

*AcPI*

*Actualizaciones*  
*en*  
*Psicoterapia Integrativa*



## Editorial

El Volumen IV de AcPI, correspondiente al año 2012, ofrece al lector una serie de artículos en temáticas de gran relevancia clínica y social; como son los trastornos de pánico, la clínica basada en la evidencia, la homosexualidad y - desde las neurociencias - los aportes de la oxitocina a la comprensión del funcionamiento emocional y del comportamiento interpersonal.

Además, este número incorpora los artículos de dos colegas extranjeros, que eligieron nuestro enfoque y nuestro país, para su formación como psicoterapeutas integrativos. Así, nos es muy satisfactorio el que México y El Salvador estén presentes en nuestra revista, con dos artículos de relevancia. Uno en temáticas clínicas poco abordadas, como es el caso del Mutismo Selectivo; y el otro, en la esfera de las características de psicólogos latinoamericanos en formación (salvadoreños y chilenos), y cómo se relacionan con lo que sería un posible perfil del psicoterapeuta ideal.

Finalmente, como una forma de compartir y estimular la reflexión en torno a la integración, se presenta una nueva sección "*Reflexiones Integrativas*"; destinada a compartir planteamientos sugerentes, desde los psicoterapeutas integrativos. En esta ocasión, se trata de reflexiones en torno al paradigma biológico como conjunto; y en torno a los aportes de las técnicas de neuroimagen a la psicología.

Con mucha satisfacción, ICPSI comparte este nuevo número de AcPI. Agradeciendo a todos aquellos que han colaborado en esta edición, e invitando al lector a compartir conocimientos, reflexiones e inquietudes, estimulantes y aportativos.

*Verónica L. Bagladi L.*  
Directora



## INDICE

Editorial.....	3
----------------	---

### Artículos

Actualización de tratamientos para el Trastorno de Pánico, según criterios de Medicina Basada en Evidencia (MBE).	
---	--

<i>Oscar Silva R. (Chile)</i> .....	6
-------------------------------------	---

¿Cuál es la interacción de la oxitocina y el reconocimiento emocional? Oxitocina: rol central en la cognición social.	
--	--

<i>Alejandra Vásquez R.</i> .....	18
-----------------------------------	----

Orientación sexual homosexual: ¿Se hace o se nace homosexual? Un estudio desde el sustrato biológico en la homosexualidad.	
---	--

<i>Nicolás Gabriel V.</i> .....	28
---------------------------------	----

Aproximación al Mutismo Selectivo desde la Psicoterapia Integrativa Infanto Juvenil	
---	--

<i>Nancy M. Garza A.</i> .....	39
--------------------------------	----

Aporte del Enfoque Integrativo Supraparadigmático, como predictor en la formación del psicoterapeuta "ideal". Un estudio comparativo entre estudiantes de psicología de Chile y El Salvador.	
--	--

<i>Roberto Quintanilla B.</i> .....	78
-------------------------------------	----

### Reflexiones Integrativas

Paradigma Biológico y Psicología Una Mirada Crítica Desde El Enfoque Integrativo Supraparadigmático.	
---	--

<i>Elizabeth López A.</i> .....	104
---------------------------------	-----

La Neuroimagen como aporte a la Psicología.	
---	--

<i>Rebeca Mateo F.</i> .....	114
------------------------------	-----

## **Actualización de tratamientos para el Trastorno de Pánico, según criterios de Medicina Basada en Evidencia (MBE).**

**Ps. Mg© Oscar Silva Ramírez.<sup>1</sup>**

### **Abstract**

In this bibliographical revision on treatments for the panic disorder based on evidence, I considered two subjects that seem to me central in the Supraparadigmatic Integrative Approach (EIS). In the first place the “must” of looking for all valid knowledge that contributes to the etiology, understanding and treatment from the different paradigms involved in this type of approach: environmental-behavioral, unconscious, biological, cognitive, affective and systemic. And second, some criteria for validating his type of specific evidence, in this case, the denominated MBE, medicine based on the evidence (also well-known as Medical Assistance Based on Evidence). Finally, some “principles of influence” are presented; principles relevant to the treatment of the panic disorder.

**Key words:** *Panic disorder - Treatments based on the evidence - Supraparadigmatic integrative Approach*

### **Resumen:**

El presente trabajo realiza una revisión bibliográfica sobre tratamientos para el trastorno de pánico basados en la evidencia; en esta revisión se consideran dos parámetros, que a juicio del autor, resultan centrales en el Enfoque Integrativo Supraparadigmático (EIS). En primer lugar, buscar todo conocimiento válido que aporte a la comprensión y tratamiento del Trastorno de Pánico desde los distintos paradigmas involucrados en él (ambiental-conductual, inconsciente, biológico, conductual, cognitivo, afectivo). Y en segundo lugar, la consideración del denominado MBE, medicina basada en la evidencia (también conocida como Asistencia Sanitaria Basada en la Evidencia), como un criterio posible para validar este tipo de evidencia específica. Finalmente, se realiza un intento de derivación de los resultados encontrados a la formulación de “principios de influencia” relevantes en el tratamiento de los trastornos de pánico.

**Palabras clave:** *Trastorno de pánico - Tratamientos basados en la evidencia - Enfoque Integrativo Supraparadigmático*

---

<sup>1</sup> Oscar.silva@psicomedica.cl

## Medicina Basada en la Evidencia

“La Medicina Basada en la Evidencia representa el uso racional, explícito, juicioso y actualizado de la mejor evidencia científica aplicado al cuidado y manejo de pacientes individuales” (Juan Fco. Jiménez, Asistencia Sanitaria Basada en la Evidencia, 2007. ).

Según Jiménez, la práctica de MBE requiere la integración de la experiencia clínica individual con la mejor evidencia clínica externa derivada de los estudios de investigación sistemática.

Su principal objetivo es el de que la actividad clínica se fundamente sobre bases científicas provenientes de estudios de la mejor calidad metodológica, en los que se refleje de forma fidedigna el estado actual de conocimiento.

Algunas de las herramientas básicas sobre las que se apoya la metodología de la MBE son la lectura crítica de la literatura clínica disponible y la revisión sistemática de la evidencia existente.

Las búsquedas de las mejores evidencias/pruebas se encuentran en los ensayos clínicos publicados en revistas científicas, así como también en los meta análisis, revisiones sistemáticas y en las guías clínicas e informes de agencias de evaluación (locales o internacionales).

El paradigma de la Medicina Basada en la Evidencia (MBE)

La MBE cómo método para tomar decisiones clínicas se basa en:

A. Búsqueda y hallazgo de la literatura científica original y relevante. Lectura crítica de la misma y establecimiento de su nivel de evidencia para interpretarla correctamente.

B. La experiencia clínica y el conocimiento sistemático del contexto de esa práctica.

C. Las preferencias del paciente.

El proceso de la MBE sigue las siguientes etapas:

1. Formulación de una pregunta clínica clara y precisa a partir de un problema clínico dado.
2. Búsqueda de la literatura de artículos originales relevantes y apropiados para el problema.
3. Evaluación crítica de la validez y utilidad de los artículos encontrados (Nivel de evidencia).
4. Aplicación de los resultados a la práctica clínica al paciente tomando en cuenta su contexto y sus preferencias.

Porqué utilizar la MBE para organizar la atención a la salud mental

- Para mejorar la calidad de la atención clínica.
- Para aumentar la efectividad y la eficiencia en la atención clínica.
- Para reducir la variabilidad innecesaria e injustificada en la práctica clínica.

- Para reducir o limitar prácticas no justificadas por los datos o que han demostrado riesgos iatrogénicos.
- Para promover una mayor equidad en los servicios de salud mental.

Limitaciones en el uso de la MBE en salud mental:

- Que no existan datos sobre el objeto de estudio o que estos sean parciales y limitados.
- Las limitaciones metodológicas en la investigación sobre intervenciones psicoterapéuticas y psicosociales que hacen que sea difícil conseguir evidencia de primer nivel con los criterios actuales.
- La falta de publicación de estudios con resultados que no apoyan las hipótesis de los investigadores o promotores de la investigación, dado que la evidencia se extrae de los datos publicados en publicaciones científicas, como fuente principal.
- Que no sea posible desarrollar evidencia (en el momento actual) sobre el objeto de estudio.
- Que la evidencia disponible no sea extrapolable a nuestro contexto asistencial.
- Que el conocimiento derivado de la evidencia se utilice de forma mecánica y acrítica, sin tener en consideración el contexto asistencial, la experiencia clínica y las preferencias del paciente.

## **TRATAMIENTO DEL TRASTORNO DE PÁNICO, RESUMEN DE LA EVIDENCIA DISPONIBLE SEGÚN CRITERIOS DE MBE**

La ansiedad es una respuesta normal y sana que facilita la adaptación del ser humano al medio ambiente, pero se convierte en un problema cuando ocurre en momentos en los que no existe un peligro real. Los trastornos de ansiedad, junto con la depresión, son los problemas psicopatológicos con una mayor tasa de prevalencia en la sociedad actual.

Dentro de los trastornos de ansiedad, los trastornos de Pánico y agorafobia son dos de los trastornos de los que con más frecuencia se ocupa la práctica clínica.

A continuación se presentan sintéticamente resultados de estudios recientes (posteriores al año 2005) sobre eficacia terapéutica (según criterios de MBE) en trastornos de pánico, divididos en:

- I. Estudios de tratamientos que han demostrado claramente su eficacia
- II. Estudios de tratamientos que sugieren eficacia
- III. Estudios de tratamientos que resultan ser ineficaces

### **Principios de Influencia**

El psicólogo Roberto Opazo C., creador del Modelo integrativo Supraparadigmático, haciéndose cargo de las complejidades causales del psiquismo humano y del rol preferencial que en ella juegan las probabilidades, plantea el concepto de **principio de influencia** “...un principio de

*influencia se refiere a una relación entre un evento específico precedente y otro evento específico consecuente. La presencia del primero incrementa la probabilidad de que ocurra el segundo. No se trata entonces de una relación legal de necesidad, sino de una relación probabilística, basada en observaciones científicas sistemáticas acerca de cómo tienden a responder los seres humanos... Así, "...El concepto de principio de influencia "humaniza" el principio de causalidad. Aunque no garantiza que el efecto ocurrirá, un principio de influencia es más que una mera influencia: implica que casi todas las personas serán influidas hacia el mismo efecto si son sometidas a la influencia de ese principio..." (Opazo, 2000, pp 948).*

En base a la conceptualización anterior, se plantea que la evidencia reportada por los estudios revisados permitiría derivar ciertos principios de influencia de utilidad en el tratamiento de los trastornos de pánico, los cuales se enuncian al final de cada grupo de evidencias revisado.

## **I. ESTUDIOS QUE HAN DEMOSTRADO CLARAMENTE SU EFICACIA:**

### **1.1 La terapia cognitivo-conductual**

- *La terapia cognitivo conductual es tan eficaz como los antidepresivos o benzodiazepinas durante el tratamiento agudo.*
- *La terapia cognitivo conductual modificada para atención primaria y*

- *llevada a cabo por especialistas en medicina conductual parece aumentar las tasas de respuesta y remisión.*

Estudio: 232 pacientes de atención primaria con criterios DSM-IV para el trastorno de pánico fueron asignados al azar a la atención habitual frente a la terapia cognitivo conductual modificada para atención primaria más farmacoterapia (la terapia cognitivo conductual consistió en 6 sesiones durante 12 semanas más 6 contactos telefónicos durante 9 meses, la farmacoterapia estaba basada en algoritmo según Guía Clínica). Ambos grupos recibieron tasas similares de medicación.

La comparación de la atención habitual frente a la terapia de combinación:

Las tasas de remisión fueron del 12% frente a 20% a los 3 meses (NNT 13) y 16% vs 29% a los 12 meses (NNT 8).

Las tasas de respuesta fueron 27% vs 46% a los 3 meses (NNT 6) y 38% vs 63% a los 12 meses (NNT 4).

*Referencia - Arch Gen Psychiatry 2005 Mar; 62(3):290.*

- *La terapia cognitivo-conductual parece más eficaz que la terapia de relajación para el trastorno de pánico con agorafobia.*

Meta-análisis: de 5 ensayos aleatorios que comparan la terapia cognitiva conductual frente a la relajación en pacientes con trastorno de pánico con agorafobia.

Comparando la terapia cognitiva conductual frente a la terapia de relajación:

El porcentaje de pacientes con cambios clínicamente significativos en el post-tratamiento fue del 72% frente a 50% ( $p = 0,004$ , NNT 5).

La tasa de abandonos del 12% vs 14% (no significativo).

*Referencia - J Consult Clin Psychol 2007 Aug;75 (4):513.*

- *La Terapia para el Control del Pánico (TCP) está asociada a una mejoría de los resultados.*

La PCT es una terapia cognitivo-conductual con 5 componentes:

1. La educación - la descripción de los modelos de ansiedad, que incluyen síntomas físicos, cogniciones y comportamientos.
2. Intervención cognitiva - cambiar pensamientos de inadaptación que ocurren antes, durante y después del pánico.
3. Relajación.
4. Respiración controlada.
5. Técnicas de la exposición - destacar sentimientos físicos asociados con el ataque de pánico, se denomina exposición interoceptiva.

Estudio: Ensayo aleatorio en 80 pacientes con trastorno de pánico, asignados a PCT vs tratamiento habitual.

Los pacientes asignados a PCT que completaron la terapia obtuvieron mejores resultados clínicos, menor severidad del pánico y menor evitación fóbica.

*Referencia - J Consult Clin Psychol 2006 Apr; 74 (2):377.*

#### **Principios de Influencia**

- *La práctica de técnicas de relajación, influye reduciendo la posibilidad de aparición de crisis de pánico*
- *La conducta de enfrentamiento gradual del objeto temido influye aumentando la probabilidad de disminución del temor a ese objeto.*
- *Un repertorio conductual completo y variado influye aumentando la probabilidad de una mejor activación del ambiente (conducta. pulsante).*
- *La presencia sistemática de un estímulo neutro cuando el organismo enfrenta un estímulo ansiógeno influye aumentando la probabilidad de que, en el futuro, el estímulo neutro produzca ansiedad.*
- *El ensayo conductual en el setting terapéutico influye en aumentar la probabilidad de emisión de la conducta ensayada en otros contextos.*
- *Fases didácticas durante el proceso influyen disminuyendo la probabilidad de resistencias por parte del paciente a trabajar activamente en el proceso de cambio.*

#### **1.2. La psicoterapia psicodinámica:**

- *La psicoterapia psicodinámica parece más eficaz que el entrenamiento en relajación.*

Ensayo aleatorio: con 49 adultos con edades comprendidas entre 18-55 años con trastorno de pánico (con o sin agorafobia, con o sin depresión) fueron asignados al azar a psicoterapia psicodinámica centrada en el pánico frente al entrenamiento en relajación.

La psicoterapia psicodinámica exploró conflictos psicodinámicos en relación con el trastorno de pánico. El entrenamiento en relajación usó relajación muscular progresiva y luego exposición gradual a la ansiedad. Ambos tratamientos fueron de

24 sesiones, dos veces por semana durante 12 semanas.

15% de pacientes asignados a psicoterapia de grupo frente a un 47% de pacientes asignados a relajación en grupo eran varones ( $p < 0,05$ ), esta diferencia no pareció afectar estadísticamente a los resultados.

La comparación de psicoterapia psicodinámica vs relajación.

7% vs 34% abandonaron ( $p = 0,03$ , NNT 4).  
73% frente a 39% tasa de respuesta definida como reducción del 40% en la puntuación de gravedad ( $p = 0,016$ , NNT 3).

A pesar del pequeño tamaño de la muestra de este ensayo, ha demostrado la eficacia preliminar de la psicoterapia psicodinámica centrada en pánico para el trastorno de pánico.

Referencia - Am J Psychiatry 2007 Feb; 164(2):265

**Principios de Influencia:**

- Un proceso de awareness gradual influye aumentando la probabilidad de aceptación en la conciencia de contenidos cognitivo/emocionales conflictivos.

- El awareness de las propias cualidades y capacidades aumentan la probabilidad de que se presenten afectos positivos.

**1.3 Combinación de psicoterapia y tratamiento farmacológico**

- La combinación de psicoterapia y antidepresivos puede ser más eficaz que cualquiera de los dos por sí solo para el tratamiento del trastorno de pánico.

Revisión sistemática: 21 ensayos aleatorizados comparando la combinación de psicoterapia y antidepresivos con otras monoterapias en 1709 adultos con trastorno de pánico con o sin agorafobia.

