencia juvenil, presenta variables

multicausales en cuanto a su génesis, desarrollo y factores, es por ello, que desde el modelo de intervención se requiere un exhaustivo análisis, con el fin de determinar claramente cuáles serán los objetivos de intervención

Actualmente existen numerosas escuelas, corrientes y teorías psicológicas, cada una de las cuales considera que enfoca adecuadamente al hombre, que su concepción del objeto de estudio, su aparato conceptual, su metodología y su tecnología (estrategias o técnicas de diagnóstico e intervención) , las cuales plantean que son las más adecuadas, dentro de ellas, por señalar las de mayor fuerza en la actualidad tenemos: la Psicología de la personalidad, la Psicología cognitiva, el Psicoanálisis, en sus variantes actuales, la Psicología humanista y el Neóconductismo o los teóricos del Aprendizaje Social.

¿Qué sucede cuando los psicoterapeutas queremos abordar y realizar un proceso psicoterapéutico, basado en las explicaciones psicológicas que han recibido apoyo empírico de parte de la investigación en el fenómeno de la delincuencia?

¿Qué modelo o escuela de la psicología sentará las bases para nuestra intervención?

¿Podrá el modelo elegido sustentar exhaustivamente las variables implicadas en el proceso de rehabilitación, y posterior reinserción de nuestros jóvenes?

Es frente a esa realidad, que podemos observar que cada uno de los paradigmas teóricos existentes, es parcial, y explica solamente alguno de los componentes del sujeto (Génesis y Etiología de tipo cognitivo, inconsciente, factores biológicos y /o ambientales). Por lo tanto, la psicología, psicoterapia y futura intervención, queda limitada a rescatar, o, mejor dicho, abarcar de forma limitada -porque hasta ahora no lo ha podido hacer realmente, en toda su magnitud- al adolescente concreto, real, con una mejor comprensión de todas sus influencias y determinaciones.

La comprensión de este problema ha comenzado a manifestarse, y es ahí donde se puede observar las dificultades a la hora de poner en marcha los tratamientos por parte de los equipos terapéuticos. En primer lugar, a veces los tratamientos constan de intervenciones inapropiadas o son incoherentes en ellos mismos, al ser aplicados transversalmente sin considerar las

diferentes patologías, deficiencias y/o necesidades en cada uno de los jóvenes involucrados en conductas infractoras e internos en nuestros centros. En algunos casos, los equipos no están preparados, y aunque los estén, no cuentan con tiempo suficiente para poner en efecto sus conocimientos por lo que se crean inconsistencias generadoras de frustración, desconcierto y desesperanza en los equipos. Puesto que la limitación del análisis de las variables implicadas, y con ello la incorrecta decisión de los objetivos, nos llevara finalmente a un bajo porcentaje en el éxito de las intervenciones.

Andrews y Zinger (1990) aducen que la reincidencia criminal, se reduce dramáticamente si los tratamientos están bien estructurados y los programas enfocados a las necesidades criminógenas de los agresores y estas encajan con su estilo de vida. (Por necesidades criminógenas nos referimos a aquellas características del individuo que sean modificables y que le predispongan a delinquir).

Según Quinsey (2003) el manejo del riesgo puede mejorarse combinando lo que ya sabemos acerca de la predicción de violencia, las decisiones clínicas y los programas de evaluación. La predicción de violencia para

la que contamos con métodos tanto clínicos, actuariales o combinados, nos ayuda a establecer la peligrosidad de los individuos para tomar las decisiones clínicas en cuanto al tratamiento más idóneo para cada individuo y los focos donde debemos prestar más atención.

Es por ello, que si consideramos que la nueva Ley de responsabilidad juvenil, tiene como principio una orientación educativa, y nos plantea un desafío a la integración social de los jóvenes, surge una urgente necesidad de tener un modelo psicológico que cuente, aporte y nos permita una visión completa del fenómeno de la delincuencia juvenil.

Dicha teoría de carácter Integrativo, crearía las condiciones para eliminar o al menos disminuir sensiblemente las serias contradicciones, incomprensiones y falta de comunicación entre las diferentes escuelas y teorías, que ha caracterizado la historia de la Psicología. Ello, favorecería a la comprensión y complementación mutua en el conocimiento de un objeto común, pero con una adecuada delimitación en el abordaje de cada uno de sus componentes, sus interacciones e integración.

Todo ello -como hemos dicho- abriría nuevas perspectivas para el desarrollo de la Psicología como ciencia, pero también, desde

el punto de vista práctico, de la actividad profesional del Interventor Clínico. Puesto que nos abriría nuevas posibilidades para el abordaje -con una perspectiva diferente, más integral- de diversos problemas, desde la delincuencia, educación, el desarrollo, la salud, el trabajo, los fenómenos sociales, la religiosidad, los problemas de la participación e inserción del hombre en la familia, la comunidad y la sociedad y todo lo referente a la ansiada rehabilitación y reinserción de los jóvenes de nuestro país.

Es importante puntualizar, que el modelo con el que se pretenda abordar el problema de la delincuencia, requeriría ser abordado también en el desarrollo ontogenético, es decir, caracterizando las interacciones entre los siete componentes en las distintas etapas del desarrollo humano, y en sujetos con características diferentes o que tienen alguna anomalía o limitación en su desarrollo.

A continuación, se pasara a describir el Modelo Integrativo Supra-paradigmático, Opazo, (2001), modelo que pretende sentar las bases para nueva mirada, análisis y abordaje psicoterapéutico del fenómeno de la delincuencia.

EL MODELO INTEGRATIVO SUPRAPARADIGMÁTICO.

En el Congreso Anual de la A.A.B.T. realizado en Washington D.C. en 1983, Roberto Opazo propuso un Supraparadigma Integrativo para contribuir a comprender, explicar y predecir, la dinámica psicológica en general y sus derivaciones en el ámbito de la psicoterapia. Desde esa época, este Supraparadigma Integrativo (S.I.), viene guiando el accionar teórico y psicoterapéutico del Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa (I.C.P.S.I)(Opazo y Bagladi, 2006; 2010; Laborda y Quezada, 2010).

En palabras de su creador, *“el Supraparadigma Integrativo, aporta fundamentos epistemológicos, metodológicos y a nivel de los paradigmas causales, e intenta articular lo que son influencias etiológicas y fuerzas de cambio provenientes de los paradigmas biológico, cognitivo, afectivo, inconsciente, ambiental/conductual y sistémico. El Supraparadigma Integrativo fue propuesto muy tempranamente – en 1983 - y es el único que – hasta ahora -aporta una completa teoría integrativa a nivel de los diferentes paradigmas causales. Como eje integrativo el Supraparadigma ubica al sistema SELF de la persona. El sistema SELF expresa la coherencia y el equilibrio homeostático del*

sistema psicológico e integra los diferentes paradigmas, integrando a su vez en plenitud a la persona. El sistema SELF constituye una especie de procesador central de la experiencia humana. Para ello, desarrolla 5 funciones esenciales: función de identidad, de significación, de auto-organización, de búsqueda de sentido y de conducción existencial.

En cada experiencia, el sistema SELF construye estímulos efectivos a partir de la “materia prima” que aporta la estimulación. En el Supraparadigma se habla de estímulos efectivos para referirse a los estímulos procesados, que son los que movilizan efectivamente la dinámica psicológica. En cada experiencia, entonces, el sistema SELF modifica los estímulos a través del procesamiento y es – a su vez - modificado por éstos a través de la experiencia.

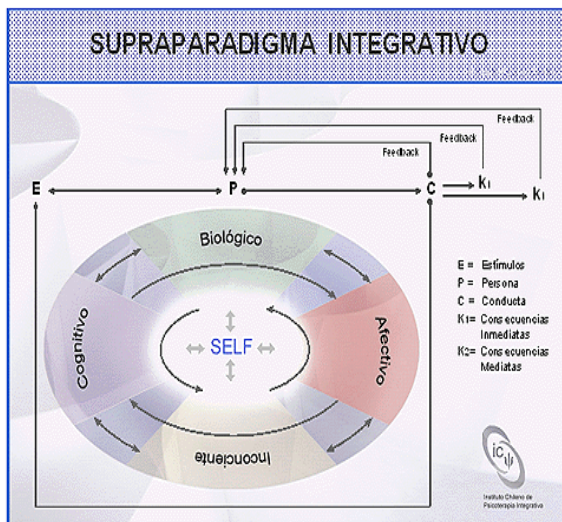
El Supraparadigma Integrativo se propone integrar todo conocimiento válido y rescatar toda fuerza de cambio aportativa; pero se propone a su vez ser muy selectivo, al incorporar solamente conocimientos y estrategias aportativas en términos de predicción y cambio. Distinguir el “trigo de la paja” pasa a ser crucial en medio de tanta propuesta, lo cual involucra dejar muchas de las propuestas existentes fuera. El conocimiento válido rescatado, a su vez, pasa

a ser acumulado organizadamente en el marco del Supraparadigma.

El Supraparadigma Integrativo (S.I.) integra lo nomotético y lo idiográfico, dado que los principios generales (nomotéticos) se organizan y configuran de un modo particular (idiográfico) en cada persona. Es preciso entonces, conocer los principios y las personas. Plantea, además, que la causalidad lineal simple (A - B) es difícil de encontrar en el complejo territorio psicológico; lo que podemos encontrar son principios de Influencia del tipo si A, entonces es más probable B (A - > Pr. B).

La Figura 1 constituye un Diagrama del Supraparadigma Integrativo. Los 6 Paradigmas están interconectados a través de modalidades causales lineales y circulares y pasan a ser integrados a través del eje que aporta el sistema SELF. Este, a su vez, va “traduciendo” la experiencia transformando la estimulación externa e interna en estímulos efectivos. Las partes interconectadas configuran una totalidad lo cual genera una dinámica sistémica con su correspondiente punto de equilibrio homeostático. Así, el Supraparadigma privilegia las partes y el todo enriqueciendo sustancialmente las opciones predictivas.

Figura 1. Supraparadigma Integrativo



“En términos descriptivos, en dicho modelo, E son los estímulos ambientales, P es la persona, C es la conducta abierta, K¹ son las consecuencias inmediatas y K² son las consecuencias mediatas. El eje integrador de la persona (P) es el sistema Self, hacia el cual convergen los paradigmas biológico, cognitivo, afectivo e inconsciente. El modelo integra también las modalidades causales lineal (→) y circular (↔), y otorga relevancia a las partes y al sistema como conjunto. En términos funcionales, el modelo asume que el proceso perceptivo es dialéctico, en cuanto interactúan sujeto/objeto, es decir, la persona cognoscente y el objeto a conocer. En este proceso interaccional el ambiente aporta la «materia prima», la cual será transformada en estímulo efectivo, que es el que realmente moviliza al sistema psicológico. En este proceso activo de significación, el sistema Self organiza,

modifica e interpreta la experiencia, y es a su vez modificado por ésta” (Opazo Castro, 2004 pp 339-340).

En la trayectoria del modelo, que durante estos casi 25 años de existencia el Supraparadigma Integrativo ha sido capaz de contribuir a seleccionar el conocimiento, a guiar la investigación y a ordenar la acumulación del conocimiento. Y ha sido capaz también, de conducir la génesis de un enfoque de la psicoterapia, el que se ha venido desarrollando en el contexto del Supraparadigma: la psicoterapia integrativa. Desde esta nueva óptica y en función de sus postulados se puede destacar que el Supraparadigma Integrativo ha venido aportando profundidad a la comprensión (a través de una teoría completa y no reduccionista), y potencia al cambio (a través del rescate y uso articulado de estrategias de cambio válidas, tanto específicas como inespecíficas)(Opazo y Bagladi, 2010).

A partir del Supraparadigma Integrativo, se ha delimitado conceptualmente la psicoterapia integrativa como “un proceso activo que se desarrolla en un contexto interpersonal. Este proceso es diseñado específica y deliberadamente como medio de influencia, la cual se ejerce a través de la génesis de experiencias novedosas en términos cognitivos, afectivos o

conductuales, las que a su vez pueden ser correctivas y/o enriquecedoras. La psicoterapia integrativa es nutrida por influencias etiológicas y por fuerzas de cambio específicas provenientes de los paradigmas biológico, cognitivo, afectivo, inconsciente, ambiental/conductual y sistémico. Estas influencias han contribuido a la explicación de la génesis de los desajustes psicológicos y a la predicción y al cambio en psicoterapia” (Opazo, 2001 p. 150). Por supuesto, las 5 funciones del sistema SELF tienen un rol fundamental en la génesis, predicción y cambio de los desajustes psicológicos.

Finalmente, es importante mencionar que además, de urgente necesidad de tener un modelo Integrativo para contribuir a comprender, explicar y predecir, la dinámica psicológica y sus derivaciones en el ámbito de la psicoterapia. Tal modelo nos permitiría integrar por medio de sus paradigmas causales (biológico, cognitivo, afectivo, inconsciente, ambiental/conductual y sistémico) las influencias etiológicas las explicaciones empíricas de la génesis y manteniendo de conductas delictivas, tales como: aprendizaje social del comportamiento delictivo; origen biopsicológico; teoría de la personalidad; que incluye interacción de elementos biológicos y

ambientales; experiencias de frustración, estrés y manejo de la tensión; tipo y calidad de apego; inteligencia; proceso de identificación; creencias; factores de inicio, mantenimiento y finalización de la actividad delictiva. Variables que se deben tener en cuenta, en la prevención y tratamiento de la delincuencia juvenil, la cual admite variadas posibilidades, en función tanto de los sucesivos momentos temporales en el desarrollo de las carreras delictivas (prevención primaria, secundaria y terciaria) como también de los distintos actores y contextos que intervienen en el delito (prevención en relación con agresores, víctimas, comunidad social y ambiente físico) (Garrido et al., 2006). En todas estas modalidades de prevención y tratamiento se requiere la colaboración de diversas disciplinas tales como, por sólo mencionar algunas que resultan más evidentes, la criminología, la psicología, la victimología, el derecho, la sociología, la educación, el trabajo social y el diseño urbanístico.

Referencias

Blanco Villaseñor, Ángel (1984). Interpretación de la Normativa APA Acerca de las Referencias Bibliográficas. Barcelona: Departamento de Psicología Experimental, Universidad de Barcelona (inédito)

Gobierno de Chile, Ley N° 20.084.(2005)

Establece un sistema de responsabilidad de los adolescentes por infracciones a la ley penal. Santiago. Publicada en el Diario Oficial.

Hein, Andreas. (2007).Factores de Riesgo y Delincuencia Juvenil. Revisión de la Literatura Nacional e Internacional. *Paz Ciudadana*, 23.

Laborda Mario y Quezada, Vanetza. (2010) *Notas históricas de la psicología en Chile* (Eds), Editorial Universitaria, Santiago, Chile.

López, José y López, Concepción. (2008). *Conducta Antisocial y Delictiva en la Adolescencia*. Murcia: Universidad de Murcia, Servicio de Publicaciones, 2008.

Mariñelarena - Dondena, Luciana. (2008). Psicología Positiva y Modelos Integrativos en Psicoterapia. *Fundamentos en Humanidades*, II, 55-69

Opazo, Roberto. (2001). *Psicoterapia Integrativa: Delimitación Clínica*. Santiago: ICPSI .Instituto Chileno de Psicoterapia.

Opazo, Roberto y Bagladi, Verónica (2006) La etiopatogenia de los Trastornos de personalidad desde la Psicoterapia Integrativa. En *Revista Psiquiatrya.com*, Madrid, España, Marzo 2006.

Opazo, Roberto y Bagladi, Verónica (2010) Historia del Modelo Integrativo en Chile. En Laborda M y Quezada, V. (Eds) *Notas históricas de la psicología en Chile* , Cap 14, Editorial Universitaria, Santiago, Chile.

Terol, Odett.(2008).Propuesta de Tratamiento para Delincuentes Violentos con Componente Psicopático. *Psicopatología Clínica Legal y Forense*, 8,161 - 192.

Las Autolesiones en Adolescentes: Análisis desde el E.I.S.

Javier Guajardo G.⁷

Abstract

This article involves a review of theoretical and clinical issues; results are provided, coming from a research developed with adolescent patients, of the “Integrative Center for Adolescents”, experiencing the first steps of their therapy aiming to overcome self-injuring behaviors. Summing up, the main goal is to describe adolescent’s SELF System – of young people presenting self-injuring behaviors – from the Integrative Supraparadigm point of view; the idea is to provide a more complete and a more integral sight of this maladjustment, and a more comprehensive view. This paper brings a guide toward a deeper conceptualization of self-injuries, favoring the development of future investigations that bring relevant contributions from theory and practice, in terms of a better approach to deal with this problem.

Keywords *Supraparadigmatic Integrative Model – Self System – Self-injuring behaviors - Adolescence*

Resumen

El presente artículo, realiza una revisión de antecedentes teóricos y clínicos relevantes; y se entregan resultados de una investigación realizada con pacientes adolescentes, atendidos en el “Centro Integrativo de Adolescentes”, en etapa inicial de psicoterapia de la conducta autolesiva. En síntesis, se busca describir el Sistema Self de los adolescentes que presentan conducta autolesiva, a través de la óptica del Modelo Integrativo Supraparadigmático; a fin de generar una visión más completa e integral de dicho fenómeno, que favorezca su comprensión. El artículo aporta una pauta para una conceptualización más profunda de las autolesiones, de modo de favorecer el desarrollo de futuras investigaciones que signifiquen mayores aportes desde lo teórico y lo práctico, en cuanto al abordaje clínico de dicho cuadro.

Palabras Claves *Modelo integrativo Supraparadigmático – Sistema Self – Conducta Autolesiva – Adolescencia.*

⁷ Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa
icpsi@icpsi.cl

Introducción.

A nivel de la práctica clínica con adolescentes, es posible señalar que cada vez más jóvenes asisten a sesión agobiados psicológicamente por una serie de problemáticas que, conductualmente, se traduce en conductas de autolesión.

Normalmente considerada como un síntoma de cuadros tales como la adicción a drogas y trastornos de personalidad límite o antisocial, la mayor frecuencia de esta conducta en pacientes adolescentes hace que, muchas veces, sea necesario un manejo específico al respecto en razón de que, en una no despreciable cantidad de casos, corresponde al motivo de consulta o el objetivo que el paciente o sus otros significativos buscan remediar.