La mayoría de los estudios evalúan la terapia conductual o terapia cognitivo-conductual. 12 ensayos utilizan la terapia conductual (que consiste en la exposición más el entrenamiento en respiración y / o ejercicios de relajación), 9 ensayos utilizan la terapia cognitivo-conductual, 1 ensayo utiliza la terapia cognitivo conductual y la psicoterapia interpersonal, y 1 ensayo utiliza psicoterapia psicodinámica. No se utilizaron ensayos con terapia cognitiva únicamente.

La mayoría de los ensayos utilizan antidepresivos tricíclicos (ATC) o inhibidores selectivos de recaptación de serotonina (ISRS): 14 ensayos utilizan ACT, 7 utilizan ISRS, y 2 utilizan inhibidores de la monoamino oxidasa.

La combinación de la psicoterapia más antidepresivos es más eficaz que los antidepresivos solos.

A los 2-4 meses el 58% de pacientes con psicoterapia más antidepresivos tuvieron una mejoría frente al 48% de pacientes con antidepresivos, (NNT 10).

A los 6-24 meses después de suspender el tratamiento el 46% de los pacientes con psicoterapia más antidepresivos mantenían la mejoría frente al 28% con antidepresivos, (NNT 6).

Al final de la terapia el 55% de pacientes con psicoterapia más antidepresivos frente al 46% de pacientes con psicoterapia mantuvieron la mejoría (NNT 11).

Pero no hubo diferencia entre psicoterapia y antidepresivos y psicoterapia únicamente a los 6-24 meses después de suspender el tratamiento (38% frente a 40%).

O bien las terapias combinadas, o la psicoterapia sola, puede ser elegida como primera línea de tratamiento para el trastorno de pánico con o sin agorafobia, dependiendo de la preferencia del paciente.

**Referencia - Revisión Sistemática actualizada por última vez el 9 de septiembre de 2006 Cochrane Library 2007 Issue 1: CD004364 , también publicado en Br J Psychiatry 2006 Apr;188:305**

#### Principios de Influencia

- La ingesta de fármacos específicos influyen aumentando o disminuyendo la probabilidad de ciertos afectos, cogniciones y/o conductas específicas
- Complementar la ingesta de fármacos específicos con psicoterapia, influye reduciendo la probabilidad de recaídas en Tr. de Pánico.

### 1.4 Antidepresivos

No se dispone de estudios recientes en antidepresivos, aunque hay evidencia anterior al año 2005 que han demostrado eficacia los ISRS son más eficaces que los antidepresivos tricíclicos o el alprazolam; la fluoxetina parece ser menos tolerada debido a los efectos secundarios de la ansiedad y la agitación.

- Venlafaxina de liberación prolongada: puede tener eficacia a corto plazo. 361 adultos ambulatorios con trastorno de pánico asignados al azar a venlafaxina de liberación prolongada 75-225 mg / día frente a placebo durante un máximo de 10 semanas. La venlafaxina está asociada

con una frecuencia media menor de ataques de pánico, menor tasa de síntomas limitados de ataques de pánico, una mayor respuesta y tasas de remisión, y mejoras en la ansiedad anticipatoria, el miedo y la evitación. En conclusión la venlafaxina de liberación prolongada parece ser efectiva y bien tolerada en el tratamiento a corto plazo del trastorno de pánico.

**Referencia - Br J Psychiatry 2005 Oct; 187:352**

#### Principios de Influencia:

- La ingesta de fármacos específicos influyen disminuyendo la probabilidad de aparición de crisis de pánico.

## II. ESTUDIOS QUE SUGIEREN EFICACIA TERAPÉUTICA:

### 2.1 Terapia cognitivo-conductual a través de Internet:

- Los tratamientos cognitivos conductuales por Internet (TICs) tenían mayor efecto en comparación con la lista de espera y placebo y ninguna diferencia en comparación con el tratamiento habitual

Meta-análisis que evaluó diferentes tratamientos cognitivo-conductuales por Internet (TICs), consistente en componentes psicoeducativos, cognitivos y conductuales.

Algunos TICs se basaban únicamente en la exposición indirecta o modelado, siendo el número medio de sesiones entre 4,2 y 7,8. Las condiciones de control fueron la lista de espera, el tratamiento habitual (terapia cognitivo-conductual llevada a cabo por

terapeuta) o un placebo. Los participantes presentaban diferentes condiciones de ansiedad (de generalizada subclínica o niveles clínicos; trastorno de estrés post-traumático (TEPT), trastorno de pánico, fobias específicas, fobia social, y estrés.)

**Referencia:** *Reger M A, Gahm G A: A meta-analysis of the effects of Internet- and computer-based cognitive-behavioral treatments for anxiety. Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE) (2009)*

Ensayo controlado aleatorio (ECA): con datos provenientes de un solo centro. Examinó la relación coste-eficacia de la auto-exposición por ordenador, utilizando el sistema FearFighter, en comparación con la exposición dirigida por el clínico, y la relajación en el trastorno de pánico o la fobia.

La muestra incluyó a 90 pacientes, 36 seleccionados al azar al grupo de FearFighter, 36 al grupo dirigido por el clínico, y 18 al grupo de relajación.

Debido a las limitaciones de su estudio, los resultados deben considerarse con precaución y es necesaria investigación adicional.

El estudio concluye que FearFighter fue tan eficaz como la exposición y más barato que el dirigido por el clínico.

**Referencia:** *McCrone P, Marks IM, Mataix-Cols D, Kenwright M, McDonough M Computer-aided self-exposure therapy for phobia/panic disorder: a pilot economic evaluation. NHS Economic Evaluation Database (NHS EED) (2009)*

- *La terapia cognitiva conductual a través de Internet puede ser eficaz.*

Ensayo aleatorio: con 60 pacientes con trastorno de pánico asignados al azar a la terapia cognitivo-conductual a través de

Internet (con un mínimo de contacto vía e-mail con terapeuta, con tareas necesarias para progresar a través de los módulos) versus lista de espera durante 10 semanas.

Se hicieron llamadas telefónicas durante 10 minutos semanales, el tiempo medio total dedicado a cada paciente fue de 3,9 horas en el transcurso de 10 semanas.

Los pacientes tratados mejoraron en todos los resultados medidos (interpretaciones corporales, cogniciones desadaptativas, evitación, el nivel general de ansiedad, depresión, calidad de vida), y estos beneficios se mantenían a los 9 meses.

El 77% de pacientes tratados frente al 0% de los controles ya no cumplen los criterios de trastorno de pánico al final del tratamiento (NNT 2).

Este estudio proporciona evidencias para apoyar el uso de tratamiento a través de Internet con la incorporación de breves llamadas telefónicas semanales para tratar el trastorno de pánico.

**Referencia - Am J Psychiatry 2006 Dec; 163(12):2119.**

#### Principios de Influencia

-El uso de las TIC's en el proceso psicoterapéutico, aumenta la probabilidad de remisión de síntomas panicosos

-La conducta de enfrentamiento gradual del objeto temido en un setting virtual, influye aumentando la probabilidad de disminución del temor a ese objeto.

-El ensayo conductual en un setting terapéutico a distancia, influye en aumentar la probabilidad de emisión de la conducta ensayada en otros contextos.

## 2.2. Tratamiento cognitivo-conductual combinado con farmacoterapia

Ensayos controlados aleatorios (ECAs): evaluaban Tratamiento cognitivo-conductual (TCC) combinado con la farmacoterapia para el tratamiento de los adultos (18 a 65 años), diagnosticados mediante (DSM)-III-R o DSM -IV para trastornos de ansiedad. Los resultados significativos en el análisis de meta-regresión fueron:

TCC más farmacoterapia mejora el trastorno de pánico (Hedges'  $g$  0,99, IC del 95% 0,26 a 1,71) y trastorno de ansiedad generalizada (Hedges'  $g$  0,81, IC 95%: 0,18 a 1,44) y sólo benzodiazepinas más TCC fueron más eficaces que el placebo (Hedges'  $g$  1,28, IC del 95%: 0,90 a 1,66); y el tamaño del efecto de la TCC más farmacoterapia disminuyó con el aumento el año de publicación ( $p = 0,003$ ).

No obstante los resultados deben ser tratados con precaución ya que no hay dos estudios que evaluaron la misma combinación del espectro de pacientes, la medicación, y el resultado. Los ensayos incluyen pacientes con una variedad de trastornos, tratados con una variedad de medicamentos, y se miden los resultados en términos de tipos de rituales, desaparición de ataques de pánico, o una variedad de escalas.

*Referencia: Hofmann SG, Sawyer AT, Korte KJ, Smits JA Is it beneficial to add pharmacotherapy to cognitive-behavioral therapy when treating anxiety disorders?. A meta-analytic review. Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE) (2010).*

### Principios de Influencia

- Complementar la ingesta de fármacos específicos con psicoterapia, influye reduciendo la posibilidad de recaídas

## 2.3 Paroxetina versus Risperidona

*Risperidona en dosis bajas parece que se tolera igualmente bien como la paroxetina. Risperidona en dosis bajas puede ser un tratamiento efectivo para los trastornos de ansiedad en el que los ataques de pánico son un componente importante.*

Estudio doble ciego randomizado:

No se identifica ninguna diferencia en la eficacia de la paroxetina y la risperidona en dosis bajas en el tratamiento de ataques de pánico.

*Referencia: Prosser JM, Yard S, Steele A, Cohen LJ, Galynker II. A comparison of low-dose risperidone to paroxetine in the treatment of panic attacks: a randomized, single-blind study. BMC Psychiatry. 2009 May 26; 9:25.*

### Principio de Influencia

- La ingesta de fármacos específicos influyen aumentando o disminuyendo la probabilidad de ciertos afectos, cogniciones y/o conductas específicas.

## 2.4 El cuidado colaborativo

- El cuidado colaborativo basado en la atención telefónica está relacionado con la mejora de resultados en el trastorno de pánico y los trastornos de ansiedad generalizada en atención primaria.

Estudio: 191 adultos, de edades entre 18 y 64 años, con pánico y / o trastorno de ansiedad generalizada, asignados al azar a cuidado colaborativo basado en el teléfono frente a la atención habitual.

La intervención consistió en que profesionales de la salud mental proveían a los pacientes con psicoeducación, una evaluación de las preferencias del paciente, tratamiento y seguimiento de respuestas a través del teléfono; e información a los médicos de las preferencias del paciente y del progreso a través de un sistema de registro médico electrónico.

A los 12 meses, la intervención en los pacientes había reducido la ansiedad y síntomas depresivos, la mejora de la salud mental relacionada con la calidad de vida, el trabajo y un menor número de absentismo laboral.

Entre los pacientes, el 94% de intervención frente a un 79% de control estaban trabajando a los 12 meses ( $p = 0,04$ , NNT 7).

La atención telefónica basada en la colaboración para el trastorno por pánico y trastorno de ansiedad generalizada es más eficaz que la atención habitual para mejorar los síntomas de ansiedad.

*Referencia - Arch Gen Psychiatry 2005 Dec;62(12):1332 , un comentario se pueden encontrar en Am Fam Physician 2006 Jun 1;73(11):2060.*

#### Principios de Influencia

- El ambiente que responde en forma contingente a las conductas influye aumentando la probabilidad de bienestar psicológico.
- Fases didácticas durante el proceso influyen disminuyendo la probabilidad de resistencias por parte del paciente a trabajar activamente en el proceso de cambio.
- Un programa de seguimientos sistemático de la evolución de los pacientes, influye disminuyendo la posibilidad de recaídas

### III. ESTUDIOS QUE NO HAN DEMOSTRADO CLARAMENTE SU EFICACIA

#### 3.1 Combinación de psicoterapia y benzodiacepinas

- No existen suficientes pruebas para evaluar los efectos clínicos de la psicoterapia combinada con benzodiazepinas para pacientes con trastorno de pánico.

Revisión sistemática de tres ensayos dos ensayos (166 participantes) utilizaron una intervención de terapia conductual de 16 semanas y el tercero (77 participantes) una intervención de terapia cognitivo conductual de 12 semanas. La duración del seguimiento varió de 0 a 12 meses.

*Referencia: Cochrane Database of Systematic Reviews 2009, Issue 1. Art. No.: CD005335*

- Pruebas insuficientes para demostrar la superioridad de la combinación de la psicoterapia y de las benzodiacepinas sobre la monoterapia sola.

Revisión sistemática de 2 ensayos aleatorizados de 16 semanas de duración, que comparaban la combinación de la

psicoterapia más benzodiazepinas frente a monoterapia, en adultos con trastorno de pánico con o sin agorafobia.

Seguimiento de 6-12 meses.

Las tasas de respuesta fueron:

31% (combinación de tratamientos) frente a 24,4% (monoterapia) durante el tratamiento agudo (no significativo).

20,2% frente a 25,6% al final del tratamiento (no significativo).

19% frente a 30,5% en 6-12 meses de seguimiento (no significativo).

*Referencia - Revisión Sistemática actualizada por última vez el 14 de Mayo de 2007 (BMC Psychiatry 2007 May 14; 7:18 full-text).*

## RESUMEN DE LA EVIDENCIA

Han demostrado su eficacia: Terapia cognitivo conductual, Psicoterapia psicodinámica, Combinación de psicoterapia y tratamiento farmacológico, algunos Antidepresivos

Sugieren alguna eficacia Terapia cognitivo conductual a través de internet, Terapia cognitivo conductual combinada con farmacoterapia, Antidepresivos, Benzodiazepinas añadidas a antidepresivos, Paroxetina vs. Risperidona, Ejercicio, Cuidado colaborativo.

No han demostrado claramente su eficacia Combinación de psicoterapia y benzodiazepinas, Algunos fármacos.

## Referencias

Addis ME, Hatgis C, Cardemil E, Jacob K, Krasnow AD, Mansfield A. (2006) J Consult

Clin Psychol. Apr;74(2):377-85.PMID:16649882 [PubMed - indexed for MEDLINE] <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16649882?dopt=Abstract> A randomized controlled clinical trial of psychoanalytic psychotherapy for panic disorder.

**Carlbring P, Bohman S, Brunt S, Buhrman M, Westling BE, Ekselius L, Andersson (2006)** Remote treatment of panic disorder: a randomized trial of internet-based cognitive behavior therapy supplemented with telephone calls G.Am J Psychiatry. Dec; 163(12):2119-25.PMID:17151163 [PubMed - indexed for MEDLINE] <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17151163?dopt=Abstract>

**Furukawa TA, Watanabe N, Churchill R. (2007).** Combined psychotherapy plus antidepressants for panic disorder with or without agoraphobia. **En: Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 1. Art. No.:** CD004364. DOI: 10.1002/14651858.CD004364.pub2.<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD004364.pub2/references>

**Hofmann SG, Sawyer AT, Korte KJ, Smits JA. (2009)** Is it Beneficial to Add Pharmacotherapy to Cognitive-Behavioral Therapy when Treating Anxiety Disorders? A Meta-Analytic Review. Int J Cogn Ther. Jan 1; 2(2):160-175. PMID: 19714228 [PubMed] [Free PMC Article http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=19714228](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=19714228)

**Jimenez, J.F. (2007)** Asistencia Sanitaria Basada en la Evidencia, Evidencia – ASBE. Escrito por Juan Fco. Jiménez Miércoles, 19 de Diciembre de 2007, <http://www.psicoevidencias.es>

**McCrone P, Marks IM, Mataix-Cols D, Kenwright M, McDonough M. (2009)** Cogn Behav Ther. Jun; 38(2):91-9.PMID:19306148 [PubMed - indexed for MEDLINE]. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=19306148>

**Milrod B, Leon AC, Busch F, Rudden M, Schwalberg M, Clarkin J, Aronson A, Singer M, Turchin W, Klass ET, Graf E, Teres JJ, Shear**

**MK.** (2007) *Am J Psychiatry.* Feb; 164(2):265-72. Erratum in: *Am J Psychiatry.* 2007 Mar; 164(3):529. *Am J Psychiatry.* 2007 Jul; 164(7):1123. PMID: 17267789 [PubMed - indexed for MEDLINE] <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17267789?dopt=Abstract>

**Opazo, R. (2000)** Psicoterapia integrativa "Desafío para el Siglo XXI". En *Psiquiatría y Psicología de la Infancia y Adolescencia.* Grau, A. y Meneghello, J. (Eds.), Edit. Panamericana.

**Prosser JM, Yard S, Steele A, Cohen LJ, Galynker II (2009)** A comparison of low-dose risperidone to paroxetine in the treatment of panic attacks: a randomized, single-blind study. *BMC Psychiatry.* 2009 May 26; 9:25. PMID: 19470174 [PubMed - indexed for MEDLINE] [Free PMC Article](http://www.biomedcentral.com/1471-244X/9/25) <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/9/25>

**Reger, M. A. y Gahm, G. A. (2009).** A meta-analysis of the effects of internet- and computer-based cognitive-behavioral treatments for anxiety. *Journal of Clinical Psychology,* 65: 53–75. doi: 10.1002/jclp.20536 <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jclp.20536/abstract> [Computer-aided self-exposure therapy for phobia/panic disorder: a pilot economic evaluation.](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jclp.20536/abstract)

**Roy-Byrne PP, Craske MG, Stein MB, Sullivan G, Bystritsky A, Katon W, Golinelli D, Sherbourne CD. (2005).** A randomized effectiveness trial of cognitive-behavioral therapy and medication for primary care panic disorder. *Arch Gen Psychiatry.* Mar; 62 (3):290-8. PMID:15753242 [PubMed - indexed for MEDLINE]

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15753242?dopt=Abstract> [Specificity of treatment effects: cognitive therapy and relaxation for generalized anxiety and panic disorders.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15753242?dopt=Abstract)

**Siev J, Chambless DL. (2007).** *J Consult Clin Psychol.* Aug; 75 (4):513-22. Erratum in: *J Consult Clin Psychol.* 2008 Oct;76(5):iii. PMID: 17663606 [PubMed - indexed for MEDLINE] <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17663606?dopt=Abstract> [Effectiveness of cognitive-behavioral treatment for panic disorder versus treatment as usual in a managed care setting: 2-year follow-up.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17663606?dopt=Abstract)

**Watanabe N, Churchill R, Furukawa TA (2009)** 11. Combined psychotherapy plus benzodiazepines for panic disorder Published Online: January 21, <http://summaries.cochrane.org/CD005335/psychotherapy-and-a-benzodiazepine-combined-for-treating-panic-disorder>

**Watanabe N, Churchill R, Furukawa TA. (2007)** Combination of psychotherapy and benzodiazepines versus either therapy alone for panic disorder: a systematic review. *BMC Psychiatry.* 2007 May 14; 7:18. Review. PMID: 17501985 [PubMed - indexed for MEDLINE] [Free PMC Article](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17501985?dopt=Abstract) <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17501985?dopt=Abstract>

## ¿CUAL ES LA INTERACCIÓN DE LA OXITOCINA Y EL RECONOCIMIENTO EMOCIONAL? OXITOCINA: ROL CENTRAL EN LA COGNICIÓN SOCIAL

Lic. Bg, PhD © Alejandra Vásquez Rosati<sup>2</sup>

### **Abstract:**

Oxytocin (OXT) is a neurohormone that is involved in social cognition and prosocial behaviors. This review shows the findings of the effects of OXT in social cognition, specifically in emotional recognition and emotional detection. The first part shows the double-blind randomized studies where OXT is administered intranasally to healthy participants for the study of socio-emotional behaviors. The second part shows clinical studies seeking to understand the relationship of the absence of some features of social cognition that may be related to psychopathology, and how OXT can treat some of them. Future directions aim to understand the mechanisms by which OXT relates to the biological circuit, and hence identify the therapeutic benefits of the administration of OXT.

**Key words:** *Oxytocin - Social Cognition - Prosocial Behaviors*

### **Resumen:**

La oxitocina (OXT) es una neurohormona que se ha visto involucrada en la cognición social y en las conductas prosociales. Esta revisión muestra los hallazgos de los efectos de la OXT en la cognición social, específicamente en el reconocimiento y detección emocional. En una primera parte se encuentran estudios aleatorizados de doble-ciego, donde se les administra OXT intranasal a los participantes sanos y se observan las conductas socio-emocionales. En la segunda parte, se muestran estudios clínicos que buscan por un lado entender como la ausencia de algunas funciones de la cognición social pueden estar relacionados con psicopatologías; y cómo la OXT puede ser un tratamiento a algunas de ellas. Las direcciones futuras apuntan a comprender mejor los mecanismos por los cuales la OXT está relacionada al circuito biológico, y así identificar los beneficios terapéuticos de la administración de OXT.

**Palabras Claves:** *Oxitocina - Cognición Sociale - Conductas prosociales*

---

<sup>2</sup> Bióloga, Estudiante de Doctorado en Psicología  
auvasque@uc.cl

## **OXITOCINA Y COGNICIÓN SOCIAL.**

El neuropéptido oxitocina (OXT), es un péptido de 9 aminoácidos que actúa como una neurohormona o neurotransmisor. Se sintetiza en el hipotálamo, es transportado a la pituitaria posterior y liberado en el torrente sanguíneo (Kawamura et al. 2010). La OXT es conocida por sus efectos en facilitar las contracciones uterinas durante el parto y la eyección de la leche materna. La OXT junto con el neuropéptido arginina/vasopresina, han tomado roles claves a lo largo de la evolución de los mamíferos en la compleja regulación de la cognición social y los comportamientos de acondicionamiento, reconocimiento y agresión, así también, en conductas de apego, miedo a la extinción, ansiedad, exploración social y miedo. Estudios recientes, han comenzado a dilucidar que las funciones de estos neuropéptidos, están alterados en los trastornos mentales asociados con déficit sociales (Meyer-Lindenberg et al. 2012). Por ejemplo, se han correlacionado los niveles de OXT en el plasma y algunos marcadores conductuales. Altos niveles de OXT en el plasma han sido asociados con confianza y confiabilidad, contactos físicos positivos con un compañero, reducción de la respuesta hormonal a estresores psicosociales y bajos

niveles de ansiedad en pacientes con depresión. En contraste, niveles periféricos atenuados de OXT han sido correlacionados con pacientes con depresión, esquizofrenia y desórdenes del espectro del autismo (Meyer-Lindenberg et al. 2012).

La OXT juega un rol central en la cognición social y en los comportamientos prosociales. Dentro de la cognición social encontramos funciones relacionadas a la memoria social, detección de emociones, reconocimiento emocional y empatía. Mientras que los comportamientos prosociales, son comportamientos que facilitan las relaciones y las conexiones interpersonales (por ejemplo: confianza, generosidad y cooperación, afiliación, apego, respuestas socio-emocionales, etc....) (Bartz et al., 2011). Existe evidencia genética asociada a los receptores de OXT, que relaciona las discrepancias conductuales con alteraciones funcionales de estos receptores (Wu et al. 2012). En este trabajo me centraré en cómo la OXT se vincula con la cognición social, específicamente en la detección de emociones y reconocimiento emocional, a través de estudios empíricos. En una primera parte se mostrarán estudios realizados con personas de la población normal, sin antecedentes neurológicos, endocrinos o mentales; y luego en una segunda parte,

hallazgos de la relación de esta neurohormona con trastornos o déficits en la cognición social.

### **ESTUDIOS EN PERSONAS DE LA POBLACIÓN NORMAL.**

Los estudios que se mostrarán a continuación se realizaron en personas de la población normal, de sexo masculino, sin antecedentes de desórdenes endocrinos, neurológicos o mentales. Todos estos estudios utilizan un diseño experimental aleatorizado de doble-ciego, en el que se compara un grupo al que se le administra OXT intranasal versus a uno que se le administra un placebo, y luego se les presenta la tarea de reconocimiento emocional. Domes et al. (2007), les pidió a participantes que categorizaran rostros basados en sus expresiones. Observó que a aquellos participantes que se les administró OXT intranasal, fueron mejores en clasificar las emociones de los rostros y eran capaces de inferir sobre el estado mental de otro individuo. En otro estudio reciente, los investigadores presentaron a los participantes rostros felices y enojados con tiempos de presentación muy cortos (17 a 53 ms) enmascarados con rostros neutros. Encontraron que a los participantes que les administraron OXT, tenían una mejor

precisión en el reconocimiento emocional (sobre todo en rostros felices), y por tanto, sugieren que la OXT modula el darse cuenta de la información social relevante en el entorno. Los autores también discuten que se la OXT promueve fases tempranas del procesamiento visual de estímulos emocionales (Schulze et al., 2011). Estudios realizados con resonancia magnética funcional (fMRI), muestran que la administración de OXT reduce la activación de la amígdala derecha cuando se presentan rostros con contenido emocional, esto sugiere que la OXT tiene un efecto modulador en la amígdala en respuesta a expresiones faciales (enojo, alegría y miedo), independiente del la valencia (Domes et al., 2007b). En esta revisión se ha encontrado un estudio en el que administran OXT intranasal a hombres y a mujeres adultos sanos. En esta tarea los participantes deben clasificar rostros con expresiones emocionales (rabia, disgusto, miedo, felicidad, tristeza, y sorpresa). Los investigadores demostraron que la OXT aumenta la sensibilidad hacia las expresiones emocionales positivas, de este modo, los participantes que recibieron la oxitocina identificaron las expresiones de felicidad de una manera más precisa, que los que recibieron placebo (Marsh et al. 2010).

Las investigaciones antes mencionadas sobre

la administración de OXT intranasal se han centrado principalmente en como la información del mundo externo es procesado e interpretado (rostros emocionales y expresión de emociones). Un mecanismo alternativo o complementario que explicaría el efecto de la OXT en comportamiento social es el propuesto por Cardoso et al. Esto es, que la OXT puede alterar la percepción del sí mismo. Es decir, la OXT puede provocar cambios en la percepción subjetiva de una persona a rasgos altruistas, de aceptación, y de orientación social, que a su vez podrían estimular la conducta afiliativa (Cardoso et al. 2011). Al poner a prueba esta hipótesis los investigadores muestran que la administración de OXT intranasal produce un cambio en como los participantes perciben y reportan la información auto-referida considerada como permanente y estable. Los participantes que se auto administraron OXT intranasal reportaron altos puntajes en extraversión y apertura a las experiencias, más que los participantes que se les administró placebo. Específicamente, los rasgos de personalidad caracterizados como emociones positivas, calidez, confianza, altruismo, y la apertura a valores e ideas, son más sensibles a la administración de OXT. Estos datos sugieren que la OXT modula la autopercepción de la personalidad (rasgos

centrales) sin modular como los participantes responden al rechazo social (estado emocional del momento). La OXT mejora la autopercepción de seguridad, de apego y el estilo de afrontamiento (Cardoso et al., 2011).

### **ESTUDIOS CLÍNICOS**

Alteraciones funcionales de los comportamientos sociales pueden resultar en estados psicopatológicos. La OXT es considerada como pieza clave en el desarrollo de una variedad de desórdenes mentales. En general, los desórdenes clínicos que se reportan, se caracterizan por tener una incapacidad, en algún ámbito, de la cognición social. Los autores buscan encontrar en ellos la relación que puedan tener con la OXT, con el objetivo de proponer futuros tratamientos.

**Desorden del espectro autista (autism spectrum disorder – ASD).** Este desorden está caracterizado por patrones anormales específicos en comunicación, incapacidad en la cognición social y conductas repetitivas. Modahl et al., (1998) encontraron bajos niveles de OXT en el plasma de niños con ASD. Además estos niveles aumentaban con la edad en niños sin autismo, en relación a

los niños autistas. Estos niveles de OXT se correlacionaron con puntajes del funcionamiento social de los niños, donde los niños con autismo presentaron menores puntajes que los niños normales. Por otro lado, dos estudios realizados por Hollander et al. (2003) en adultos diagnosticados con autismo o Asperger, sugieren que la infusión sistemática de OXT facilita el procesamiento y retención de la información social, comparado con los participantes que recibieron placebo; y que además la OXT reduce las conductas repetitivas. Los autores proponen que estas conductas pueden estar vinculadas a anormalidades en el sistema de OXT. En un estudio, la administración de OXT en hombres de 12 a 19 años diagnosticados con ASD, mejoraron su desempeño en la tarea Reading the Mind in the Eyes. Esto sugiere que tratamientos con OXT mejora las funciones sociales en individuos jóvenes con ASD (Guastella et al. 2010).

***Desorden ansioso (social anxiety disorder – SAD).*** Este desorden también es conocido como fobia social. Es un desorden que se caracteriza por un miedo intenso e irracional de las situaciones sociales y a ser evaluados por otros, lo que lleva a evitar los encuentros sociales, interfiriendo severamente con la vida de las personas (Birbaumer et al. 1998). Se ha demostrado que pacientes con SAD

exhiben una reactividad exagerada de la amígdala cuando se les presentan rostros neutros, mientras que los sujetos normales solo muestran activación de la amígdala cuando los rostros presentan expresiones emocionales (Birbaumer et al. 1998). Un estudio realizado en pacientes con SAD generalizado (GSAD) y sujetos controles, a quienes se les administró OXT intranasal y placebo de forma aleatoria, mostró que los pacientes GSAD presentan hiperactividad bilateral en la amígdala, en relación a los controles. Además la OXT no tuvo efecto en la activación de la amígdala a rostros emocionales en controles, pero si atenuó la aumentada reactividad de la amígdala en GSAD a rostros con expresión de miedo (Labuschagne et al., 2010). Así también, la OXT interactúa con el sistema de respuesta al estrés, disminuyendo los niveles de cortisol cuando los sujetos son expuestos a situaciones de estrés (Heinrichs et al., 2003).

***Desorden de Personalidad Borderline (borderline personality disorder – BPD).*** Los pacientes con BPD han sido descritos como hipersensibles a señales ambientales, a veces malinterpretando las pistas sociales en términos negativos (menor precisión en el reconocimiento emocional), particularmente en la percepción del enojo (Domes et al. 2008). Una hipótesis que aún no ha sido

probada, es que las negligencias de los cuidadores y los traumas en la niñez temprana están asociados a desregulaciones en el sistema de OXT (y también de vasopresina) (Heinrichs et al. 2009). Los resultados de Robin et al. (2012) muestran que los adolescentes con BPD tienen menor sensibilidad a las emociones de rabia y alegría que los adolescentes sin BPD, pero no muestran dificultades en identificar las expresiones de las emociones.

#### ***Desorden de Personalidad Narcisista (narcissistic personality disorder – NPD).***

Este desorden se ha descrito con un patrón de grandiosidad, necesidad de admiración y falta de empatía (Marissen et al., 2012). Pacientes con NPD creen que son superiores, especiales y únicos, y sienten que deben ser tratados de forma diferente. En este estudio se encontró que pacientes con NPD tienen menor precisión en el reconocimiento de expresiones emocionales comparado con los participantes controles. Específicamente son menos precisos en reconocer las emociones de miedo y disgusto. Sin embargo, pacientes con NPD se autoperceben empáticos y sensibles a las emociones y sentimientos de otros (Marissen et al., 2012).

Estudios realizados en pacientes con otros trastornos del ánimo y de personalidad como

el trastorno obsesivo compulsivo, no han sido concluyentes y no han dado indicios claros de como la OXT puede ser un posible tratamiento para los síntomas. En el caso de la depresión, algunos autores han demostrado que los niveles de OXT en el plasma son muy bajos en pacientes con depresión mayor y que estos niveles podrían estar asociados a algunas características de la depresión (aislamiento social), sin embargo, esta hipótesis requiere mayor investigación para ser comprobada. Los estudios empíricos en esquizofrenia también han sido controversiales, a pesar de que estudios recientes en humanos y animales sugieren que los impedimentos sociales y cognitivos de la esquizofrenia podrían estar relacionados con problemas metabólicos del sistema OXT y arginina/vasopresina (Heinrich et al., 2009).

#### ***DISCUSIÓN***

La información expuesta anteriormente en los trabajos empíricos en personas normales, muestra que efectivamente existe una relación entre la oxitocina y la cognición social, en particular, según lo expuesto en este trabajo, en el reconocimiento y la detección emocional, ya sea de otros o de uno mismo. En personas sanas (sin

desórdenes endocrinos, neurológicos o mentales), observamos que la oxitocina participa en el reconocimiento emocional, la velocidad y precisión en el reconocimiento emocional y además presenta una función moduladora de la activación de la amígdala derecha, independiente de la valencia emocional. Esto último confirma el efecto ansiolítico que tiene la oxitocina. La supresión de la actividad de la amígdala derecha a rostros felices, podría ser interpretada en términos de que la oxitocina reduce la excitación a estímulos sociales afectivos en general, no solo a estímulos negativos (Domes et al., 2007).

Estos resultados nos muestran que el sistema neuroendocrino juega un rol importante en la regulación de la conducta. Incluso aquí se ha expuesto como la administración de esta neurohormona es capaz de generar cambios socioconductuales.

La cognición social es una característica que se ausenta o está alterado en algunos desórdenes mentales como lo son el desorden del espectro autista, desorden de personalidad borderline, desorden ansioso y desorden narcisista. Las hipótesis en relación a estos trastornos apuntan a que el sistema neurohormonal de oxitocina se encuentra

desregulado, o que en algunos casos podrían existir variaciones genéticas relacionadas con los receptores de oxitocina (Wu et al., 2012). Al Identificar los fundamentos biológicos de estos déficits sociales podríamos obtener pistas claves para los tratamientos. Los efectos de la oxitocina en la hiperactividad de la amígdala relacionada al miedo en pacientes con GSAD, sugieren que la amígdala puede ser un blanco crítico para efectos farmacodinámicos en el procesamiento de estímulos sociales y relacionados a conductas sociales (Labuschagne et al., 2010).