En este contexto, el Modelo Integrativo Supraparadigmático presenta la ventaja de permitir acceder al fenómeno desde las diversas ópticas que tienen implicancia en el mismo, sin el reduccionismo y la simplicidad con que siempre ha sido considerado, sino que abarcando los factores afectivos, conductuales, cognitivos, ambientales, biológicos, sistémicos e inconscientes implicados, configurando una totalidad integrada idiosincrásicamente a través del Sistema Self del sujeto.

En síntesis, el presente estudio busca **describir el Sistema Self de los adolescentes que presentan conducta autolesiva, a través de la óptica del Modelo Integrativo Supraparadigmático**, a fin de generar una visión más completa e integral de dicho fenómeno que favorezca su comprensión dando la pauta de una conceptualización más profunda del mismo, para así favorecer el desarrollo de futuras investigaciones que signifiquen mayores aportes desde lo teórico y lo práctico en cuanto al abordaje clínico de dicho cuadro.

Antecedentes.

Respecto de esta problemática, estudios realizados por la Fundación para la Salud Mental en Londres, Inglaterra, dieron cuenta de que uno de cada quince jóvenes se autolesiona, ya sea cortándose, quemándose o en otras modalidades.

Asimismo, en Estados Unidos las estadísticas muestran que 11,7% de los pacientes que acuden a un servicio de urgencia por conductas autolesivas, lo hace por cortes superficiales con escasa o sin intención suicida.

Actualmente, la autolesión repetitiva se clasifica dentro de los Trastornos del Control de Impulsos no Especificados. A nivel clínico, se señala que, en Chile,

aproximadamente un 4% de los pacientes que se encuentran hospitalizados psiquiátricamente se lesionan a sí mismos, con una proporción mujeres: hombres de 3:1⁸.

Lo anterior va configurando un fenómeno con cada vez mayor incidencia y frecuencia en el trabajo clínico. Sin embargo, aún existe poco desarrollo teórico y práctico en este sentido.

Muchos autores y clínicos plantean el hecho de que considerar la auto-agresión como un simple criterio diagnóstico para el trastorno límite de personalidad, implica más desventajas que ventajas. El Dr. Armando Nader y sus colaboradores, en la investigación *“Alteraciones Neurofuncionales en Trastornos del Ánimo que Cursan con Conductas Auto-Lesivas”*, señala que “al constituirse la autolesión como un criterio diagnóstico del trastorno límite de personalidad, se genera una condición “tautológica” que dificulta el estudio fenomenológico de esta manifestación clínica y nos obliga a obviar esta conexión de

causalidad que le otorga a la autolesión, el carácter de síntoma ligado a un diagnóstico estandarizado”.

En virtud de estos antecedentes tanto teóricos como prácticos, es un desafío tanto para investigación como para la práctica clínica el dar respuesta satisfactoria a un fenómeno cada vez más recurrente en los jóvenes consultantes, tanto por las consecuencias y riesgos para sí mismos como para su entorno.

En este contexto, el Modelo Integrativo Supraparadigmático permite que la integración de los aportes de los distintos paradigmas que lo componen genere una vía de aproximación más completa al fenómeno que lo que ha sido hasta hoy en día, aportando en su comprensión tanto **teórica** como **práctica**, lo que configura el eje de la **relevancia** del presente estudio.

Enfoque Integrativo Supraparadigmático.

Integración en Psicoterapia

Desde los inicios de la Psicología, cada enfoque ha intentando explicar la conducta humana enfatizando un aspecto específico de la dinámica psicológica en desmedro de otros. Es así como algunos han enfatizado la conducta, otros el inconsciente, otros el ambiente o la cognición. Esto ha llevado a que el devenir de la historia de la

⁸ **“Alteraciones Neuro-Funcionales en Trastornos del Ánimo que cursan con Conductas Auto-Mutilatorias: Estudio de Perfusión Regional Cerebral a partir de la Técnica de Neuro-SPECT Tc99-HMPAO”**; Dres. Armando Nader, Rodrigo Correa e Ismael MENA; “Boletín de la Asociación Latinoamericana de Sociedades de Biología y Medicina Nuclear”, N° 36, Abril de 2007.

psicoterapia esté cargado de disputas entre los enfoques, cada uno proclamando superioridad sobre el otro (ICPSI, 2000).

Con los años, el nivel de los desacuerdos entre los psicoterapeutas ha ido aumentando cada vez más, al punto de que en la actualidad existen más de 300 enfoques distintos de psicoterapia, y ya nadie sabe a qué atenerse. Y el panorama se complica aún más, cuando las investigaciones dan cuenta que ningún enfoque logra superar consistentemente a los otros (Lambert, 1996 en ICPSI, 2000), y que la tendencia a empatar entre ellos se explica en términos de la influencia de las variables inespecíficas⁹, influencia que se distribuye de manera similar entre los diferentes enfoques (Bagladi, 2003).

Surge entonces el movimiento hacia la Integración en Psicoterapia como una necesidad desde el siglo pasado. Hasta la fecha, este movimiento ha ido evolucionando, pasando por distintas etapas y buscando la integración en distintos niveles. Los cuatro intentos más populares han sido el Eclecticismo Técnico, la

Integración Teórica, los Factores Comunes, y la Integración asimilativa (Norcross, J. & Goldfried, M. 2005).

No obstante a estos intentos de integración, ninguno ha sido capaz de superar los reduccionismos de las teorías existentes, ni de guiar el desarrollo del futuro de la psicoterapia. El panorama de la psicoterapia sigue siendo tan abrumador como al comienzo, y sus desafíos siguen siendo los mismos: (a) aportar profundidad a la comprensión, (b) aportar selectividad al conocimiento, (c) aportar una guía a la investigación, (d) aportar orden a la acumulación del conocimiento, (e) identificar reguladores de la dinámica psicológica, (f) aportar potencia a la Intervención, (g) romper el “empate” terapéutico, y (h) aportar especialidad a la profesión de psicoterapeuta (Opazo, 2003).

El *Enfoque Integrativo Supraparadigmático* surge como un intento por responder a estos desafíos, que a diferencia de los otros enfoques, busca la integración a un nivel que nunca antes se había buscado: *a nivel de Paradigmas*¹⁰. Y es

⁹ Los factores comunes o también llamados factores inespecíficos, corresponden al conjunto de variables que están presentes en diferentes terapias, independiente de su orientación teórica, tales como la empatía, calidez, aceptación, etc. Se agrupan en 3 grandes variables: (a) variables del terapeuta, (b) variables del paciente, y (c) variables de la relación (Opazo, 2001).

¹⁰ Opazo (2001) define paradigma: como “Marco conceptual amplio y compartido, que aporta planteamientos básicos en términos epistemológicos, metodológicos y etiológicos, que es capaz de orientar la investigación y que puede servir de fundamento a una aproximación psicoterapéutica que le sea consistente” A su vez, define supraparadigma como un paradigma “capaz de integrar paradigmas o marcos conceptuales menos abarcativos” (p. 45)

a través de este nivel de integración, que se esfuerza por hacerse cargo de cada uno de estos desafíos.

Enfoque Integrativo Supraparadigmático

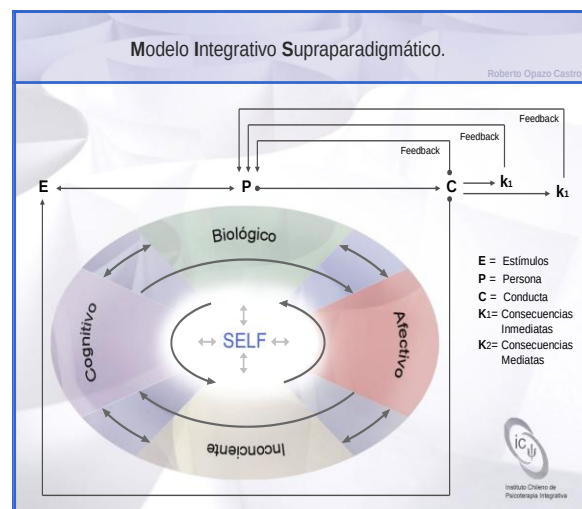
A diferencia de otros Enfoques, integra a nivel de paradigmas. Esto significa que se estructura sobre la base de paradigmas y desde allí integra todo aporte que se considere valioso, provenga éste de una técnica, de un enfoque, de un autor o de una investigación. Esto permite poder rescatar distintas fuerzas de cambios aportativas (independiente de su origen), y privilegiar así al paciente y al conocimiento por sobre los dogmatismos y peleas entre los enfoques. Y es importante mencionar, que el Enfoque Integrativo Supraparadigmático considera como valioso o aportativo, aquello que la ciencia avale como efectivo en términos de predicción y cambio (Opazo, 2001).

Delimitación Estructural

Con el objetivo de abarcar los 360° de la dinámica psicológica, el Modelo integra los *Paradigmas biológico, ambiental/conductual, cognitivo, afectivo, inconsciente y sistémico* (Opazo, 2001). Cada uno de estos paradigmas está avalado por investigaciones que demuestran sus respectivos aportes, tanto etiológicos como

terapéuticos (Opazo, 2006). Éstos se organizan en torno al *Sistema Self*, punto de confluencia que pasa a constituir el eje de la dinámica psicológica. Como tal, le da coherencia a la experiencia humana, y se caracteriza por cumplir con 5 funciones específicas que comprometen a la persona como una totalidad. Estas funciones son: (a) Función de Toma de Conciencia (b) Función de Identidad, (c) Función de Significación, (d) Función de Autoorganización, (e) Función de Búsqueda de Sentido y (f) Función de Conducción Existencial” (Díaz, 2005 en ed. Universidad Adolfo Ibáñez, 2005).