Otro punto a evaluar, es que la oxitocina es una neurohormona que se produce naturalmente en los mamíferos de sexo femenino. Los estudios aquí documentados, especialmente aquellos en que se aplica oxitocina intranasal, se realizan exclusivamente en varones. Esto se debe, a que naturalmente, la oxitocina en mujeres tiene una función durante el parto en la contracción uterina y la lactancia. Por tanto su administración exógena puede traer efectos colaterales, importantes a considerar si se piensa utilizar la oxitocina como un tratamiento para desórdenes del ámbito de la cognición social. Existen algunos estudios en roedores que muestran que la oxitocina interactúa con hormonas gonadales e

influencia las conductas sociales (Champagne et al. 2001; McCarthy et al. 1996; Razzoli et al. 2003 citados en Marsh et al. 2010). Más aún, estudios en neuroimagen sugieren que en las mujeres la oxitocina puede incrementar la actividad en regiones neuronales involucradas en el procesamiento de las expresiones faciales emocionales (como la amígdala y la corteza temporal inferior), pero que podría reducir la actividad en estas regiones en hombres (Domes et al. 2007 y 2007b). Controlling for potential confounding factors such as the menstrual cycle, hormonal contraception or gaze fixation pattern, the authors found a specific increase of left amygdala activation in response to fearful images

Es importante también considerar los planteamientos de Bartz et al. (2011), quien propone que algunos de los efectos de la oxitocina pueden estar influenciados por factores contextuales (por ejemplo, situaciones en las que la oxitocina ha sido administrada o características de los individuos a los que se les ha administrado oxitocina. Por tanto, la pregunta más apropiada no sería ¿la oxitocina mejora la cognición social? sino, ¿bajo qué circunstancias la oxitocina mejora la cognición social? Bajo esta discusión, Bartz et al., sugieren tres mecanismos bajo los cuales

la oxitocina exógena puede afectar la cognición social y los comportamientos prosociales en humanos: i) reduciendo la ansiedad, especialmente la ansiedad social; ii) motivación afiliativa, la oxitocina afecta los estados motivacionales relacionados a la afiliación y; iii) alterando la saliencia perceptual y/o el procesamiento de las pistas sociales, por ejemplo, la administración de oxitocina intranasal produce un aumento en direccionar la mirada hacia la región de los ojos. Estos mecanismos hipotetizados no son mutuamente exclusivos e incluso pueden combinarse para producir el efecto de la oxitocina en ciertos contextos (Bartz et al., 2011).

Las direcciones futuras apuntan a comprender mejor los mecanismos por los cuales la OXT está relacionada al circuito biológico, ya que aún las dinámicas farmacológicas de la administración de oxitocina no son claras. Para así identificar los beneficios terapéuticos de la administración de OXT.

Tomando en cuenta los estudios expuestos, se puede resumir lo siguiente en relación a la oxitocina: (i) La oxitocina está asociada con la precisión y detección del reconocimiento emocional. (ii) el sustrato neuronal del efecto ansiolítico de la oxitocina es el sistema

límbico, en particular la amígdala. Específicamente, se ha encontrado que la oxitocina atenúa la reactividad en la amígdala frente a estímulos sociales, independiente si son positivos o negativos. Este efecto está asociado a la respuesta endocrina al estrés (Heinrichs et al., 2003), donde la oxitocina es liberada en respuesta a desafíos relevantes sociales, atenuando la respuesta endocrina y autonómica al estrés. (iii) la oxitocina se libera en respuesta a las interacciones sociales positivas, como el apoyo social o la proximidad social (Heinrichs et al. 2009). (iv) la oxitocina promueve la cognición social y la interpretación de los signos sociales, posiblemente lo que representa una mayor disposición a mostrar un comportamiento de aproximación social y de empatía. (v) Hay evidencia que los niveles de oxitocina central está alterada en desórdenes mentales que están caracterizados por un severo disturbo de la cognición social, como el desorden del espectro autista, desorden ansioso, desórdenes de personalidad borderline y desorden de personalidad narcisista.

## Referencias

**Bartz, J. a, Zaki, J., Bolger, N., & Ochsner, K. N. (2011).** Social effects of oxytocin in humans: context and person matter. *Trends in cognitive sciences*, 15(7), 301-9.

**Birbaumer, N., Grodd, W., Diedrich, O., Klose, U., Erb, M., Lotze, M., Schneider, F., et al. (1998).** fMRI reveals amygdala activation to human faces in social phobics. *Neuroreport*, 9(6), 1223-6.

**Cardoso, C., Ellenbogen, M. a, & Linnen, A.-M. (2011).** Acute intranasal oxytocin improves positive self-perceptions of personality. *Psychopharmacology*, 741-749.

**Domes, G., Heinrichs, M., Michel, A., Berger, C., & Herpertz, S. C. (2007).** Oxytocin improves "mind-reading" in humans. *Biological psychiatry*, 61(6), 731-3.

**Domes, G., Heinrichs, M., Gläscher, J., Büchel, C., Braus, D. F., & Herpertz, S. C. (2007b).** Oxytocin attenuates amygdala responses to emotional faces regardless of valence. *Biological psychiatry*, 62(10), 1187-90.

**Domes, G., Cziischnek, D., Weidler, F., Berger, C., Fast, K., Herpertz, S.C. (2008).** Recognition of facial affect in borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 22, 135-147.

**Donaldson, Z. & Young, L., (2009).** Oxytocin, Vasopressin, and the Neurogenetics of Sociality. *Science*, 322(November 2008), 900-905.

**Guastella, A. J., Einfeld, S. L., Gray, K. M., Rinehart, N. J., Tonge, B. J., Lambert, T. J., & Hickie, I. B. (2010).** Intranasal oxytocin improves emotion recognition for youth with autism spectrum disorders. *Biological psychiatry*, 67(7), 692-4.

**Heinrichs, M.; von Dawans, B. & Domes, G., (2009).** Oxytocin, vasopressin, and human social behavior. *Frontiers in neuroendocrinology*, 30(4), 548-57.

**Heinrichs, M.; Baumgartner, T.; Kirschbaum, C. & Ehlert, U. (2003).** Social support and oxytocin interact to suppress cortisol and subjective responses to psychosocial stress. *Biological Psychiatry*, 54(12), 1389-1398.

**Hollander, E.; Novotny, S.; Hanratty, M.; Yaffe, R.; De Caria, CM.; Aronowitz, B.R. y Mosovich, S. (2003).** Oxytocin infusion reduces repetitive

behaviors in adults with autistic and Asperger's disorders. *Neuropsychopharmacology* 28, 193–198.

**Hollander, E.; Bartz, J., Chaplin, W.; Phillips, A.; Sumner, J.; Soorya, L.; Anagnostou, E. ; Wasserman, S. (2007).** Oxytocin increases retention of social cognition in autism. *Biological Psychiatry* 61, 498–503.

**Kawamura, Y., Liu, X., Akiyama, T., Shimada, T., Otowa, T., Sakai, Y., Kakiuchi, C., et al. (2010).** The association between oxytocin receptor gene (OXTR) polymorphisms and affective temperaments, as measured by TEMPS-A. *Journal of affective disorders*, 127(1-3), 31-7.

**Labuschagne, I., Phan, K. L., Wood, A., Angstadt, M., Chua, P., Heinrichs, M., Stout, J. C., et al. (2010).** Oxytocin attenuates amygdala reactivity to fear in generalized social anxiety disorder. *Neuropsychopharmacology: official publication of the American College of Neuropsychopharmacology*, 35(12), 2403-13. Nature Publishing Group.

**Marissen, M. a E., Deen, M. L., & Franken, I. H. a. (2012).** Disturbed emotion recognition in patients with narcissistic personality disorder. *Psychiatry research*. In press

**Marsh, A. a, Yu, H. H., Pine, D. S., & Blair, R. J. R. (2010).** Oxytocin improves specific recognition of positive facial expressions. *Psychopharmacology*, 209(3), 225-32.

**Meyer-Lindenberg, A., Domes, G., Kirsch, P., & Heinrichs, M. (2011).** Oxytocin and vasopressin in the human brain: social neuropeptides for

translational medicine. *Nature reviews. Neuroscience*, 12(9), 524-38. Nature Publishing Group.

**Modahl, C., Green, L., Fein, D., Morris, M., Waterhouse, L., Feinstein, C., Levin H. (1998).** Plasma oxytocin levels in autistic children. *Biological Psychiatry* 43, 270–277.

**Robin, M., Pham-Scottez, A., Curt, F., Dugre-Le Bigre, C., Speranza, M., Sapinho, D., Corcos, M., et al. (2012).** Decreased sensitivity to facial emotions in adolescents with Borderline Personality Disorder. *Psychiatry research*, (2006).

Schulze, L., Lischke, A., Greif, J., Herpertz, S. C., Heinrichs, M., & Domes, G. (2011). Oxytocin increases recognition of masked emotional faces. *Psychoneuroendocrinology*, 36(9), 1378-82.

**Wu, N., Li, Z., & Su, Y. (2012).** The association between oxytocin receptor gene polymorphism (OXTR) and trait empathy. *Journal of affective disorders*, 138(3), 468-472.

## Orientación sexual I homosexual: ¿Se hace o se nace homosexual? Un estudio desde el sustrato biológico en la homosexualidad.

Ps. Mg. Nicolás Gabriel Vacher<sup>3</sup>

### Abstract

Assuming the social meaning that homosexuality has acquired - as a cultural, media, political, and educational phenomenon - the present article aims to shed some light on the reader; regarding up to date research on the subject. This shows the importance of having a critical approach which promotes valid knowledge against outdated assumptions. To achieve this, the present article describes recent studies from the biological paradigm, emphasizing three major investigations conducted in the last years, along with their results and contributions. The idea is that appreciating the importance of biological studies, is not just reductionism; but a necessary integration, to achieve more complete understanding of the phenomena.

**Keywords:** *Integrative Psychotherapy, Homosexuality, Biology, Investigation.*

### Resumen

A raíz de la relevancia social que ha adquirido la homosexualidad, tanto como fenómeno cultural, político, educacional y mediático, el siguiente artículo pretende dar luces al lector desde la investigación actualizada y no desde el prejuicio; dando a conocer la importancia de tener una mirada que favorece el conocimiento válido y no supuestos obsoletos. Para lograrlo, se han descrito los últimos estudios desde el paradigma biológico, tomando tres principales investigaciones de los últimos años, junto a sus aportes y resultados. Se asume finalmente que el tomar los aportes de los estudios desde la biología no es un reduccionismo; es una integración necesaria para una comprensión más acabada.

**Palabras clave:** *Psicoterapia Integrativa, Homosexualidad, Biología, Investigación.*

---

<sup>3</sup> n\_egv@hotmail.com

### **Incorporación de nuevos paradigmas; la evolución de la investigación.**

En diversos conceptos, trastornos, condiciones, patologías y características de personalidad, la siguiente pregunta ha estado mayoritariamente en debate: ¿Se hace, o se nace? ¿Qué tiene mayor importancia, el ambiente, o la predisposición biológica? Mucho se ha dicho, y teóricos e investigadores presentan sus respuestas cual flameante estandarte, agitándolo ante la comunidad científica para dar a conocer sus estudios y teorías.

Esto ha llevado a un largo camino de ensayo y error, de crear extensas teorías con mapas mentales complejos y conceptos complicados que parecían haber acertado a lo investigado, metodologizando vías de intervención específicas para poder acercarse a una cura a lo buscado, o por lo menos explicarse el fenómeno específico que inició su investigación.

Un ejemplo de lo señalado anteriormente puede ser vislumbrado con la eyaculación precoz. Diversas teorías psicológicas han creado explicaciones para tal fenómeno, como por ejemplo, teorías cognitivo conductual lo atribuyen a un mal aprendizaje sexual, combinado a malas

experiencias y ansiedad al momento de aproximarse al contacto sexual. Teorías psicodinámicas lo atribuyen tanto a una ansiedad generalizada, a un rechazo inconsciente hacia la figura de la mujer, o ansiedad de castración. Dentro de la teoría de sistemas encontramos teóricos que proponen una existente lucha de poder en el subsistema de la pareja, y así sucesivamente podría continuar con los cientos de modelos psicológicos existentes hoy en día.

Para empeorar el asunto, así como se podría enumerar muchas etiologías distintas a la eyaculación precoz dentro de los tantos modelos psicológicos, lo mismo podría hacerse con sus técnicas de intervención, muchas de las cuales han resultado ser tiempo perdido para los pacientes que optan por consultar a psicoterapia.

Teniendo múltiples explicaciones de su etiología, mecanismos de intervención específicos y gente que accede a tratarse con estos modelos, cabría preguntarse lo siguiente: ¿Para qué seguir investigando al respecto? Y es justamente en este punto donde el enfoque integrativo supraparadigmático posee una de sus grandes virtudes, la cual es la “actitud de búsqueda por el conocimiento válido, dónde quiera que éste se encuentre” (Opazo y

Bagladi, 2009, pg.4). Gracias al ojo inquieto de investigadores sedientos de privilegiar el conocimiento válido, y no el alimentar el ego de comprometerse ciegamente con sus enfoques, como es con el conocido allegiance effect, nuevas luces de realidad científica vienen a iluminar años de ensimismamiento en teorías que posiblemente estaban haciendo más mal que bien a quienes se trataban con ellas.

Con nuevas luces, aparecen nuevos senderos, recorriendo éste el siguiente camino: desde ir al miedo a la castración y luchas de subsistemas, hacia el descubrimiento de la importancia del sustrato biológico de la eyaculación precoz. Desde un punto en que sólo puede ser producto de la ansiedad, a la valoración de ciertos neurotransmisores en la ecuación, “La eyaculación está mediada por un generador de la eyaculación medular (20, 21) y por modulación supramedular descendente que procede de varias regiones cerebrales. El neurotransmisor 5-hidroxitriptamina (5-HT, serotonina) también está implicado en el control de la eyaculación. El efecto retardante de la 5-HT sobre la eyaculación se debe probablemente a la activación central (es decir, medular y supramedular) de los receptores 5-HT1B y 5-HT2C,

mientras que la estimulación de los receptores 5-HT1A precipita la eyaculación.” (E. Wespes et al, 2009, pg.891) dejando en claro esta afirmación cómo las formas de entender cambian radicalmente al integrar un nuevo paradigma, y con él sus mecanismos de acción, en este caso la farmacoterapia para poder regular efectivamente los neurotransmisores que están involucrados en la ecuación, todo a favor del conocimiento válido y del bienestar de las personas con quienes trabajamos.

Todo lo explicado anteriormente, siendo esto el cómo al integrar nuevas investigaciones a lo ya teorizado y metodologizado puede llegar a cambiar las formas de intervenir y de comprender, no es algo único en esta temática de la eyaculación precoz, sino que ha ocurrido, gracias a la mente inquieta de buscar el conocimiento válido, en muchos otros trastornos, condiciones, enfermedades, como lo ha sido con la homosexualidad, tema que será el eje central de este artículo.

### **Breve reseña histórica de las teorías sobre la homosexualidad pre inclusión del paradigma biológico.**

Partiendo desde lo macro, la mayoría de las teorías psicológicas sobre la

homosexualidad han sido construidas desde una heteronormatividad, es decir, desde una sociedad dónde lo jurídico, artístico, educativo, político, lo económico, o en otras palabras, donde el funcionamiento y andamiaje de la colectividad es regida por la concepción de una heterosexualidad obligatoria, una heterosexualidad absolutamente necesaria para el funcionamiento íntegro y óptimo del grupo humano, siendo ésta la única orientación válida para su desarrollo y progreso.

Dentro de este contexto, diversas teorías fueron emergiendo para explicar la orientación sexual homosexual. Un ejemplo sería el psicoanálisis, donde dentro de su mapa del desarrollo psicosexual presenta diversas etapas, las cuales son etapa oral, etapa anal, etapa fálica y etapa genital. Dentro de la tercera etapa, la etapa fálica, se encuentra el complejo de Edipo, donde “Freud creía que la resolución de estos complejos era fundamental para el desarrollo de la moralidad y la conducta apropiada a su papel sexual. Si no se resuelven adecuadamente, la persona puede rechazar el papel sexual socialmente sancionado y tornarse homosexual o lesbiana, o bien presentar conducta antisocial, perversa o inmoral.” (Ergueta, K., 2008, pg.4). En esta aseveración puede

abstraerse la concepción de lo errónea que es la homosexualidad, ya que se construye como consecuencia de no poder aprobar positivamente ciertas resoluciones del desarrollo psicosexual normal del infante, y en consecuencia aparece esta condición que es situada paralelamente con conductas antisociales o perversas.

Luego en 1940 Sandor Rado, psicoanalista húngaro comparó la homosexualidad con los trastornos fóbicos, siendo esta una respuesta fóbica hacia las personas del sexo opuesto, generando entonces mecanismos de intervención para tratarla como tal. Posterior a esto, Irving Bieber, psiquiatra y psicoanalista americano afirmó que la homosexualidad se debía a relaciones familiares patológicas con dinámicas disfuncionales en el período edípico.

Además del psicoanálisis, otras teorías psicológicas tenían sus teorías y mecanismos de intervención, como lo fue la cognitivo conductual con su terapia de aversión, e incluso autoridades dentro del campo psicológico han abogado por su eficacia, como lo fue Robert Spitzer, quien tuvo un papel importante en remover la homosexualidad como trastorno en el DSM. Él investigó las terapias de conversión, dando

como resultado que un 66% de los hombres homosexuales desarrollaron un funcionamiento heterosexual favorable a partir de las intervenciones, estudio que ha sido citado numerosas veces para seguir la lucha de “sanar” homosexuales y demostrar su supuesto éxito. Vale recordar que todas estas teorías han sido desarrolladas dentro de una sociedad heteronormativa, cuyas características se introdujeron anteriormente.

### **Homosexualidad e investigación desde el sustrato biológico.**

Así mismo como una novela tiene impreso latentemente el contexto histórico en la que fue escrita, de igual manera posiblemente han sido influidas las teorías psicológicas por las características de la sociedad en las cuales han sido creadas. Es por esto mismo que las investigaciones del sustrato biológico tienen un valor en sí mismas, a mi propio juicio; el poder mostrar una realidad pura, un fenómeno existente sin alteración de ideales y prejuicios, como lo son las neuroimágenes, exámenes hormonales, entre otras, pudiendo ser un buen punto de partida para luego explicarnos fenómenos polidiscutidos. A continuación se discutirán tres investigaciones recientes, basadas en los

últimos descubrimientos desde el sustrato biológico en personas con orientación sexual homosexual.

#### a) Serotonina y sexualidad.

Entre las investigaciones más recientes dentro del sustrato biológico es posible encontrar un estudio efectuado en China, desarrollado en el Instituto nacional de Ciencias Biológicas por Yi Rao y su equipo de científicos. Este estudio publicado en abril del 2011 descubrió que es posible regular la preferencia sexual en los ratones machos (Rao, Y. 2011).

El hallazgo de estos investigadores yace en el componente químico del cerebro llamado serotonina, con el cual al criar ratones sin este compuesto químico se observó que no presentaban interés sexual en ratonas hembras, siendo la primera vez, según los investigadores que publicaron sus estudios en la revista semanal de ciencias “Nature”, que un neurotransmisor mostraría un rol importante en la preferencia sexual de los mamíferos. Entre las funciones que se le han atribuido a este neurotransmisor se encuentran la regulación del “apetito, el estado de sueño y vigilia, la memoria y el aprendizaje, la regulación de la temperatura, el humor, el comportamiento, la función

cardiovascular, la contracción muscular, la regulación endocrina y la depresión. (Marín, A. 2010. Pg.2)

Esta investigación se llevó a cabo al modificar genéticamente a los ratones para que no tuvieran neuronas que produzcan serotonina, ni tampoco tuvieran una proteína que es crucial para que el cerebro desarrolle serotonina. Esto produjo como resultado que los ratones machos no manifestaran interés sexual en las hembras, ni que se aproximaran a ellas para oler sus genitales.

En distinta manera, comenzaron a mostrar una conducta hacia los ratones machos, produciendo más frecuentemente hacia ellos lo que se llama canción de amor ultrasónica, conducta emitida por los machos manifestada como una vocalización cuando encuentran a las hembras para hacerlas receptivas al apareamiento, y al mismo tiempo estos ratones buscaban oler los genitales de otros ratones machos, concluyendo en conducta sexual homosexual. Posteriormente se les inyectó un compuesto para restituir sus niveles de neurotransmisores, lo que llevó al resultado de que volvieran a tener apareamiento con hembras.

Aunque este estudio demuestre claramente cambios conductuales en las ratas, habría que preguntarse si esto presenta un rol clave en otros mamíferos, o incluso en los humanos mismos, haciendo visible la falta de estudios sobre el índice serotoninico de humanos homosexuales e investigaciones con su relación con la homosexualidad, pudiendo a la vez ser una puerta de investigación para otros estudios.

También es necesario tener claro que hoy en día se usan reguladores de serotonina como psicofármacos, tales como los ISRS o inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, usados en diversos trastornos tales como depresión, trastornos de ansiedad, trastorno obsesivo compulsivo, entre otros, y no hay investigaciones de cómo estos, por ejemplo, han influido en un cambio de orientación sexual de las personas.

#### b) Estudio en hermanos homosexuales.

En 1993 Michael Bailey, investigador de la universidad de Northwestern, y Richard Pillard, investigador de la Universidad de Boston, publicaron su estudio sobre 54 pares de mellizos, 56 pares de gemelos, 142 hermanos que no eran ni gemelos ni mellizos, y 57 pares de hermanos adoptados,

descubriendo que el 52% de hombres gemelos monocigotos idénticos eran al mismo tiempo homosexuales, el 22% de hombres gemelos dicigotos eran a la vez homosexuales. Respecto a las mujeres, el 48% de las gemelas monocigotos eran homosexuales, mientras que el 16% de gemelas dicigotas eran homosexuales. (Bailey, J. & D. S. Benishay, 1993)

Este porcentaje de 52% en hombres y 48% en mujeres es iluminador como base para futuras investigaciones, siendo un resultado que es difícil ignorar. Aun así, uno de los mismos investigadores de este estudio se manifestó preocupado sobre el mecanismo de búsqueda de participantes que utilizó. Para poder encontrar a los participantes, publicitaron en diarios de noticia homosexuales, lo cual según él y sus críticos puede haber producido resultados inflados, refiriéndose a que gente pro diversidad sexual que sabía que su realidad podría ayudar a una visión despatologizadora sobre la homosexualidad fue la que participó, lo cual puede haber sido no representativa de toda la población homosexual. Esta autocrítica, referida como sesgo de auto elección, lo llevó a estudiar una muestra mayor en Australia, publicada en el año 2000.

En este estudio, se utilizó una muestra de 4901 gemelos australianos, utilizando cuatro nortes que guiarían la investigación. La primera fue la comparación entre orientación sexual entre hombres y mujeres, la segunda fue medir con una autoescala los niveles de interés homosexual, la tercera fue el rol de los genes, crianza en ambiente compartido, crianza al ser separados, disconformidad de género en la niñez y masculinidad y feminidad en la adultez, y por último la arquitectura genética y su covarianza. (Bailey, 2000)

A diferencia del estudio anterior del año 1993, se encontró que un 30% de los gemelos idénticos presentaba orientación homosexual, siendo un porcentaje menor pero sin dejar de ser significativo.

Por último, el estudio más reciente sobre hermanos y genética fue en el 2008 en Suecia. Utilizando información de al redor de 7000 gemelos adultos, de entre 20 a 47 años, siendo la muestra estudiada más grande hasta el momento y que no había sido escogida como las otras investigaciones por reclutamiento, sino que por información adquirida por censo nacional. El resultado de esta investigación fue que en hombres, los efectos de la genética explicaban entre un 34% a 39%, El ambiente compartido por los

gemelos, tales como actitud social y familiar, explicaban entre el 0% al 17% de la elección de pareja sexual, y el ambiente individual, refiriéndose esta investigación a circunstancias de embarazo, traumas psicológicos o psiquiátricos como violencia o enfermedades, representaban entre el 61% y el 66% de elección de pareja del mismo sexo. En las mujeres, esta investigación concluyó que hay un 18% a 19% de factores genéticos en su elección de pareja del mismo sexo, 16% a 17% para el ambiente compartido y un 64% a 66% para los factores individuales. (Lingstrom, 2008)

En estas tres investigaciones de hermanos, genéticas y gemelos monocigóticos y dicigóticos se puede apreciar que no están tan alejados los porcentajes entre los distintos estudios, y como segunda observación, a mayor la muestra, más cercana la aproximación entre los resultados, sobre todo en las últimas dos, referente a homosexualidad masculina, posiblemente dejando en manifiesto la importancia del rol de la biología en la homosexualidad.

c) Fisionomía del cerebro en personas homosexuales.

En el año 2008, un grupo de investigadores publicaron en las actas de la academia nacional de ciencias de estados unidos, un estudio desarrollado en el instituto Karolinska, en Suecia. La muestra consistió en 90 adultos, tanto hombres como mujeres, homosexuales y heterosexuales, con la finalidad de poder medir sus hemisferios cerebrales. El resultado de esta investigación, según la comparación de neuroimágenes, es que los cerebros de hombres homosexuales se asemejan al de las mujeres heterosexuales, al mismo tiempo que el cerebro de mujeres lesbianas se parece al de hombres heterosexuales, siempre refiriéndose a estructura y volumen. (BBC, 2008)

Este mismo estudio se centró en la amígdala, “considerada como una estructura esencial para el procesamiento emocional de las señales sensoriales, ya que recibe proyecciones de todas las áreas de asociación sensorial. Es esta convergencia de proyecciones anatómicas la que sitúa a la amígdala como la estructura responsable para la formación de asociaciones entre los estímulos y el refuerzo o el castigo” (Sánchez & Román, 2004, pg.224). Al medir la amígdala y compararla dentro de la muestra, se concluyó que los hombres heterosexuales y mujeres homosexuales tenían más

conexiones en la derecha que en el lado izquierdo de ella, mientras que los hombres homosexuales y mujeres heterosexuales tenían más conexiones neuronales en el lado izquierdo de la amígdala, finalizando la investigación que posiblemente la red cerebral ligada a la orientación sexual de la persona es parecida entre hombres homosexuales y mujeres heterosexuales, y entre mujeres homosexuales y hombres heterosexuales, y que estos cambios vienen desde el desarrollo uterino.

Este último estudio, a juicio como clínico, es fundamental para la psicología clínica. Si más investigaciones son concluyentes sobre esto último, ellas podrían dar luces para nuevos caminos de intervención y comprensión de personas homosexuales. Es decir, si la amígdala está relacionada con la función de reaccionar emocionalmente hacia ciertos estímulos, y está vinculada con gatillar u orientar al cerebro con una respuesta de combate o huida, es posible, con la investigación siempre como base, poder crear nuevos principios de influencia sobre estímulos efectivos en personas homosexuales, teniendo como base predicción y cambio para poder intervenir adecuadamente dentro de lo nomotético hacia lo idiosincrático de cada persona.

En otras palabras, si sabemos que la amígdala de hombres homosexuales procesa similar ciertos estímulos externos que mujeres heterosexuales, que no sea un dato suelto, sino que nos permita crear maneras de entender a la persona y crear mecanismos de acción que ayuden en su psicofacturación, investigar cómo es ese tipo de procesamiento de información y ver si se homologa en el sexo contrario.

#### **Del sustrato biológico al sistema Self.**

Las investigaciones desarrolladas anteriormente pueden dar cuenta de cómo al incluir el sustrato biológico a temáticas ya ampliamente teorizadas y discutidas desde otros paradigmas, dan finalmente nuevos puntos de inicio a nuevas concepciones y explicaciones. En este caso, ilumina el camino oscuro de teorías patologizantes que asociaban única y exclusivamente a la homosexualidad con perversión, o como producto de traumatización, a dejar en manifiesto, o aproximarse a ello, que hay otros agentes que dan génesis a la orientación sexual homosexual, sea producto de la serotonina, influencia genética, un desarrollo cerebral y de amígdala distinto, u otras áreas dentro del mismo cuerpo humano que puedan estar interactuando

dinámicamente dentro de esta concepción. No descarta posible influencia ambiental, sino que añade un mayor rango posibilitante y despatologizante. Finalmente, este artículo no pretende otra cosa que mostrar las actualizaciones en las investigaciones dentro de esta temática, señalando qué o cómo se está investigando, dando a luz resultados que cada vez son más concluyentes sobre la relevancia biológica dentro de la homosexualidad.

Aunque las investigaciones desde esta área llevan más de 50 años, no hay que negar que aún están en sus comienzos, ultimando en que no son concluyente en sí mismas. Sin embargo, sí construyen un nuevo camino de conocimiento, de un cimiento en uno a la vez. También es indiscutible la obnubilación investigativa que sería el descuidar o negar los últimos avances científicos desde el paradigma biológico ante esta temática, por defender teorías desactualizadas que no son basadas en evidencias que incluyen las últimas investigaciones.

Como palabras finales, quiero manifestar que hay otra arista que no hay que olvidar dentro de esta temática. Mucho se ha discutido sobre el génesis de la orientación homosexual, pero no hay que

olvidar el camino recorrido de la persona con orientación homosexual, muchas veces tan más importante que el origen de ella. El énfasis de estudiar su inicio habla también de nuestra instalación dentro de la sociedad heteronormativa en la que estamos, enfocados en estudiar y explicar la diversidad que no sigue a la norma, pero no olvidar que el camino de formación y aceptación (o no aceptación) de esta orientación sexual está impactando profundamente el sistema SELF de la persona, su identidad, su búsqueda de sentido, su manera de significar, en fin, su sistema en totalidad.

Como clínicos no podemos olvidar esto, ya que muchos pueden perderse en buscar la causa, y no entender cómo esto ha impactado la totalidad del mundo psíquico de quien tenemos en frente, y su manera de relacionarse con la realidad tanto externa como interna. Para finalizar, no está de más aclarar que estas últimas palabras no son en desmedro de la investigación biológica, sino que, como el modelo integrativo señala, hay que poner un “y” donde hay un “o”, ver que hay implicancias biológicas y repercusiones psicológicas que no hay que dejar de contemplar en esto, todo por el conocimiento válido y las personas con quienes trabajamos.

## Referencias

**Bailey, J. M. & D. S. Benishay (1993)**, "Familial Aggregation of Female Sexual Orientation," *American Journal of Psychiatry* 150(2): 272-277

**BBC NEWS (2008, June 4)**. | Health | Scans see 'gay brain differences'. *BBC News - Home*. Retrieved April 26, 2012, from <http://news.bbc.co.uk/2/hi/health/7456588.stm>

**Bailey, J. (2000)**. Genetic and Environmental Influences on Sexual Orientation and Its Correlates in an Australian Twin Sample. *Journal of Personality and Social Psychology* Vol.78 (p. 524-536). NA: American Psychological Association, Inc.

**Blum, D. (1997)** *Sex on the Brain: The Biological Differences Between Men and Women* (NY: Viking), 132-133

**Ergueta, K. (2008)**. *Desarrollo psicosexual*. Oruro, Bolivia: Angel Mendoza Justiniano.

**Langstrom, N. (2008)**. *Genetic and Environmental Effects on Same-sex Sexual Behavior: A Population Study of Twins in Sweden*. Sweden: Springer Science+Business.

**Marin, A. (2010)**. *SEROTONINA: LA MOLÉCULA CORPORAL MÁS ACTIVA*. España: Vivir ahora.

**Opazo, R., & Bagladi, V. (2010)**. *Historia del modelo integrativo en Chile*. Santiago: ICPSI.

**Rao, Y. (2011)**. Molecular regulation of sexual preference revealed by genetic studies of 5-HT in the brains of male mice. *Nature Volume 472* (pp. 95-99). London: NPG.

**Sanchez, J. P., & Roman, F. (2004)**. *Anuales de psicología*. Murcia: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Murcia.

**Wespes, E. (2009)**. *Guía clínica sobre la disfunción sexual masculina: disfunción eréctil y eyaculación precoz*. Europa: European Association of Urology

## Aproximación al Mutismo Selectivo desde la Psicoterapia Integrativa Infanto Juvenil

Ps. Mg. Nancy M. Garza Aguilar<sup>4</sup>

### Abstract

The following article includes a revision of recent research and bibliography, related to Selective Mutism. The Model used to reach a complete understanding of the matter, and to generate techniques and strategies of intervention, is the Supraparadigmatic Integrative Model, proposed by Roberto Opazo. Selective Mutism is an Anxiety Disorder, from which we still have little information and research material available; nonetheless, is a real problem that affects children and adolescents. This is why an integrative approach is needed; an approach that could provide us clear and complete information and knowledge, on the etiology and maintenance of Selective Mutism.