Recuadro 1: Diagrama del Modelo Supraparadigmático.



Delimitación Funcional

La persona (P) *co-construye activamente su percepción* (proceso de significación), influenciada por presiones

tanto *externas* (características de la realidad que fijan límites al proceso de significación) como *internas* (presiones ejercidas por los distintos subsistemas). “Una vez que el estímulo ha sido co-construido, puede movilizar conductas abiertas (C) o generar efectos cognitivos, afectivos o inconscientes. En el caso de la conducta abierta, ésta puede tener consecuencias inmediatas (K1) y/o mediatas (K2). Las consecuencias de la conducta pueden a su vez ser percibidas en un proceso de retroalimentación o feedback. Además de poder aportar consecuencias y retroalimentación, la conducta puede producir cambios en el ambiente, modificando así la futura estimulación que influirá en la persona.” (Opazo, 2001, p. 123)

Se asume que lo esencial del Enfoque Integrativo Supraparadigmático es el *significado* que otorga el Sistema Self a cada experiencia (Opazo, 2001) en la medida que si sabemos como opera el sistema de significación de una persona en particular, se enriquecen las opciones de predicción y cambio. “El análisis etiológico se verá enriquecido cuando cada causa posible es examinada y cuando se revisa su operar; y el cambio terapéutico es enriquecido cuando se utilizan fuerzas de cambio provenientes de cada paradigma, fortalecidas a través del procesos de significación.” (Opazo, 2006 pp. 11).

Si bien el Modelo no perjudica ni favorece a ningún paradigma sobre otro, plantea que *predominan los continuos con acentuación*. Esto quiere decir, que en cada conducta o trastorno, uno de los paradigmas se podría acentuar más que otros. No obstante, la acentuación de uno de los paradigmas, no significa la ausencia total del otro. Por ejemplo, en un pensamiento irracional, se puede acentuar el paradigma cognitivo, sin que ello implique ausencia total del paradigma afectivo.

Al respecto, es importante tener en cuenta que el grado de acentuación de cada paradigma, dependerá del significado que el Sistema Self, como eje de la dinámica psicológica, le otorgue a una experiencia determinada.

Sistema Self y Modelo Integrativo

Desde el Modelo Integrativo Supraparadigmático se señala que el **Sistema Self** del individuo conecta, coordina e integra las influencias provenientes de los seis paradigmas que lo conforman: biológico, cognitivo, afectivo, inconsciente, ambiental/conductual y sistemático. (Opazo, R., 1997).

En el Modelo, el **Sistema Self** se concibe como es el punto central de la experiencia y constituye el eje de integración

de los subsistemas biológicos, ambiental/conductual, cognitivo, afectivo e inconsciente, los cuales operan en un sistema total. Desde esta perspectiva, el sistema Self es el núcleo de la personalidad y expresa el balance homeostático y la coherencia sistemática de la dinámica psicológica total. (Opazo, R., 2001; 1997).

El sistema Self es parcialmente estable y parcialmente cambiante. Las raíces biológicas, las experiencias tempranas, las estructuras afectivas y los referentes tácitos regulan al sistema Self, en cuanto a la estabilidad y al cambio. (Opazo, R., 2001).

En esta misma línea, Opazo, R., (1996) plantea que si bien no hay un sistema Self que sea totalmente estático, estable y estereotipado, muchas de sus características están profundamente arraigadas y son de muy difícil modificación; agrega que “Al parecer biología y experiencias tempranas tienden a genera un sistema Self básico de difícil modificación posterior”. (Citado en Opazo R. 2001, pág. 57). Son las dinámicas biológicas, cognitivas, afectivas e inconscientes las que dan al sistema Self la posibilidad de fluctuación, de flexibilidad y de apertura al cambio. El sistema Self es a su vez un continuo que va desde lo más nuclear a lo más periférico e incluye a la persona como una totalidad. (Opazo, R. 2001).

Los paradigmas constitutivos de la dinámica psicológica se articulan en torno a (y por) el sistema Self, el cual constituiría una especie de procesador central de la experiencia humana. (Bagladi, V., 2004). En un proceso activo de significación el sistema Self organiza, modifica e interpreta la experiencia, y es a su vez es transformado por ésta (Opazo, R., 2001).

El **Sistema Self** se sitúa en el epicentro del mundo psicológico y ejerce el rol conductor de la dinámica psicológica. Como eje integrador de los subsistemas, se **caracteriza por cumplir cinco funciones centrales** que comprometen a la persona como totalidad y cada una de ellas pueden estar más o menos desarrolladas. (Opazo, R., 2004):

- **Función de Identidad:** alude a la capacidad de mantener la identidad a través del tiempo con énfasis tanto en lo cognitivo como en lo afectivo. Mediante esta función la persona accede a dar respuesta a las preguntas: ¿quién soy yo?; ¿cómo soy?; ¿cómo me ven?, entre otras. Esta función incluye autoimagen, autoestima y autoeficacia. (Opazo, R., 2001; 2004).

- **Función de Significación:** involucra la traducción de la experiencia, la cual dependerá directamente del procesamiento biológico, cognitivo, afectivo e inconsciente del individuo, es decir, de los diferentes elementos que estructuran el Modelo y que se relacionan específicamente con el input. Por consiguiente; interpretar y traducir la experiencia, sería darle una significación integral, facilitando así un adecuado análisis de la realidad. (Opazo, R., 2001;2004).

- **Función de autoorganización:** implica una reconstitución del sistema Self después del impacto que ocurre tras cada experiencia, para lo cual se utilizan mecanismos de recuperación del equilibrio homeostático y de la organización perdida. Este equilibrio y/o autoorganización puede ser más rápido o más lento dependiendo del bienestar psicológico de la persona.

- **Función de Búsqueda de Sentido:** se relaciona con el significado existencial y nivel de trascendencia que el sujeto le otorga a su vida y a sus acciones. El Sistema Self otorga un sentido central a la propia vida,

dando origen a la delimitación personal de objetivos existenciales que la persona busca a través de las distintas acciones de su vida diaria. (Bagladi, V., 2004).

El sentido central de cada existencia lo determina cada sistema Self e involucra un proceso de construcción de una escala personal de valores (Opazo, R., 2004). Por consiguiente la coherencia y armonía interna del Self será en función de las motivaciones existenciales.

- **Función de Conducción de Vida:** se relaciona con la capacidad del sujeto para guiar la propia existencia, como también para el desarrollo y crecimiento personal.

Involucra, entre otros, el despliegue conductual asertivo, la capacidad para postergar los impulsos, regular las conductas y sus consecuencias mediatas e inmediatas, el conocimiento de las propias necesidades para abrirle espacios de satisfacción, respetando los derechos de los demás. Implica también, la capacidad de activación del individuo, la capacidad del sujeto para perseverar en sus metas, así como la capacidad para

comprometerse consigo mismo en su autorrealización. (Opazo, R., 2001; Opazo, R. y Bagladi, V., 2004).

El Sistema Self de cada paciente tiene el rol protagónico en la Psicoterapia Integrativa, ya que se considera que la experiencia terapéutica implica una frontera dialéctica, en la que interactúan permanentemente el Self del paciente y los estímulos y principios de influencia aportados por el psicoterapeuta. Es así como el Sistema Self del paciente puede ser decisivo en la experiencia psicoterapéutica. (Opazo, R., 2001).

Etiología de la Autolesión.

Respecto de sus causas, los teóricos y especialistas en el tema han desarrollado una serie de lineamientos para explicar las razones por las cuales los sujetos desembocan en la conducta de dañarse a sí mismos.

Una de las primeras aproximaciones etiológicas fue dada por Van der Kolk, Perry y Herman (1991), quienes llevaron a cabo una investigación con pacientes que presentaban estas conductas. Al respecto, concluyeron que la presencia de abuso sexual y físico, la negligencia física o emocional, así como condiciones familiares caóticas durante su infancia y adolescencia, son antecedentes

importantes que permiten predecir confiablemente la severidad y frecuencia de las autolesiones.

Por ello, señalan que la negligencia es el componente más poderoso para predecir conductas autolesivas. Esto implica que aunque la presencia de traumas en la infancia son elementos etiológicos de especial relevancia en estos cuadros, la falta de relaciones y apegos que brinden seguridad y confianza hacen que la conducta se mantenga.

Con el desarrollo de estudios posteriores, la noción de una correlación importante entre abuso en la infancia y futuras conductas autolesivas fue quedando descartada. Investigaciones como las de Zweig-Frank (1994) y Brodsky (1995), en las que se demostró que no existía una relación entre abuso, disociación y autolesión en pacientes que presentaban diagnóstico de Trastorno Límite de Personalidad, fueron confirmando que los sujetos que se dañan a sí mismos presentan una característica propia que los distingue de quienes no lo hacen, siendo la causa de tipo más sutil que el abuso temprano.

En este sentido, Linehan (1993) señala que los sujetos que se autolesionan han crecido en “ambientes de invalidación”, siendo esta la causa más profunda de su conducta. La invalidación no solo se presenta

en hogares donde se da el abuso, sino que en hogares donde éste no se da.