**Keywords:** *Selective Mutism – Supraparadigmatic Integrative Model – Anxiety Disorder – Etiology.*

### Resumen

El presente documento incluye la revisión de bibliografía e investigaciones recientes relacionadas con el Mutismo Selectivo. Además se hace la lectura desde el Modelo Integrativo Supraparadigmático propuesto por Roberto Opazo, con el objetivo de obtener una mirada más completa de la problemática, y a la generación de técnicas y estrategias de intervención desde la psicoterapia integrativa derivada del mismo modelo. El Mutismo Selectivo es un Trastorno de Ansiedad del cual aún existe muy poca información y material de investigación, sin embargo es un problema real que afecta a infantes y adolescentes. Por esta razón surge la inquietud de obtener una mirada integrativa que nos pueda brindar mayor información y conocimiento sobre la etiología y mantención de la problemática.

**Palabras Clave:** *Mutismo Selectivo – Modelo Integrativo Supraparadigmático – Trastorno de Ansiedad – Etiología.*

---

<sup>4</sup> Nancym,ga@hotmail.com

## INTRODUCCIÓN

En la mayoría de las sociedades es muy probable que los adultos nos preocupemos por aquellos niños que presentan excesos verbales y conductuales, aquellos que están constantemente en nuestras narices haciéndose notar; sin embargo, qué pasa con aquellos menores que se mantienen en silencio, que no nos causan problemas, es más, que hasta en ocasiones, por ejemplo, se nos olvida que son parte del aula escolar. Raras veces nos ponemos a pensar en ellos, en su sufrimiento, en su malestar.

Una de las patologías que se presentan en este tipo de infantes, es el Mutismo Selectivo (MS), caracterizado por un muy potente e incapacitante miedo a comunicarse verbalmente. Éste, por lo general, se presenta por primera vez en la edad preescolar y se caracteriza por una inhibición del habla en situaciones y ante personas específicas, pese a tener la capacidad del habla conservada.

El Mutismo Selectivo, tema que nos compete, forma parte de los Trastornos de Ansiedad Infantil, y, como se mencionó anteriormente, su principal característica es un miedo real e incapacitante del niño a

hablar en ciertos ámbitos sociales y ante personas específicas, pudiéndolo hacer de manera normal sólo con muy pocas personas, especialmente familiares cercanos, y en un ámbito íntimo, como el hogar. De acuerdo con Rodríguez, José Olivares (1994), el miedo incapacitante a hablar se puede manifestar de tres distintas maneras:

- Aversión a hablar: existe algún tipo de modalidad de lenguaje oral en distintas situaciones donde se requiera la interacción social con personas que no sean parte de su ámbito íntimo.
- Mutismo selectivo: el lenguaje oral se reduce únicamente a personas que el niño perciba como parte de su ámbito íntimo.
- Mutismo progresivo: en este caso, la ausencia de habla se generaliza a todas las personas y todas las situaciones, incluidas aquellas de su ámbito íntimo.

Algunos profesionales ven la Fobia Social en adultos como un continuo del Mutismo Selectivo en niños y adolescentes ya que comparten muchos síntomas. Además, un adulto fóbico social es muy probable que durante su infancia y adolescencia haya tenido problemas para relacionarse, involucrarse y comunicarse con otros. Olivares Rodríguez, José (1994), nos dice que es importante hacer la distinción del nivel de miedo que siente el niño para así darnos cuenta de que el mutismo selectivo “puede

ser considerado como el punto (dentro del continuo del miedo desproporcionado a hablar) en el que al sufrimiento subjetivo que en general conlleva la aversión a hablar, se le suma la incapacitación para hacerlo". A partir de esto, será clave identificar los síntomas propios del mutismo selectivo para evitar que evolucione en un mutismo progresivo o total.

Desafortunadamente el Mutismo Selectivo aún no cuenta con mucha investigación científica, en general los estudios encontrados sobre el tema se han realizado en países como España, Estados Unidos e Inglaterra principalmente. Sin embargo, a partir de los estudios existentes sabemos que epidemiológicamente el Mutismo Selectivo se presenta en el 1% de la población en edad escolar, principalmente entre los 3 y los 8 años de edad. En cuanto al género y el Mutismo Selectivo, no hay información que resulte concluyente. En algunos estudios se encontró prevalencia en el sexo masculino, mientras que en otros en el femenino. No se ha encontrado además, mayor prevalencia en alguna clase social.

Es importante considerar, que es muy probable que existan casos de Mutismo Selectivo que estén erróneamente diagnosticados. Esto derivado quizá de la escasa investigación, además de que la

mayoría de los textos, investigaciones y teorías se basan en un número muy limitado de niños que presentan este trastorno. Es común también que en la formación de profesionales no se dé mucha importancia al MS, que se aborde poco, o que simplemente no se aborde. Es por esta razón que nos podemos llegar a encontrar con profesionales (psiquiatras, psicólogos, o profesores) que digan a los padres que el niño es simplemente tímido y que su miedo a hablar irá cediendo a medida que vaya creciendo. Sin embargo, es importante recordar que la timidez es una expresión benigna de la ansiedad social, y que cuando tiene una derivación patológica, ya no podemos hablar de una simple timidez que vaya a disminuir con el paso del tiempo.

Es común también que en ocasiones se haga el diagnóstico de Trastorno Opositorista Desafiante, en vez de Mutismo Selectivo. Esto porque el profesional puede llegar a pensar que la conducta del niño, su negación a hablar en ciertas situaciones y con personas específicas, pueda ser una forma de manipular y controlar a otros, principalmente a sus padres o cuidadores. Esta confusión puede surgir ya que ante la frustración del niño por no sentirse comprendido, o no poder expresar lo que realmente le pasa, presenta síntomas o

conductas similares a aquellas presentes en el Trastorno Oposicionista Desafiante, como pataletas recurrentes, irritabilidad, negativa constante a responder a las peticiones del otro, etcétera.

Algunos profesionales diagnostican el Mutismo Selectivo como parte del espectro autista, como trastorno evitativo de la personalidad, o como una manifestación de una seria discapacidad en el lenguaje, o para aprender. Sin embargo, esto no está científicamente comprobado y hacer un diagnóstico erróneo puede llevarnos a un tratamiento que no beneficiará en nada al niño que sufre de Mutismo Selectivo.

Los pacientes que presentan esta patología, tienen severas dificultades en su vida diaria, especialmente en el plano personal y académico. Cuando encontramos a un niño con MS en el aula escolar nos podemos dar cuenta que en un principio los compañeros tienden a comprenderlo, a informar a los demás que “él/ ella no habla”, o responden por ellos para evitar que siga sufriendo. Sin embargo, con el paso del tiempo pareciera que estos mismos compañeros que antes intentaban comprenderlo, se cansan de no obtener respuesta y terminan por ignorarlo. Este aislamiento progresivo del resto de sus compañeros, es una de las principales

dificultades por las cuales atraviesa el niño; además que se convierte en factor determinante del desarrollo y mantenimiento del Mutismo Selectivo.

En la actualidad el tratamiento psicoterapéutico del Mutismo Selectivo está enfocado en reducir la ansiedad del niño. Los métodos más utilizados derivan de la corriente Cognitivo-Conductual y las técnicas operantes. Sin embargo, la propuesta es lograr una visión integral del Mutismo Selectivo que ayude a pacientes, padres y profesionales para lograr una mejor comprensión y un abordaje adecuado del problema.

## **NOSOLOGÍA Y DEFINICIÓN DE MUTISMO SELECTIVO**

El concepto de Mutismo Selectivo como diagnóstico aparece por primera vez en 1887 por Adolph Kussmaul, médico de profesión que realizó arduas investigaciones en el campo de los trastornos del lenguaje. Detalló por primera vez casos de niños que presentaban ausencia del lenguaje en situaciones específicas, a pesar de no tener problemas físicos que les impidieran el habla; a este fenómeno lo llamó “afasia de Kussmaul” o “afasia voluntaria”. Posteriormente, en 1934, Tramer lo denomina “Mutismo Electivo”, término que

hace referencia a que los niños eligen no hablar limitando su comunicación oral a ciertas personas. Este término fue utilizado por el Manual de Diagnóstico de Trastornos Mentales (DSM) hasta su penúltima edición.

En 1980 Torey L. Hayden realiza un estudio en donde identifica cuatro subtipos de Mutismo Electivo. El primero, considerado como el más común, lo llamó "Mutismo Simbiótico" (*Symbiotic Mutism*) y se caracteriza por la presencia de una madre vocalmente dominante, un padre ausente, y el uso del mutismo como una manera de controlar el comportamiento en presencia de otros adultos. El segundo, considerado como el menos común, lo llamó "Mutismo por fobia al habla" (*Speech Phobic Mutism*) y se caracteriza por un miedo distintivo del niño al escuchar grabaciones de su propia voz, así como la presencia de conductas del tipo ritual. Se creyó que la causa de este mutismo era por la demanda que se le hacía al niño de conservar un secreto de la familia. El tercer subtipo lo llamó "Mutismo Reactivo" (*Reactive Mutism*), el cual se pensó era originado porque el niño había sido sometido a algún tipo de abuso o trauma, sin embargo, no se pudo confirmar la presencia de esto en todos los niños participantes en esta categoría del estudio. Lo que sí se observó fueron claros síntomas de depresión y

retramiento, así como muy pocas expresiones faciales. El cuarto subtipo lo llamó "Mutismo Pasivo-Agresivo" (*Passive-Agressive Mutism*), en donde el silencio es usado como medio para expresar hostilidad y conductas anti-sociales, los niños en esta categoría del estudio no habían presentado signos de mutismo sino hasta los 9-12 años de edad. Es importante mencionar que en la actualidad estos subtipos del Mutismo Selectivo son muy poco reconocidos y por ende, poco utilizados.

En el DSM IV R se utiliza el término Mutismo Selectivo, en donde en lugar de hacer referencia a una elección del niño por no hablar, se enfatiza que el niño no habla porque la ansiedad que le produce la situación no se lo permite. Este mismo manual incluye el Mutismo Selectivo dentro de los Trastornos de la Infancia, la Niñez o la Adolescencia, y nos dice que se caracteriza por una persistente incapacidad para hablar en situaciones sociales específicas a pesar de que el niño hable fluidamente en otras situaciones. De acuerdo con la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), el Mutismo Selectivo es un "problema de conducta que tiene como característica más relevante la inhibición selectiva del habla en contextos concretos, cuyo inicio acontece generalmente en los años preescolares".

De acuerdo con la Dr. Elisa Shipon-Blum, especialista en el tratamiento e investigación de los trastornos de ansiedad, el Mutismo Selectivo es un complejo Trastorno que se manifiesta en la infancia caracterizado por la incapacidad del niño a hablar y comunicarse efectivamente en ciertas situaciones sociales, como en la escuela. Estos mismos niños son capaces de comunicarse normalmente en situaciones en donde se sienten cómodos, seguros, y relajados. Los niños y adolescentes con Mutismo Selectivo sienten un miedo real a hablar en las situaciones o interacciones sociales donde se requiere o se espera que se comuniquen. Comparados con los típicos niños tímidos, aquellos que sufren de Mutismo Selectivo estarían en el extremo del espectro de la timidez.

Olivares (1994) nos dice que el miedo desproporcionado a hablar se puede presentar de diversas maneras en niños y adolescentes, y hace una escala del miedo en donde la manifestación más baja o leve la califica como Aversión a Hablar, en el punto medio y decisivo ubica el Mutismo Selectivo, y en el nivel más alto de miedo nos habla del Mutismo Progresivo o Total (conceptos previamente explicados en la introducción). En relación al Mutismo Selectivo nos dice que es el punto (dentro del continuo del miedo desproporcionado a hablar) en el que

al sufrimiento subjetivo, que en general conlleva la aversión a hablar, se le suma la incapacitación para hacerlo.

## MUTISMO SELECTIVO Y ANSIEDAD

Como se mencionó anteriormente el Mutismo Selectivo es considerado parte de los Trastornos de Ansiedad en la infancia y adolescencia, es por esta razón que surge la importancia de hacer una distinción entre los términos ansiedad, angustia y miedo, y así brindar mayor claridad sobre los Trastornos de Ansiedad, especialmente sobre el Mutismo Selectivo.

De acuerdo con Aubert, Jean Luc y Dubovy Christiane (2002), el término **ansiedad** “proviene del latín *anxietas* que significa inquieto o atormentado. Expresa un temor sin objeto aparente. Siempre se refiere a un peligro psicológico inconsciente. Un sujeto es consciente de la ansiedad, pero no de sus causas, además de que un niño sólo puede *expresar* su ansiedad a través del cuerpo”. “La **angustia** sería la expresión somática de la ansiedad, o sea que con la angustia damos un paso adelante: al malestar psíquico se le agrega el malestar físico. Proviene del latín *angustiae* que significa estrechamiento y tiene como principal síntoma la contracción faríngea. La angustia normal se distingue de la

patológica, ya que esta última es mucho más intensa, dura más, se repite constantemente, y necesita un tipo determinado de estructura psíquica para desarrollarse”. De acuerdo con Marina, José Antonio (2006) **angustia** “es la ansiedad sin desencadenante claro, acompañado de preocupaciones recurrentes, con una anticipación vaga de amenazas globales y con gran dificultad de poner en práctica programas de evitación”.

Para Aubert, Jean Luc y Dubovy Christiane (2002) **miedo** sería “una amenaza o una situación material real. Una sensación afectiva dolorosa frente a un objeto o a una situación peligrosa, o percibida como tal, que existe realmente... peligro, amenaza al cuerpo o a la vida”. Mientras que para Marina, José Antonio (2006) “un sujeto experimenta miedo, cuando la presencia de un peligro le provoca un sentimiento desagradable, aversivo, inquieto, con activación del sistema nervioso autónomo, sensibilidad molesta en el sistema digestivo, respiratorio o cardiovascular, sentimiento de falta de control y puesta en práctica de alguno de los programas de afrontamiento: huida, lucha, inmovilidad o sumisión”. Este mismo autor nos ofrece un esquema para el mejor entendimiento y diferenciación de estos términos:

INQUIETUD O INTRANQUILIDAD	Agradable: <i>Excitación</i>  Desagradable: <i>Ansiedad</i>	Sin causa conocida: <i>Angustia</i>  Con causa conocida: <i>Miedo</i>
----------------------------------	---	---

Habiendo hecho esta distinción podemos darnos cuenta que el Mutismo Selectivo es considerado como un Trastorno de Ansiedad ya que cuenta con una causa conocida: el miedo a hablar.

#### CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DEL MUTISMO SELECTIVO

De acuerdo con el DSM IV R para poder hacer el diagnóstico por Mutismo Selectivo, se deben cumplir los siguientes criterios:

- (Criterio A) la alteración interfiere el rendimiento escolar o laboral, o la comunicación social.
- (Criterio B) la alteración debe durar por lo menos un mes y no se limita al primer mes de escolaridad, durante el cual muchos niños pueden estar vergonzosos y reacios a hablar.
- (Criterio C) no debe diagnosticarse MS si la incapacidad del sujeto para hablar se debe sólo a una falta de conocimiento o de fluidez de la lengua hablada requerida en la situación social.
- (Criterio D) tampoco se diagnostica si el trastorno se explica mejor por el embarazo

propio de un trastorno de la comunicación (por ej. tartamudeo), o si aparece en el transcurso exclusivo de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico.

- (Criterio E) en lugar de comunicarse mediante las verbalizaciones usuales, los niños afectos de este trastorno pueden comunicarse mediante gestos, movimientos o sacudidas de la cabeza, estirando o empujando, o en algunos casos mediante vocalizaciones monosilábicas, cortas o monótonas, o con voz alterada.

Los criterios diagnósticos del DSM IV y el CIE 10 son idénticos. Sin embargo, en este último viene recogido con el nombre de Mutismo Selectivo.

La Dra. Elisa Shipon-Blum recoge como criterios diagnósticos los siguientes: a) el niño no habla en lugares selectos como la escuela o eventos sociales, b) pero habla normalmente en lugares donde está cómodo como en el hogar (aunque algunos tampoco hablan en casa), c) su incapacidad para hablar interfiere en su vida y ámbitos educativos y sociales, d) el mutismo ha persistido por más de un mes, e) el mutismo no es provocado por tartamudeo, y no forma parte de otros desórdenes mentales tales como el autismo.

Por su parte, Olivares (1994) nos dice que si se cumplen los siguientes cinco criterios, no podemos diagnosticar Mutismo Selectivo en niños o adolescentes:

1. Nadie ha podido observarlo manteniendo una comunicación oral y fluida con alguno de los miembros de su familia o amigos íntimos.
2. El neurólogo ha podido constatar la presencia de algún tipo de alteración funcional o estructural.
3. El psicólogo no ha descartado la ausencia de retraso mental profundo, o algún otro trastorno de la conducta, especialmente aquellos que forman parte del espectro autista.
4. El otorrinolaringólogo y el logopeda llegan a un diagnóstico que incluye problemas relacionados con la pérdida total o parcial de la audición.
5. Se tiene constancia de que la ausencia de habla no ha sido precedida de forma inmediata, por determinados acontecimientos estresantes (biológicos o físicos).

De acuerdo con el DSM IV, un criterio importante antes de hacer diagnóstico por MS, es identificar a aquellos niños inmigrantes que no se han familiarizado o no se sienten cómodos con la lengua oficial del nuevo país de residencia. En estos casos es común que los niños se rehúsen a hablar, y por lo tanto se puede llegar a pensar que se

está frente a un caso de MS, sin embargo no es así.

### **SINTOMATOLOGÍA Y CRITERIOS DE PERSONALIDAD EN NIÑOS CON MUTISMO SELECTIVO**

Los niños o adolescentes que se encuentran en constante estado de ansiedad difícilmente podrán realizar las actividades escolares propias de su edad, así como lograr relacionarse socialmente con sus pares, ya que esto les requiere un alto costo energético. Christian M. citado en Aubert Jean Luc y Doubovy Christiane (2002) nos dice que “el niño demasiado ansioso no tiene disposición intelectual porque está muy preocupado con su propia angustia. Tiene otros problemas que resolver que no son los que se le proponen en clase, para él se trata de protegerse de todo aquello que pueda destruirlo”. Cuando ante la ansiedad se utilizan mecanismos de defensa no adaptados, hay un gasto de energía importante el cual no permite el emprendimiento de otras actividades que serían consideradas normales para la edad. Esto nos trae como consecuencia sintomatología física, afectiva, cognitiva, y conductual, entre otros.

De acuerdo con el DSM IV R las características sintomatológicas propias del Mutismo Selectivo incluyen: timidez

excesiva, miedo al embarazo (vergüenza) social, aislamiento y retraimiento social, dependencia “pegarse” a otros, rasgos compulsivos, negativismo, pataletas, comportamiento controlador o negativista (especialmente en casa), deterioro en la actividad social y escolar, usualmente se convierten en víctimas de *bullying* o abuso escolar por parte de otros compañeros.

Siguiendo la línea de investigación de la Dra. Elisa Shipon-Blum encontramos una serie de características, presentes en la personalidad de los niños con Mutismo Selectivo, que serían importantes de tomar en cuenta:

- a) Mutismo en al menos un escenario (sólo en la escuela, eventos sociales, fiestas de cumpleaños, reuniones familiares, etc.)
- b) Expresiones faciales “en blanco” (no sonrisas, no contacto visual, evitar contacto social, lenguaje corporal “tieso” o rígido.)
- c) Dificultad para responder a través de señas a otros (indicar si o no con la cabeza, saludar con la mano, mover la boca sin emitir sonido. Este mismo niño puede hablar con señas cuando se sienta cómodo.)
- d) Dificultad para iniciar contacto no verbal; incapacidad para iniciar juegos con compañeros o para pedir ayuda a profesores.
- e) Lentitud para responder verbal o no verbalmente.
- f) Alta sensibilidad a sus alrededores (ruidos, gente, tacto, sabor y textura de las comidas)

- g) Tendencia excesiva a preocuparse y tener miedos.
- h) Manifestaciones conductuales en casa: mal humor, baja asertividad, inflexibilidad, procrastinación, llanto fácil, necesidad de control, dominante, habla y expresividad excesiva.
- i) Inteligentes, perceptivos e inquisitivos.
- j) Introspectivos y sensibles. Pareciera que entienden lo que pasa a su alrededor, y en el mundo mucho más que otros niños de su misma edad. Dificultad para expresar sentimientos.
- k) Intereses artísticos (quizá por la necesidad de expresar sentimientos y pensamientos.)

Cuando el niño o adolescente con Mutismo Selectivo se encuentra en un ambiente que le resulta amenazante, se siente como si estuviera constantemente sobre un escenario frente a un público expectante de lo que pueda o no hacer. Frente a situaciones ansiógenas tales como ir a la escuela o hacia algún encuentro social, puede llegar a presentar síntomas físicos como fuertes dolores de cabeza, náuseas o vómitos, diarreas, entre otros.

## **EPIDEMIOLOGÍA**

En la actualidad existen pocas investigaciones que resulten concluyentes en cuanto a la prevalencia del Mutismo Selectivo, sin embargo hay algunas que están en curso, así que el debate continúa. De

acuerdo con la información que se tiene, el Mutismo Selectivo tiene un rango estimado del .03 al .2%. Las primeras investigaciones basadas en comunidad reportaron una prevalencia de rangos consistentes de menos del 1% de niños en edad escolar que cumplían con los criterios de diagnóstico del Mutismo Selectivo. Brown y Lloyd (1975) reportaron un rango de .03% entre escolares de 5 a 6 años, mientras que Kolvin y Fundudis (1981) reportaron un rango de .08% en niños de 7 años. En esta línea las investigaciones muestran una prevalencia mayor, con rangos estimados del .18% en niños escolares en Suiza (Kopp y Gillberg, 1997) a .2% en niños de segundo básico en Finlandia (Kumpulainen, Rasanen, Raaka, y Somppi, 1998). Se estima que la variación en estas investigaciones se pueda deber a la diferencia entre los criterios de diagnóstico utilizados, y al ambiente de donde se obtiene la muestra. La prevalencia es típicamente mayor en las investigaciones con muestra obtenida del ámbito escolar, en comparación con aquellas obtenidas de centros clínicos.

Es más común identificar niños con Mutismo Selectivo dentro de las instituciones educativas, ya que es ahí donde principalmente se pone en evidencia la dificultad del niño para relacionarse y para participar en las actividades académicas. Por

otro lado, en el ámbito clínico nos encontramos menos casos ya que, como estos niños no suelen ser considerados “niños problema”, no es muy común que los padres los lleven a consultar.

El mutismo selectivo es comúnmente diagnosticado cuando el niño entra al sistema escolar, la edad del niño en que los padres deciden buscar ayuda profesional varía entre los 6.5 a los 9 años. Si tomamos en cuenta esto, podemos deducir que si el niño inicia su vida escolar a los 5 años, pasaría alrededor de 4 años sin comunicarse verbalmente en el aula antes de ser referidos. Dicho esto, es de suma importancia identificar, lo más temprano posible, síntomas o señales de este trastorno, incluso antes de que entre al sistema escolar. Algunos estudios epidemiológicos demuestran que el comienzo de este trastorno ocurre antes de los 5 años, con rangos estimados entre los 2.7 y los 4.1 años. (García et al. 2004; Giddan, Ross, Sechler, y Becker, 1997).

Investigaciones pasadas (Kumpulainen, 2002; Standart y Couteur, 2003) muestran una prevalencia ligeramente mayor entre el sexo femenino que en el masculino. Los ratios femenino – masculino reportados, varían entre 2.6:1 a 1.5:1. Como en otros trastornos, las mujeres, en

comparación con los hombres, tienden a presentar más síntomas relacionados con la ansiedad.

## COMORBILIDAD

El Mutismo Selectivo comparte sintomatología con otro tipo de trastornos, aumentando la posibilidad de que en ocasiones el profesional haga el diagnóstico errado. Además de los síntomas en común con otras patologías, este tipo de equivocación puede ocurrir por la falta de información y educación que existe sobre el tema.

Los menores con Mutismo Selectivo se sienten tan ansiosos que, para lidiar con el alto nivel de ansiedad, han desarrollado mecanismos defensivos disfuncionales los cuales frecuentemente incluyen evitar todo tipo de interacción social. Los diagnósticos errados también pueden ser consecuencia de esto, y el profesional puede pensar que se trata de una “simple timidez”, un autismo, o un oposicionismo desafiante. Otro de los errores populares en el diagnóstico del Mutismo Selectivo es que se pensaba que el silencio era síntoma de un trastorno por estrés post-traumático, y que el niño había dejado de hablar como consecuencia de estar escondiendo algún secreto familiar. Debido a esta idea, era común que se

acusara a las familias de estar ejerciendo algún tipo de abuso hacia el niño.

Algunas otras patologías relacionadas con el Mutismo Selectivo incluyen depresión, trastornos de pánico, trastornos disociativos, comportamiento obsesivo-compulsivos, y trastorno de Asperger. Sin embargo, éstas ocurren de manera mucho menos frecuente en los niños con MS en comparación con aquellos que presentan otros trastornos del desarrollo, y de ansiedad.

A nivel diagnóstico, el Mutismo Selectivo comparte muchas características con la Fobia Social incluyendo un miedo muy intenso ante aquellas situaciones sociales que puedan resultar vergonzosas, la evitación de situaciones para reducir la ansiedad, y una reducción o falta de inhibición y ansiedad en el hogar (APA, 1994).

Black y Uhde (1992), debatían que el Mutismo Selectivo debería de ser pensado como un subtipo de la Fobia Social manifestado en la infancia. En 1995, basándose en una investigación, reportaron que el 97% de una muestra de 30 niños con MS habían sido diagnosticados con fobia social, trastorno opositor desafiante o ambos, y un 30% con fobia simple. Otra

investigación demuestra que, a pesar del comienzo del habla en situaciones públicas, los niños con Mutismo Selectivo siguen presentando síntomas de timidez y ansiedad social en la adolescencia y adultez, sugiriendo que un nivel de ansiedad social sigue presente a pesar de que el mutismo haya desaparecido (Joseph, 1999). Un último factor que apoya la teoría de Black y Uhde, es el hecho de que los familiares de los niños con MS presentan un nivel de ansiedad mucho más alto que el de la población general, generando así la hipótesis de que el Mutismo Selectivo es un trastorno de ansiedad transmitido genéticamente (Kumpulainen, 2002). Black y Uhde demostraron también que el 70% de los familiares de niños con Mutismo Selectivo tienen una historia de fobia social, y el 37% de MS.

De acuerdo con el DSM IV, el diagnóstico diferencial del Mutismo Selectivo, debe distinguirse de aquellos trastornos del habla que se explican mejor por un trastorno de la comunicación (fonológico, expresivo, mixto del lenguaje receptivo – expresivo, o tartamudeo). Importante tomar en cuenta que en estos trastornos de la comunicación la alteración del habla no se limita a una situación social específica.

## ANÁLISIS TEÓRICO A PARTIR DE LOS DIVERSOS PARADIGMAS DEL MODELO INTEGRATIVO SUPRAPARADIGMÁTICO

- **Paradigma Biológico y Mutismo Selectivo**

En la actualidad existen muy pocos estudios en relación a la neurobiología del Mutismo Selectivo, si bien existen algunos que se encuentran en proceso de realización, la información concluyente es muy escasa. Sin embargo, existen elementos y resultados de investigación que nos permiten especular acerca de los elementos neuronales, neurotransmisores y estructuras básicas importantes en este tipo de trastorno.

### *Predisposición Genética/ Heredabilidad*

De acuerdo con una investigación (Chavira, Denise; et al.) cuyo propósito era investigar el historial de aquellos desórdenes psiquiátricos presentes en los padres de niños con Mutismo Selectivo, comparado con los padres de niños en un grupo de control, se encontró una presencia del 37% de Trastorno de Ansiedad Social Generalizado (TASG) en los padres de niños con Mutismo Selectivo, en comparación con una presencia de este mismo trastorno del 14.1% en los padres de niños del grupo control. Otro de los hallazgos significativos fue el de la presencia de un 17.5% de Trastorno Evitativo

de la Personalidad en padres de niños con Mutismo Selectivo, en comparación con una presencia del 4.7% en padres de niños del grupo control. A través de este estudio se pudo llegar a la conclusión de la fuerte relación existente entre el Trastorno de Ansiedad Social Generalizada y el Mutismo Selectivo; esta información apoya la idea de una predisposición genética o de un factor heredable para la manifestación del Mutismo Selectivo, sin embargo, esto no significa que la naturaleza del trastorno sea únicamente de carácter genético, tampoco que el tratamiento deba enfocarse únicamente en esta línea.

Resultados de la investigación:

Trastorno	Padres niños con Mutismo Selectivo	Padres niños grupo control
Depresión Crónica	29%	26.6%
Manía	0.7%	0
Hipomanía	2.2%	0
Distimia	3.6%	1.6%
Tr. Obsesivo Compulsivo	3.6%	3.1%
Trastorno de Estrés Post-traumático	4.3%	4.7%
Trastorno de Pánico con Agorafobia	2.9%	3.1%
Fobia Específica	9.5%	9.4%
<b>Tr de Ansiedad Social Generalizada</b>	<b>37%</b>	<b>14.1%</b>
Tr de Ansiedad Social no Generalizada	6.6%	6.3%
Tr de Ansiedad Generalizado	10.2%	3.1%
<b>Tr Evitativo de la Personalidad</b>	<b>17.5%</b>	<b>4.7%</b>
Tr Esquizoide de la Personalidad	0	0
Mutismo Selectivo	4.4%	3.1%
Tr de Ansiedad por Separación	5.8%	1.6%

Otra investigación relevante en esta área (Stein MB, Yang BZ, Chavira DA, et al. 2011) fue realizada con la finalidad de comprobar una posible compatibilidad entre la fisiopatología de los Trastornos del Espectro Autista con aquella del Mutismo Selectivo; esto, basándose en los rasgos de comportamiento y sintomatología que ambos trastornos tienen en común. En este estudio, se examinó la asociación de un gen de susceptibilidad “contactin-associated-protein-like 2” (CNTNAP2) incluyendo los polimorfismos rs7794745 y rs2710102, los cuales han sido previamente asociados a los Trastornos del Espectro Autista, y las discapacidades específicas del lenguaje, con el Mutismo Selectivo y los rasgos de Ansiedad Social. Como resultado de este estudio se encontró una asociación con el rs2710102, sin embargo este alelo de riesgo para los rasgos estudiados, es el alelo que no produce riesgo para los Trastornos del Espectro Autista y las discapacidades específicas del lenguaje. Estos resultados sugieren una etiología parcialmente compartida entre los Trastornos del Espectro Autista y el Mutismo Selectivo, además de que genera preguntas en cuanto a qué aspectos de estos trastornos son influenciados por el gen CNTNAP2, así como de los mecanismos a través de los cuales éstas influencias pueden ser transmitidas.

Como mencioné anteriormente, el Mutismo Selectivo forma parte de los Trastornos de Ansiedad, y si bien, no existen muchos estudios relacionados con este trastorno en específico, sí es más sencillo encontrar aquellos que comprueban la presencia de una predisposición genética a la ansiedad, la cual sería heredada por otros miembros de la familia.

De acuerdo con Vázquez-Barguea y Herrán Gómez (2007) existen algunos posibles marcadores de riesgo en el desarrollo de los Trastornos de Ansiedad, entre ellos se destacan: marcadores psicofisiológicos (frecuencia cardíaca, respiratoria o la respuesta psicogalvánica), marcadores bioquímicos (respuesta al lactato o la sensibilidad al CO<sub>2</sub>). Esta disposición biológica a la ansiedad incluye neurotransmisores tales como la norepinefrina, serotonina y GABA, además del CRF hipotalámico, disfunción de la amígdala y otras estructuras del Sistema Límbico. Dentro de los factores intrínsecos incluyendo temperamento y factores genéticos, estos autores destacan la inhibición del comportamiento en la primera infancia, rasgos temperamentales tempranos de pasividad y timidez, una afectación en el eje hipotálamo-hipófiso-suprarrenal, así como un aumento en la producción de

cortisol y una reducción en la amígdala. Las estimaciones de posibilidad de herencia genética de la ansiedad son del 20% y 30% (Eley y Gregory, 2004; citado en Vázquez-Barguea y Herrán Gómez, 2007).

### *Temperamento y Amígdala*

Los estudios demuestran que cada niño nace con un estilo de temperamento distinto. En el caso del Mutismo Selectivo, las investigaciones apuntan a que existiría un temperamento inhibido, esto significa que incluso de recién nacidos son más propensos a ser miedosos y recelosos ante nuevas situaciones. Aquellos niños que nacen con un tipo de temperamento inhibido son más reacios a involucrarse en conversaciones con extraños y tienden a afrontar las situaciones novedosas con mayor dificultad que aquellos con un temperamento desinhibido. El temperamento inhibido, y por ende, el comportamiento derivado del mismo, tiene diferentes maneras de manifestarse dependiendo de la etapa evolutiva en la que se encuentre el individuo. Los niños de aproximadamente 1 o 2 años de edad (*toddlers*) se alejan de las personas que les resultan poco familiares, aprehendiéndose a sus padres o cuidadores, y tienden a cesar el juego espontáneo y la vocalización cuando son presentados ante situaciones o personas que no les son familiares. Por otro lado, los

niños en edad preescolar se muestran dudosos y restringen la vocalización cuando en presencia de extraños, sin embargo, cuando alcanzan la edad escolar el comportamiento inhibido es demostrado a través de la timidez y el alejamiento social. Como es el caso del mutismo selectivo, una vez que este tipo de comportamiento inhibido se presenta en repetidas ocasiones, se transforma en conducta habitual, dejando como consecuencia que el niño disminuya su sentido del dominio, y se mantenga la respuesta fisiológica del miedo ante nuevas situaciones (Manassis y Bradley, 1994).