La autora define el “ambiente de invalidación” como “aquél donde la comunicación de experiencias privadas e íntimas es recibida por respuestas erráticas, inapropiadas o extremas. En otras palabras, lo dicho de una experiencia íntima o privada no es validado, en su lugar es castigado y/o trivializado. La experiencia de emociones dolorosas es negada. La interpretación que hace el individuo de su propia conducta, incluyendo la intención y motivación de la misma, es descartada”.

En consecuencia, la invalidación presenta dos rasgos centrales: se le dice al sujeto que está errado tanto en su descripción como análisis de la experiencia, principalmente en lo que piensa son las causas de sus emociones, creencias y conductas; en segundo lugar, y a continuación, el individuo atribuye su experiencia a rasgos u elementos de personalidad socialmente no aceptados o validados. La invalidación crónica puede llevar a la autoinvalidación y autodesconfianza a nivel inconsciente, siendo la característica principal de quienes se autolesionan.

Siguiendo estos fundamentos, Doctors (2007) señaló que para comprender la experiencia emocional subjetiva de una

persona que se autolesiona, se hace necesario considerar las experiencias previas de “**violencia emocional**” que llevan a que las personas, en momentos de necesidad, se aparten de los otros para buscar, de manera desesperada, el consuelo en una acción dirigida hacia sí mismos.

Esta autora se refiere al concepto de “violencia emocional” para dar cuenta del dolor que sienten los sujetos que han debido experimentar una disfunción importante a nivel de la regulación diádica de la ansiedad emocional. En este sentido, plantea que este concepto se da “en un amplio abanico de circunstancias personales, y la forma más extrema es tipificada en la situación donde un padre o una madre abusa de un niño, física o sexualmente, y lo daña aun más diciendo que el mismo niño había provocado esta conducta, o bien, que el comportamiento del padre es un acto de amor”. En este contexto, señala que las “experiencias de fondo de violencia emocional crean la expectativa de que el dolor emocional debe ser regulado sin recurrir a otros, siendo uno de los factores de riesgo que contribuyen al establecimiento de una vulnerabilidad a la autolesión, síntoma que equivale a un esfuerzo de autorregulación”.

Desarrollo de la Investigación.

La muestra correspondió a pacientes adolescentes atendidos en el **Centro Integrativo de Adolescentes** (dependiente del **Centro Integrativo de Adicciones**) de ambos sexos, de nacionalidad chilena y de la Región Metropolitana.

Dicho centro fue desarrollado en el año 2006, como respuesta a la alta demanda por tratamientos efectivos para jóvenes de ambos sexos, con cuadros tales como Trastorno de Conducta en la línea Oposicionista Desafiante, Dificultades en la Adaptación y Socialización con Pares, Trastornos de Alimentación, Cuadros Depresivos y/o Ansiosos, Disfunción Familiar y Consumo de Alcohol y Drogas.

Para aproximarnos al estudio de este universo, se definió una **muestra de tipo intencional y no probabilística**, compuesta por 30 adolescentes, entre 14 y 20 años, de ambos sexos, en etapa inicial de psicoterapia producto de la conducta autolesiva.

A fin de estudiar el fenómeno de la conducta autolesiva con la menor presencia posible de variables intervinientes, **se descartan de esta muestra todos aquellos adolescentes del Centro que presenten diagnósticos tales como Trastorno Bipolar, Esquizofrenia, Trastornos de Alimentación y Consumo de Drogas Severo.**

El instrumento que se utilizó para describir las variables señaladas fue a la **Ficha de Evaluación Clínica Integral (FECI)**, la cual corresponde al método de evaluación clínica por excelencia del **Modelo Integrativo Supraparadigmático**.

Resultados.

Los resultados obtenidos, tras la aplicación del instrumento de recolección de datos a la muestra en cuestión, arrojan una serie de elementos de una amplia diversidad entre sí en cuanto a las áreas posibles de análisis.

Esta situación responde a la característica propia **del Modelo Integrativo Supraparadigmático**, en cuanto a una visión global de la personalidad y del ser humano. Por ello, encontramos datos de esferas tanto biológicas como afectivas, cognitivas, conductuales, ambientales e inconscientes, los cuales permiten ir configurando un perfil acabado del adolescente con conducta autolesiva.

En consecuencia, el telón de fondo aportado por el Modelo permite un ordenamiento claro de la información obtenida en base a los distintos Paradigmas que lo constituyen.

Desde el punto de vista del **Paradigma Biológico**, es posible señalar que, de acuerdo a los resultados obtenidos, los adolescentes que componen la muestra presentan **niveles altos de Extroversión**, implicando una menor activación cortical del cerebro, lo cual se traduce en una tendencia genética hacia la conducta temeraria y desinhibida, así como una característica de alta sociabilidad.

Asimismo, pueden presentar elevada necesidad de excitación y cambio, así como de actuar en el momento y son, por lo general, impulsivos. La extroversión, como característica biológica, puede influir y/o estar relacionada con elementos de baja tolerancia a las frustraciones y pobre control emocional.

Por otra parte, los sujetos que integraron la muestra presentaron, en su mayoría, un **alto psicoticismo**, lo cual implica, desde el punto de vista biológico, una característica importante de despreocupación por las convenciones sociales y el sentido común, asociada a expresión emocional inadecuada que va englobando una tendencia al comportamiento anormal y socialmente desajustado.

Ambos elementos se correlacionan de manera importante con indicadores de **alta vulnerabilidad biológica**, lo que

implicaría que, genéticamente, quienes componen la muestra son sujetos inestables desde el punto de vista biológico, con una predisposición a desarrollar alteraciones, derivada de elementos tales como inmadurez neurológica y/o emocional, organicidad, factores hereditarios, entre otros.

Al respecto, estos elementos se circunscriben en la etapa vital por la que transitan los sujetos estudiados (**adolescencia**). En ella, se da curso a una serie de cambios tanto fisiológicos como psicológicos, que hacen que esta etapa sea especialmente crítica.

Esta etapa del ciclo vital transcurre con elementos importantes de egocentrismo, sensación de invencibilidad, búsqueda de apoyo en el grupo de pares y conflicto con las figuras parentales y/o el mundo adulto en general. Dicha actitud rebelde y desafiante propia de la adolescencia se cruza irremediamente con los elementos desajustados evidenciados, a nivel genético, por los sujetos de la muestra en el presente estudio.

En síntesis, se puede señalar que los adolescentes con conducta autolesiva que conformaron la muestra, son sujetos **altamente vulnerables desde el punto de vista biológico**, en virtud de rasgos

temperamentales ligados a un manejo conductual y emocional deficiente y desajustado, así como impulsividad, temeridad, excitación y desajustes importantes a nivel de las convenciones sociales, los que intensifican y potencian elementos propios de la etapa vital en curso, aumentando la tendencia a la temeridad, conductas de riesgo, inestabilidad y rebeldía.

En cuanto al **Paradigma Ambiental Conductual**, es posible señalar que la conducta autolesiva se relaciona etiológicamente con ambientes donde existen elementos tales como **separaciones o divorcios, maltrato y/o violencia, así como un sistema disciplinario autoritario centrado en castigos por sobre refuerzos**.

Asimismo, es posible señalar que se presentan elementos ligados a un **bajo repertorio conductual**, lo que implica que estos adolescentes presentan reducida la disponibilidad de conductas posibles para enfrentar las demandas y requerimientos del ambiente. Ello se correlaciona con indicadores de **baja asertividad**, dando cuenta de dificultades importantes en la relación con los distintos entornos en que deben desenvolverse.

Las implicancias en cuanto a este déficit en la conducta asertiva derivan en el hecho de la inadecuación social, en cuanto a la emisión de respuestas no acordes con las

instancias en que se dan, así como una debilidad en la resolución de los conflictos que se presentan.

Estos factores dan cuenta de la tendencia a la autolesión, cuando las opciones de respuesta frente a los conflictos son reducidas o no efectivas, que presentarían los sujetos del estudio.

Ello se ve reflejado en el hecho de que quienes conformaron la muestra si bien se describen como cariñosos o simpáticos, reconocen a la **impulsividad** como un elemento importante dentro de sus rasgos de personalidad.

De esta forma, los adolescentes que se autolesiona presentarían exceso de **conducta desadaptativa** con déficits importantes en la conducta interpersonal.

Asimismo, la presencia de **conducta agresiva** (en cuanto a destruir objetos o generar violencia contra sí mismos y/u otros) también se evidencia como presente de manera significativa de acuerdo a los resultados obtenidos.

Los elementos descritos se correlacionan con lo señalado por autores tales como Herpertz y Dulit (*ver marco teórico, pág. 21*), en cuanto a características de impulsividad importantes que dan cuenta de rasgos de personalidad de tipo límite.

En cuanto al **Paradigma Cognitivo**, el primer elemento importante a destacar es la

alta irracionalidad cognitiva evidenciada en los datos obtenidos a partir de los adolescentes que conforman la muestra.

En este sentido, es posible señalar que los adolescentes con comportamiento de autolesión presentan un procesamiento de las situaciones y la información altamente idiosincrático, alejado en muchas ocasiones de la lógica.

Dicho procesamiento implicaría rigidez y polarización de los conceptos, estableciendo un estilo cognitivo del tipo *“todo o nada”* con tendenciosidad en la elaboración de los sucesos.

Esta irracionalidad a nivel cognitivo se correlacionaría con una **baja autoimagen**, lo cual hace referencia a un pobre concepto de sí mismo. Ello se correlaciona una **baja autoeficacia**, en cuanto a la presencia de bajas expectativas de rendimiento personal en la resolución de problemas o en el desarrollo de actividades, dando cuenta de una autopercepción deficitaria de recursos y capacidades personales.

De esta manera, ambos elementos apuntarían a un perfil cognitivo claro en los adolescentes con conducta de autolesión.

Este perfil cognitivo estaría ligado a captar los elementos más negativos o desfavorables de las situaciones y eventos que deben enfrentar o vivenciar. Al respecto, los adolescentes que conforman la muestra

presentaron **Atención Selectiva a lo negativo** en el sentido de captar o rescatar del entorno y los hechos aquellos elementos desfavorables de acuerdo al estilo de procesamiento de la información.

Lo relevante en cuanto a lo anterior, estaría dado no solo en la captación preferente de lo negativo o desfavorable de las experiencias, sino que la tendencia a la **magnificación** de los reales alcances e impacto **de dichos elementos negativos**.

Por ende, la irracionalidad antes mencionada implica que la tendenciosidad y rigidez del procesamiento cognitivo se vincula a una negatividad en cuanto a los hechos, sumado a un concepto pobre de sí mismo y de la eficacia personal, en cuanto a recursos, para sobrellevar los elementos adversos de las situaciones y problemáticas que deben enfrentar.

Asimismo, el hecho de que en el **proceso de toma de decisiones** los adolescentes que integran la muestra refieran que esto se da de manera **impulsiva**, da cuenta de una pobre evaluación de riesgos y consecuencias de las decisiones y comportamientos que realizan.

Si consideramos estos elementos con lo señalado por diversos autores, en cuanto a que la etapa vital implicada se da en el curso del logro de las operaciones formales, que permiten el pensamiento hipotético

deductivo, es posible señalar que esta nueva capacidad cognitiva alcanzada en la adolescencia es ejercitada de manera irracional por estos adolescentes, intensificando el carácter personalizado y egocéntrico del procesamiento cognitivo de los jóvenes que se autolesionan.

Al respecto, y de acuerdo a lo señalado por diversos autores, se evidencia la presencia de **creencias pro-autolesión**, que se activan frente a las situaciones gatilladoras o estímulo de la conducta autolesiva. Dichas creencias van en razón de *“si me autolesiono, me aliviaré del malestar emocional”, “si no me autolesiono, voy a “explotar” de la rabia, pena y angustia que siento”, “el dolor físico es más tolerable que el emocional”*.

Estas creencias se ven cimentadas en los elementos cognitivos descritos en el curso de este análisis, en cuanto a baja autoimagen, atención y magnificación de lo negativo, así como a la alta irracionalidad cognitiva.

Asimismo, cabe destacar el **bajo perfeccionismo** que presentan los adolescentes que conformaron la muestra, lo que da cuenta de una **baja autoexigencia**, ya que no serían particularmente prolijos y orientados al detalle en sus actividades, cayendo en el conformismo producto del bajo autoconcepto descrito en este análisis.

De esta forma, los resultados obtenidos en el Paradigma Cognitivo dan cuenta de un perfil particular de los jóvenes que se autolesionan, lo cual se sustenta en las otras esferas de la personalidad analizadas en el curso de este estudio, tales como los aspectos biológicos y conductuales explicitados anteriormente.

En este sentido, el **Paradigma Afectivo** presenta características particulares que clarifican aún más este perfil de personalidad particular de los adolescentes con conducta autolesiva.

De acuerdo a los resultados obtenidos es posible señalar la **presencia de afecto depresivo**, el cual se presenta de manera preferente respecto de otros tipos de afectividad.

Este elemento se ve graficado en la tendencia de quienes conformaron la muestra a experimentar con mayor frecuencia **emociones** tales como la **pena** y la **rabia**.

Lo anterior implica un procesamiento de las situaciones y hechos teñido por una afectividad ligada a la tristeza y la desesperanza, entre otros. Esto se ve acrecentado por la presencia importante de **afecto ansioso**, el cual se mezcla a nivel emocional con lo depresivo, dando cuenta de alteraciones importantes en este paradigma.

Se evidencia una autoestima regular o media, que da cuenta que si bien hay una cierta valoración de sí mismos, estos no logra compensar el bajo autoconcepto a nivel cognitivo ni la concepción baja de eficacia personal.

En consecuencia, la afectividad depresiva, agresiva o ansiosa, así como el desajuste conductual asociado, está más ligada a sentimientos de incapacidad, inadecuación o inferioridad, en virtud de las demandas o exigencias tanto internas como externas, y no tanto a una baja autovaloración o un “no tenerse cariño”.

El cruce de lo afectivo con lo cognitivo y biológico, que a nivel paradigmático ya fueron analizados, da cuenta de una correlación importante entre dicha esferas, dando cuenta de una personalidad idiosincrática y particular de la cual surgen las conductas autolesivas.

En este contexto, la presencia de **afecto agresivo**, sustentado por el exceso de rabia y frustración, da cuenta también de la conducta violenta y autodestructiva que poseen estos adolescentes.

Un elemento a destacar es la **alta intolerancia a la frustración**, que implica que la no satisfacción de sus expectativas o el no logro inmediato de sus deseos, genera en ellos un estado emocional adverso, donde se suceden con intensidad emociones como la

rabia, angustia e impotencia, lo cual también conllevaría en gran medida, al resultado autolesivo por sentimientos de insatisfacción e incapacidad antes descritos.

De acuerdo a los diversos autores citados en el curso de la presente investigación, estaríamos en presencia de severos **déficits en la capacidad de autorregulación emocional**.

Esto implica fallas y deficiencias que dan cuenta de procesos deficientes de autorregulación emocional, en los cuales “la *intensidad* de determinadas emociones es percibida y vivenciada como extremadamente alta e inmanejable (*especificidad*) por sujetos con importante *sensibilidad* frente a este tipo de emociones”.

En consecuencia, surge en los adolescentes una vivencia emocional que altera de manera sustancial el estado mental y la tranquilidad, derivando en desajustes en los procesos de expresión emocional y recuperación del equilibrio psíquico, derivando en conductas autolesivas.

Lo anterior implicaría un colapso de dichos procesos, en donde el adolescente se ve sobrepasado por una vivencia en extremo alta, donde se percibe a sí mismo como incapaz de manejar y controlar el “malestar emocional” que experimenta.

Es en esta instancia donde la conducta autolesiva se instala como mecanismo de desviar el dolor emocional a lo físico, con una consecuente sensación de mayor “control”.

Indudablemente, la baja capacidad de autorregulación emocional conlleva a que la conducta se torne reiterativa, frente a la presencia frecuente de emociones displacenteras como la pena, rabia o ansiedad, con lo cual se va configurando en forma progresiva la conducta compulsiva de autolesionarse como respuesta al malestar emocional que sobrepasa al sujeto.

Los datos obtenidos en cuanto al **Paradigma Inconsciente** se relacionan con lo anterior, en el sentido de aportar nuevos elementos en cuanto a las características psíquicas de los adolescentes con conducta de autolesión.

Al respecto, se evidencia que los adolescentes que componen la muestra presentan **Alexitimia Media**, lo que implica que se trata de jóvenes que son psíquicamente capaces de tomar conciencia de sus estados emocionales, aun cuando el manejo y procesamiento de los mismos presenta deficiencias de acuerdo a lo constatado en otros paradigmas.

En este sentido, presentan **represión de afectos** cuya vivencia o manifestación

consciente es significada como perturbadora o desequilibradora del sí mismo.

Ello se correlaciona con lo señalado con diversos autores (*ver marco teórico, pág. 19*), los cuales dan cuenta de cómo el proceso autolesivo lleva a que afectos como la pena, rabia o ansiedad no se manifiesten siendo “desviados” por el hecho de dañarse los tejidos corporales.

Asimismo, la impulsividad en la toma de decisiones, así como el bajo repertorio conductual y asertividad, dan cuenta de **un pobre awareness de la relación conducta/consecuencias**, en cuanto a que son adolescentes centrados excesivamente en la gratificación inmediata y el alivio instantáneo del malestar emocional, lo cual se traduce en conducta impulsiva y ligada al acting out.

Por ello, no se da una toma real de conciencia de las consecuencias a mediano y largo plazo, al momento de activar una conducta orientada a dicha satisfacción y alivio inmediato.

Tanto los resultados obtenidos en la muestra como lo señalado por diversos autores citado en el transcurso de esta investigación, dan cuenta de la presencia de **experiencias traumáticas** en los adolescentes que se autolesionan, referidas a abuso, maltrato y negligencia durante la infancia.

Si asociamos los puntajes bajos obtenidos en escalas tales como repertorio conductual, asertividad, autoimagen y autoeficacia, y las asociamos con los altos puntajes obtenidos en escalas tales como Satisfacción de Necesidades y Nivel de felicidad, podemos señalar que tal contradicción da cuenta de **mecanismos defensivos** como la negación, represión y proyección, los cuales finalmente se tornan **deficientes** para el manejo de la ansiedad que arroja tal contradicción derivando, a la postre, en conducta autolesiva que en sí misma da cuenta de una **tendencia al acting out**.

Finalmente, el **Paradigma Sistémico** da cuenta de elementos importantes de análisis respecto de la configuración del sistema familiar en el cual se insertan los adolescentes con conducta autolesiva que integran la muestra.

Al respecto, y tal como se señaló en el Paradigma Ambiental/Conductual, las figuras parentales aparecen como poco contenedoras, lejanas, poco accesibles en cuanto a comunicación.

En consecuencia, se evidenciarían elementos de **disfunción familiar**, donde las relaciones entre los miembros del sistema familiar se darían en un estilo de “invalidación emocional”.

Esta disfunción hablaría, por consiguiente, de una **estructura jerárquica rígida**, donde efectivamente la figura paterna es percibida, por los adolescentes que conforman la muestra, como excesivamente lejana y poco disponible, mientras que con la figura materna señalan tener una relación de mala comunicación.

Diversos autores, dan cuenta de la presencia de un **estilo parental centrado en la negación y el rechazo**. Los adolescentes de la muestra, al referirse a sus padres, en un alto porcentaje señalaron la relación con la **figura paterna** es vista como **lejana**, mientras que si bien la **figura materna** es percibida como más cercana y afectuosa, la relación con dicha figura presenta elementos importantes de **incomunicación o mala comunicación**, configurando un **sistema familiar con bajos niveles de cohesión**.

Al respecto, es posible señalar que ambas figuras presentan deficiencias, de acuerdo a lo contestado, como fuentes de contención y seguridad.

Lo anterior se relaciona con lo establecido por autores como Linehan y Doctors, en el sentido de que elementos importantes de negligencia parental, con relaciones configuradas en un tipo de apego inseguro, donde no se brinda la suficiente seguridad y confianza.

Evidentemente, los resultados obtenidos tras la aplicación del instrumento a la muestra en relación a lo planteado por dichos teóricos, dan cuenta de un **sistema disciplinario autoritario**, en donde la **rigidización de roles** conlleva la invalidación emocional, vía no contención y negación de lo emocional, dando cuenta de pautas de interacción que son internalizadas, a su vez, por los adolescentes que presentan conducta de autolesión.

En síntesis, el análisis de los resultados obtenidos, incluyendo en el mismo los aportes de distintos autores señalados en el marco teórico de la presente investigación, permiten configurar un perfil particular de los adolescentes con conducta de autolesión.

Dicho perfil implica el paso previo para adentrarnos en las características del **Sistema Self** de estos adolescentes, para así dar cuenta de cómo se configura dicho sistema self en el ejercicio de sus distintas funciones.

Conclusiones.

Respecto del **Sistema Self**, como epicentro de la dinámica psicológica, es posible señalar que presenta serias deficiencias a nivel de sus distintas funciones en los adolescentes

autolesionadores que configuraron la muestra.

En cuanto a la **Función de Identidad**, es posible señalar que si bien hay una aceptable Autoestima, los adolescentes de la muestra presentan una autoimagen y autoeficacia pobres, dando cuenta de un bajo autoconcepto ligado a la tendencia a poner atención y magnificar los elementos negativos de sí mismos.

Esto hablaría de una suerte de difusión de identidad, donde los límites del “yo” y el “no yo” se ven alterados, ya que todo el rechazo, negación e invalidación que configuraron los estilos de crianza a nivel parental, termina por ser introyectados como un elemento propio donde efectivamente estos jóvenes se ven como débiles, poco eficaces y sin capacidad de control de las situaciones adversas y las consecuencias emocionales de las mismas.

Asimismo, la presencia de interferencias emocionales a nivel cognitivo, lo cual implica que los elementos desajustados a en este paradigma tengan una influencia importante de la esfera afectiva, en la cual se dan elementos depresivos, ansiosos y/o agresivos donde la falta de una autorregulación efectiva dan lugar a dicha interferencia en el plano cognitivo.

Esto daría cuenta de la autoimagen y autoeficacia pobres e inestables, lo cual conlleva, en definitiva, a las alteraciones ya mencionadas en esta función del Sistema Self.

Cabe destacar que los elementos biológicos asociados, tales como la alta vulnerabilidad biológica y la crisis de adolescencia por la cual transitan los sujetos que integraron la muestra, también dan cuenta e intensifican los elementos anteriormente descritos.

La **Función de Significación** también presenta alteraciones, ya que la traducción de la experiencia se da en base a una exagerada atención a los elementos negativos de las situaciones, los cuales a su vez son magnificados.

Los elementos cognitivos asociados a dicha traducción, tales como la alta irracionalidad cognitiva y la rigidez de esquemas favorables a la conducta autolesiva, dan cuenta de un estilo alterado de significación de la experiencia.

Ello se relaciona con los elementos afectivos, biológicos e inconscientes que configuran el perfil de los adolescentes descritos, dando cuenta de una significación integral que presenta desajustes importantes y que alteran significativamente la traducción experiencial.

La presencia de elementos agresivos, ansiosos y depresivos, con la consecuente repercusión cognitiva de estos afectos, asociados a mecanismos de defensa deficientes y bajos procesos de *awareness* respecto de las consecuencias de los actos, se relacionan con la inestabilidad biológica propia de la crisis de adolescencia y las alteraciones propias del alto psicoticismo en la esfera de la significación, alejada de convencionalismos y con un alto papel de la fantasía en la misma.

Por ello, podemos decir que la traducción de la experiencia por parte del Sistema Self de los adolescentes con conducta autolesiva que integraron la muestra, compromete de manera activa desajustes en los diversos paradigmas del modelo.

En cuanto a la **Funcion de Autoorganización**, es posible dar cuenta de que se trata, por definición, de una de las que presenta mayores desajustes y alteraciones en virtud de los resultados obtenidos tras la aplicación del instrumento.

En atención a la alta vulnerabilidad biológica que presentan quienes integraron la muestra, se puede concluir que existe una suerte de facilitación biológica para la desorganización¹¹, la cual se intensifica en

¹¹ Opazo (2001), citando a Linehan (1993), señaló que “un paciente borderline, por ejemplo, puede presentar

función de inestabilidad propia de la crisis de adolescencia por la que transitan.

En este contexto, los deficientes mecanismos de defensa hacen que las situaciones, ligadas a la traducción desajustada de las mismas, desorganicen con mayor fuerza al Sistema Self de quienes componen la muestra, dando lugar a una vivencia angustiosa de dichos eventos.

Al respecto, la deficiente capacidad de autorregulación emocional surge como un elemento de análisis de significativa relevancia en este punto, lo cual implica que un gran porcentaje de los desajustes a nivel de esta función se da en el ámbito del manejo deficiente y pobreza en la regulación de las propias emociones.

Se presenta, entonces, alta incoherencia del mundo interno, lo que conlleva a que frente al malestar emocional, la capacidad de recuperación de los adolescentes que componen la muestra, sea deficiente.

En ello se entrecruzan elementos cognitivos, en cuanto a esquemas de significación emocional rígidos, hipervalentes y donde la connotación a emociones tales como la pena, rabia, miedo o ansiedad es

negativa y de inmanejable, absolutamente desestructuradoras del sí mismo.

Asimismo, las alteraciones a nivel de apego y estilos parentales de crianza se conjugan con lo anterior, implicando la internalización deficiente y pobre de pautas de regulación emocional.

En cuanto a la **Función de Búsqueda de Sentido**, se presenta en el contexto propio de la etapa del ciclo vital (adolescencia) por el que cursan los sujetos que conformaron la muestra.

Por ello, no se aprecia mayor deseo por alcanzar un sentido superior de la existencia o desarrollo personal mayor, ya que la configuración de identidad y el tránsito de la niñez a la adultez son las áreas de interés y desarrollo.

Lo anterior, acentuado por el excesivo egocentrismo, implica una tendencia a la satisfacción inmediata y baja capacidad de empatía, propia de esta etapa pero que se intensifica aún más en el tipo de adolescentes que se autolesionan.

Es posible señalar que la baja autoimagen y autoeficacia dan lugar a bajas expectativas y la sensación permanente de fracaso o de caer en el error, por lo que la tendencia a ponerse grandes metas y tareas se ve perjudicada por estos elementos.

una facilitación biológica para la desorganización y una limitante biológica que lentifica la re-organización de su sistema SELF".

Hay bajo perfeccionismo, baja autoexigencia y excesivo conformismo, lo que si bien se explica por mecanismos de defensa como la represión y negación, los adolescentes que conforman la muestra en su mayoría se declaran satisfechos y felices, aun a pesar de la evidencia de autolesiones, malestar emocional y desadaptación en general.

Es decir, se consideran tan poca cosa que se conforman con poco, sin ponerse grandes desafíos en la vida.

Básicamente, el enunciado anterior da cuenta de las alteraciones en las distintas funciones, pero en esencia de **déficits severos** en el logro evolutivo de una identidad sólida y de una autosuficiencia que permita que el sujeto se oriente a la independencia y adultez.

Finalmente, respecto de la **Función de Conducción de Vida** es posible señalar que los elementos de excesiva impulsividad en la toma de decisiones, dan cuenta de un pobre desarrollo de esta función. Es por ello, que los adolescentes que conformaron la muestra terminan por desadaptarse de su entorno, llegando a la autolesión y otras malas prácticas.

Predomina en ellos la afectividad agresiva y ansiosa, lo cual se traduce en acciones y decisiones con un acentuado tinte emocional, donde los elementos más

racionales y lógicos, en una mayoría de las veces, está supeditado a lo afectivo.

A nivel de Paradigma Inconsciente, se aprecia un pobre awareness de la relación conducta/consecuencias, lo cual implica que en esta función, los adolescentes en cuestión no consideran mayormente las consecuencias mediatas y a largo plazo en sus decisiones, implicando aún mayores deficiencias y desajustes a nivel de esta función.

A lo anterior, hay que agregar el bajo repertorio conductual, que implica que frente a diversas situaciones, donde muchas veces la carga emocional es importante y supera los niveles bajos de autorregulación emocional de estos adolescentes, no se encuentran, porque no están disponibles en el repertorio del sujeto, las respuestas a nivel conductual que permiten sobrellevar de mejor manera la situación.

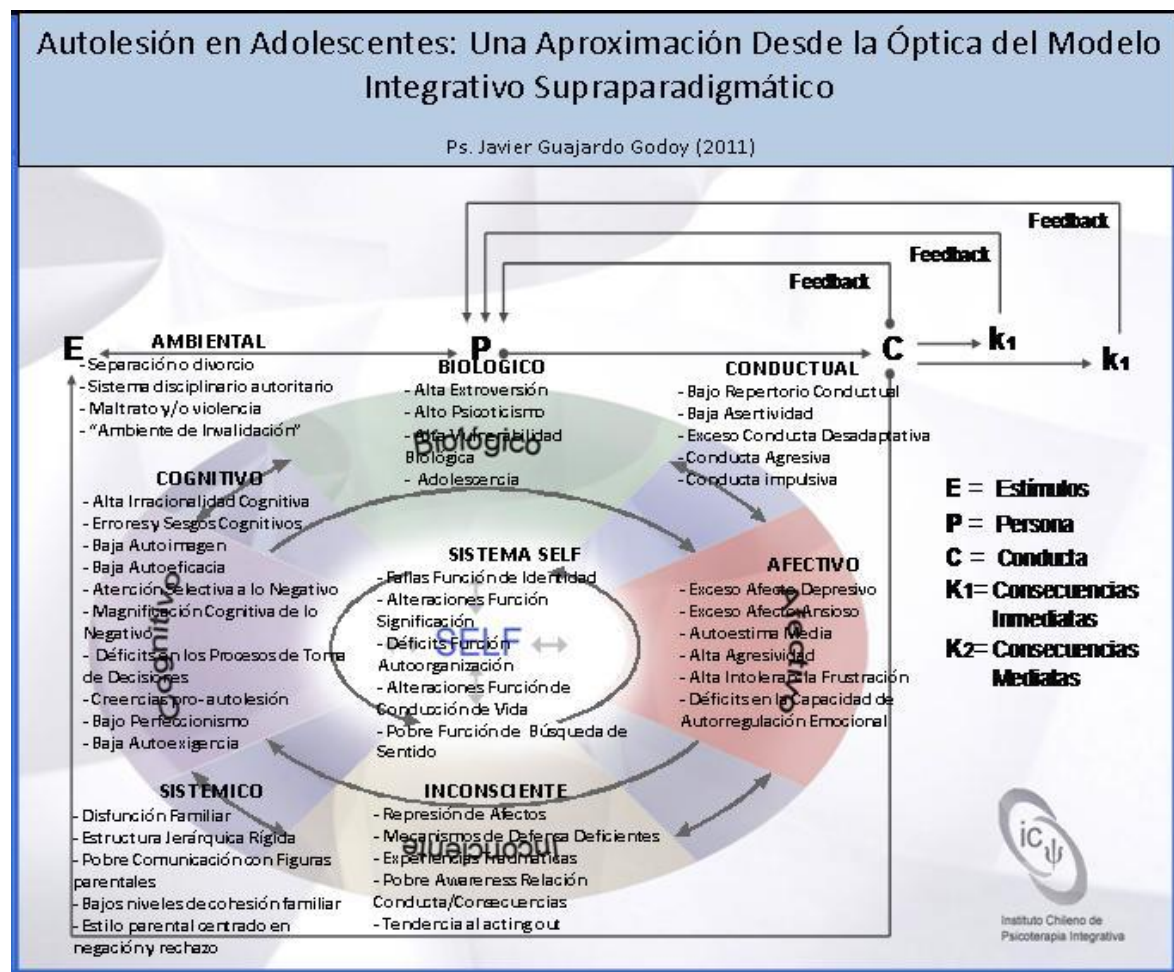
En consecuencia, esta función se da en un contexto de baja asertividad, trayendo como resultado la inadecuación de estos jóvenes a las demandas, tanto internas como externas, a las que deben dar respuesta.

De esta forma, fue posible concluir el presente estudio señalando que los adolescentes que conformaron la muestra presentan alteraciones y deficiencias en todas las funciones del Sistema Self, lo cual

abre un desafío clínico importante al momento de tratar a este tipo de pacientes.

Por ello, una importante línea de investigación futura será dar cuenta de cuáles son las **estrategias clínicas más efectivas para generar un cambio en este tipo de alteraciones.**

Asimismo, otra línea de futura investigación sería dar cuenta de la manera en que estas conductas y alteraciones se presentan en adultos, ya que de acuerdo a las fuentes bibliográficas citadas en esta investigación, hay una importante incidencia de mujeres sobre los treinta años que presentan esta conducta.



Referencias

Alderman, T. (1988) *"The Scarred Soul: Understanding & Ending Self-inflicted Violence"*, New Harbinger Publications, California.

Amigo, A.M.(2005) *"Función de Identidad del Sistema Self en Pacientes Mujeres con Trastorno Bipolar Tipo II en Fase Depresiva"*, Tesis para optar al grado de Magíster en Psicoterapia, UAI-ICPSI, Santiago de Chile.

Carrasco, V. (2004) *"Aproximación desde la Psicoterapia Integrativa a la Fobia Social en Adultos"*, Tesis para optar al grado de Magíster en Psicoterapia, UAI-ICPSI, Santiago de Chile

Claes, L., Vandereycken, W. & Vertommen, H. (2005) "Self Care Versus Self Harm: Piercing, Tattooing and Self Injuring in Eating Disorders", *European Eating Disorders Review*, número 13.

Chapmkan, A. & Dixon-Gordon, K. (2007) "Emotional Antecedents and Consequences of Deliberate Self- Harm and Suicide Attempts", *Suicide and Life Threatening Behavior*, número 37, Octubre.

De la Fuente, D. (2009) *"Análisis de la Evolución y Desarrollo de la Función de Autoorganización del Sistema Self"*, Tesis para optar al grado de Magíster en Psicoterapia, UAI-ICPSI, Santiago de Chile.

Díaz C, (2004) *"Funciones del Sistema Self en el Trastorno Límite de Personalidad: Una Aproximación desde el Modelo Integrativo Supraparadigmático"*, Tesis para optar al grado de Magíster en Psicoterapia, UAI-ICPSI, Santiago de Chile.

Favazza, A. & Conterio, K. (1988) "The Plight of Chronic Self-Mutilators", *Community Mental Health Journal*, número 24.

Favazza, A. ; Conterio, K. & DeRosear, L. (1989) "Self Mutilation and Eating Disorders", *Suicide and Life-Threatening Behaviour*, número 19.

Favazza, A. (1996) *"Bodies Under Siege: Self Mutilation and Body Modification in Culture and Society"*, Johns Hopkins University Press, Baltimore.

Florenzano, R. (2007) *"El Adolescente y sus Conductas de Riesgo"*, Editorial Universidad Católica de Chile, Santiago.

Guajardo H. & Montenegro H. (1994) *"Psiquiatría del Niño y del Adolescente"*, Editorial Salvador, Santiago.

Haas, B. y Popp, F. (2005) "Why Do People Injure Themselves?", *Psychopathology*, número39, Noviembre.

Lecannelier, F. (2006) *"Apego e Intersubjetividad: Influencia de los Vínculos Tempranos en el Desarrollo Humano y la Salud Mental"*, Editorial Lom, Santiago, Chile.

Mosquera, D.(2008) *"La Autolesión: El Lenguaje del Dolor"*, Editorial Pléyades, Madrid, 2008.

Opazo R. (2001) *"Psicoterapia Integrativa: Delimitación Clínica"*, Ediciones ICPSI, Santiago, Chile, Mayo.

Palmer, L. ; Blackwell, H. Stevens, P.; McGeorge, M. (2007) "Healing The Wounds", *Mental Health Today*, Junio.

Nader, A. Morales, A. M. (2008) "Síndrome de Automutilación en Adolescentes: Análisis Comparativo de Comorbilidad", *Revista Chilena de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia*, número 19, Diciembre.

Navarrete, M.C. (2004) *"Función de Significación del Sistema Self de Pacientes Mujeres con Trastorno Bipolar Tipo II en Fase Depresiva"*, Tesis para optar al grado de Magíster en Psicoterapia, UAI-ICPSI ,Santiago de Chile.

White Kress, V. (2003) "Self-Injurious Behaviors: Assessment and Diagnosis", *Journal of Counseling& Development*, número 81,.

Yip, Ngan y Lam (2003) *"A Qualitative Study of Parental Influence on and Response to Adolescents Self Cutting in Hong Kong"*, "Families in Society", número 84.