Según ha podido comprobar un grupo de investigadores encabezado por el Dr. Carl E. Shwartz, los adultos que de niños tenían un estilo de temperamento inhibido muestran una mayor actividad en la amígdala cuando se encuentran en presencia de desconocidos o se enfrentan a situaciones nuevas. Aquellos niños que tienen un temperamento inhibido, tienen a su vez un umbral de excitabilidad disminuido en la amígdala. La amígdala es esa parte del encéfalo que se encarga de la distinción de rostros, y rige la emotividad, sobre todo los comportamientos relacionados con la agresividad; también se encarga de mandar señales de alerta y peligro cuando se está ante una situación temida (en el caso de

niños con Mutismo Selectivo, las fiestas de cumpleaños, el colegio, reuniones familiares, etc.). Tomando esto en cuenta se podría deducir que los niños que tienden a la ansiedad, como es el caso del Mutismo Selectivo, tienen un mayor nivel de excitabilidad o de actividad en la amígdala, la cual activaría las señales de alerta en situaciones que realmente no lo ameritan o no son una amenaza real para su integridad.

### *Síntomas Fisiológicos*

Como en todo tipo de trastorno, el funcionamiento del cuerpo también se altera. Dentro de la sintomatología corporal que se ha logrado pesquisar en el caso del Mutismo Selectivo, encontramos alteraciones en el sistema nervioso central y autónomo, el sistema muscular, y el sistema endocrino. Así podemos tener respuestas tales como:

- Incremento de la sudoración
- Tensión muscular excesiva, lo cual en ocasiones produce tics tales como el rechinar de dientes, movimientos de balanceo, frecuencia inusual de veces que se rascan distintas partes del cuerpo, onicofagia, humedecerse los labios constantemente, chuparse el dedo, etc.
- Incremento en el ritmo de la respiración y la frecuencia cardíaca
- Náuseas

- Cefaleas
- Vómito
- Aumento en la frecuencia de las ganas de orinar

### *Mutismo Selectivo y Dieta*

Actualmente no se han llevado a cabo estudios o experimentos científicos en donde se pueda comprobar la efectividad de una dieta específica para reducir la ansiedad. Sin embargo, la Dra. Elisa Shipon – Blum considera importante tomar en cuenta ciertas consideraciones que podrían ser de ayuda en el caso del Mutismo Selectivo:

- a) Se recomienda mantener una dieta alta en carbohidratos complejos los cuales producirán un efecto calmante debido al aumento en la cantidad de tryptophon, el cual es un precursor de la serotonina en el cerebro. Es decir, si hay un aumento de tryptophon, habrá a su vez un aumento en la serotonina, reduciendo así los altos montos de ansiedad.
- b) Importante eliminar azúcares simples, ya que este tipo de azúcares causan un rápido aumento de insulina, lo cual causaría una mayor y más rápida fluctuación de azúcar en la sangre. A mayores fluctuaciones de azúcar en la sangre, mayores los cambios emocionales y sentimientos de intranquilidad y ansiedad. Ejemplos de azúcares simples: galletas, soda, pasteles, y dulces en general.

- c) Consumir vitamina B, B-6 ya que ayudan a la producción de serotonina en el cerebro.
- d) Se recomienda tomar mucha agua para la eliminación de toxinas en el cuerpo.
- e) Practicar ejercicio físico de manera regular, ya que de esta manera se puede reducir la ansiedad al liberar la tensión muscular y la presión sanguínea. A su vez, el ejercicio físico produce endorfina, sentimientos de euforia, y calma.
- f) Mantener tiempos estables de descanso y relajación dependiendo de la edad del niño. Un sueño adecuado es clave en la reducción del estrés.

- **Paradigma Ambiental – Conductual y Mutismo Selectivo**

La inestabilidad emocional y el estrés familiar son dos factores que se han distinguido como potenciadores ambientales en la aparición del Mutismo Selectivo. Por ejemplo, se pudo identificar Mutismo Selectivo en aquellos niños que habían experimentado mudanzas frecuentes y/ o cambios de colegio, sugiriendo así que un estilo de vida transitorio o inestable podía ser un factor ambiental que favorece al desarrollo del mutismo (Kristensen, 2000). Los conflictos maritales tales como las separaciones, divorcios, o discusiones constantes entre la pareja conyugal, se encontró que tienden a estar presentes, con

mayor frecuencia, en las familias con niños que presentan Mutismo Selectivo (Elizur y Perednik, 2003). Además se ha podido identificar que la sobreprotección y sobredependencia entre padres-hijos está fuertemente relacionada con la aparición del Mutismo Selectivo.

La mayoría de los investigadores han descartado la presencia de un evento traumático como la causa principal en el desarrollo del Mutismo Selectivo, sin embargo, es importante descartar esta posibilidad al momento de hacer el diagnóstico ya que existen casos en los que un evento traumático es, en efecto, la causa generadora del Mutismo Selectivo. Black y Uhde (1995) documentaron historias de negligencia y de abuso físico y sexual en un estudio piloto de 30 niños con Mutismo Selectivo. En este caso, el 13% de la muestra reportó experiencias traumáticas de este tipo, y de estos, solamente en la mitad se había generado el Mutismo Selectivo como una respuesta directa de la experiencia traumática, sin embargo, en el resto, esta relación inmediata no quedaba clara. En consecuencia, los autores concluyeron que no había evidencia suficiente para demostrar una relación causal inmediata entre la experiencia traumática y el Mutismo Selectivo.

Como se comentó anteriormente, es común que el Mutismo Selectivo haga su primera aparición al momento que el niño ingresa al medio escolar. En muchos de los casos de este trastorno, es el colegio el principal medio generador de ansiedad en el infante. De acuerdo con Aubert y Doubovy (2002), la ansiedad surge cuando irrumpe en el sistema de equilibrio un hecho que provoca una ruptura, un desequilibrio que el niño es incapaz de manejar ni física ni psíquicamente. En este caso, en el mundo del niño irrumpe un elemento externo que no conocía y se pierde el estatus simbiótico que tenía con la madre. Antes de ingresar a la guardería, jardín de niños, o sea cual sea el primer acercamiento a la vida académica, los niños gozan de una unión total con la madre, padre o cuidador principal; están inmersos en un ambiente estable en donde todos los son familiares. Sin embargo al momento de tener que salir de este espacio controlado para entrar por primera vez a un lugar lleno de personas que le son desconocidas y en donde la madre no está presente, la ansiedad se dispara, y en algunos casos, es probable que se presente el Mutismo Selectivo como una manera de lidiar con este nuevo ambiente y la ansiedad que le genera.

En cuanto al ambiente y el diagnóstico y tratamiento del Mutismo

Selectivo, es de suma importancia tomar en cuenta cualquier cambio que haya alterado el equilibrio vivencial del niño, a pesar de que no exista una relación causal inmediata entre el evento y la aparición del trastorno. Todo factor ambiental que amenace la estabilidad del niño es importante. Ejemplos: eventos traumáticos como abusos sexuales o negligencia, el ingreso a la vida escolar, el nacimiento de un nuevo hermano o hermana, cambios de casa, cambio de profesor, cambio de colegio, muertes, separaciones o divorcios, hacinamiento, pobreza, etcétera.

Por otro lado, existen conductas muy fáciles de distinguir en aquellos que tienen un miedo desproporcionado a hablar, por ejemplo, las conductas no verbales que utilizan para comunicarse, el susurrar o hablar muy bajito, o incluso la poca cantidad de habla. Sin embargo existen otro tipo de conductas, también fácilmente pesquisables, que se presentan en niños o adolescentes con Mutismo Selectivo, las respuestas de evitación y escape (Olivares, 1994).

- *Respuestas de evitación* (activa y pasiva); dentro de estas conductas se incluyen todo tipo de comportamientos que tengan como objetivo principal el evadir las situaciones en las que la persona sienta o sepa que va a tener que hablar.

Es una resistencia a ir a tal o cual lugar, o exponerse a tal o cual situación en donde exista la amenaza de tener que comunicarse con otros. Algunos ejemplos de estas conductas de resistencia son: esconderse, actuar como si no hubieran recibido la información o si no hubieran escuchado la pregunta que se les hizo, refugiarse en el retrete y retardar el enfrentamiento, demorar excesivamente su aseo y arreglo personal, fingir enfermedades repentinas, recordar que tienen que hacer alguna tarea imposterizable, entre otras.

- *Respuestas de escape*; este tipo de comportamientos ocurren cuando no se pudo evitar el acudir a la situación que se deseaba evitar, es decir, cuando ya ha ocurrido lo inevitable. Se está ante la situación generadora de ansiedad, y en lugar de emitir el habla, la persona elige “escapar” de la situación. Algunos ejemplos de conductas de escape son: cambiar la dirección de la mirada para evitar que alguien entable conversación o le haga preguntas, agachar la cabeza, taparse los oídos, salir corriendo del lugar, refugiarse en alguien que sabe responderá por él/ ella, dejarse caer sobre el pupitre o la mesa como si

repentinamente le hubiera ocurrido algo, entre otras.

Dejando de lado el factor hereditario, existe la posibilidad de que este tipo de conductas ante la ansiedad, sean adquiridas por el niño a través del Modeling. Es decir, si los padres o principales cuidadores del niño son también personas ansiosas, lo más probable es que actúen ante la ansiedad con este tipo de respuestas. Así, el niño las observa y aprende a actuar de esta misma forma. A su vez, cabe mencionar que los padres ansiosos tienden a transmitir a sus hijos que el mundo es un lugar peligroso y amenazante, ante el cual se tiene que estar constantemente alerta. Con este tipo de mensaje el niño aprende a desconfiar de todo y todos los que le rodean optando por defenderse de la manera que mejor se le acomode, ya sea evitando, escapando, o dejando de hablar.

Algunas teorías del comportamiento ven el Mutismo Selectivo como una conducta aprendida a través del reforzamiento negativo. La falta del habla se explicaría como una estrategia aprendida por el niño para manipular su ambiente en respuesta a una variedad de factores sociales, como los que se mencionaron anteriormente. Así, los psicólogos conductistas interpretan el

Mutismo Selectivo como una respuesta adaptativa, en lugar de patológica. En situaciones novedosas, el sistema nervioso simpático toma control del comportamiento y la habilidad para hablar. En este contexto, el Mutismo Selectivo es visto como una respuesta inhibitoria inconsciente basada en el lenguaje, o como un mecanismo de defensa. Esta perspectiva es significativamente importante ya que aborda el Mutismo Selectivo como un síntoma de la ansiedad, y no como una conducta de manipulación consciente.

- **Paradigma Cognitivo y Mutismo Selectivo**

La orientación cognitiva tiende a ver el Mutismo Selectivo en relación a otros trastornos de la ansiedad, en especial a la Fobia Social, sin embargo aún no existen investigaciones concluyentes que demuestren la relación directa entre estos dos trastornos.

En la actualidad existe más evidencia en relación a la presencia de cogniciones erradas, autoevaluaciones inadecuadas, baja autoestima y baja autoeficacia en los niños y adolescentes con trastornos de ansiedad y mutismo selectivo. A su vez, existe otra línea de investigación que ha tratado de entender la relación entre las cogniciones de los niños

y sus padres, en donde la culpa de los padres, especialmente de aquellos que también presentan algún tipo de trastorno de ansiedad, pueden llegar a contribuir en el desarrollo o mantención del Mutismo Selectivo de sus hijos; generando así aún más ansiedad o depresión en dichos padres. Tomando esto en cuenta, cabe mencionar que la intervención familiar en los casos de Mutismo Selectivo es sumamente importante.

Como nos menciona Olivares (1994) “los pensamientos de las personas que tienen miedo a hablar están directamente relacionados con las expectativas (pensamientos) que han generado en ellos las consecuencias que han seguido, una y otra vez, tanto a sus intentos para evitar verse en tales situaciones como a sus respuestas de escape. Estas consecuencias confirman, por un lado, la imposibilidad de hablar en tales situaciones, y, por otro, el cese de un estado general de intensísimo malestar del que, evidentemente, se culpa al hecho de tener que hablar en esa situación”. El niño con Mutismo Selectivo, por experiencia previa, tiene conocimiento de las consecuencias y del sentir que se generan en él antes, durante, y después de la situación temida; de esta manera su sistema de creencias ante la experiencia ansiógena

tiende a mantenerse. Olivares (1994) nos dice que las personas con miedo a hablar, dependiendo del grado de su aversión, se mantienen en la creencia de que:

- a) Es muy difícil y penoso hablar en determinadas situaciones.
- b) No pueden hablar en determinadas situaciones.
- c) No pueden hablar en ninguna situación.

Creencias de este tipo son las responsables de que el Mutismo Selectivo se mantenga en el tiempo, ya que cada vez que se está en tal situación o ante tales personas, los niños la pasan tan mal que su creencia de hacer el ridículo o de que son incapaces de hablar, se confirman una y otra vez. Es como si el malestar interno y corporal, producido por la ansiedad, estuviera estrechamente ligado a las creencias de incapacidad verbal, entonces cada vez que el niño se siente ansioso, se activa la creencia errónea, y por ende no se puede producir la conducta (hablar), generando y manteniendo así, la ansiedad.

De acuerdo con la Dra. Shipon-Blum, existen algunas creencias entre padres o cuidadores, familiares, maestros, y de los propios niños en relación al Mutismo Selectivo. Es importante mencionarlas ya que muchas veces éstas creencias, en lugar de ayudar tienden a mantener la

sintomatología, y por ende, el cuadro general de Mutismo Selectivo.

#### *Creencias comunes de los padres*

- “Hice algo terrible”
- “Hay algo malo en mi hijo”
- “Mi hijo fracasará en la escuela”
- “Mi hijo no tendrá amigos”
- “Mi hijo sufrirá bullying”
- “No hay nada que pueda hacer”
- “Nunca se pondrá mejor”

#### *Creencias comunes de los maestros*

- “Los padres deben de haber hecho algo terrible”
- “Necesita ser tratado en otro lugar”
- “Es un comportamiento manipulador”
- “No puedo evaluar el trabajo de mi alumno”
- “Si el niño no habla, he fallado”
- “Los padres lo harán dependiente”

#### *Creencias comunes de los niños*

- “Mis padres están muy preocupados o enojados por mi culpa”
- “Mis maestros están enojados conmigo”
- “Hay algo raro en mi/ algo está mal en mi”
- “Mis maestros me harán hablar”
- “Nunca podré hablar con mis amigos”
- “He perdido la voz”
- “Si hablo y me equivoco, todos se burlarán de mi”

Es importante tener en cuenta las creencias que puedan tener los maestros en cuanto al tema del Mutismo Selectivo, ya que, después de los padres, son ellos quienes más tiempo pasan con el niño; además de

que es en el contexto del colegio donde principalmente se da la inhibición del habla.

Si leemos detenidamente este sistema de creencias, una constante en cada uno de los grupos, es el sentimiento de culpa. La culpa es generadora y mantenedora de la ansiedad, así que es sumamente importante trabajar con este sentir en cada uno de los actores (padres, niños, profesores), para evitar que se siga generando el cuadro y sus consecuencias.

- **Paradigma Afectivo y Mutismo Selectivo**

#### *Hipersensibilidad al rechazo*

Nuevamente, en el caso de los afectos y el mutismo selectivo, nos encontramos con una escasez de proyectos de investigación y bibliografía relacionada con el tema. Sin embargo, un antecedente psicológico relacionado con la ansiedad social, asociado con el MS, es la hipersensibilidad al rechazo y a la crítica. Las personas con esta característica tienden a sobre-reaccionar emocionalmente ante cualquier reacción negativa percibida en el otro, y por ende terminan sintiéndose devastados y reforzando las conductas de evitación o huida ante cualquier situación similar. Este sentimiento está relacionado

con la depresión atípica, donde la crítica o rechazo por parte de otros, provoca una severa reacción depresiva.

#### *Estilo de apego (attachment) y Ansiedad*

Bowlby citado en Aubert y Doubovy (2002), difunde la teoría que establece la separación como principal fuente de angustia: “podemos explicarnos que muchos niños, durante el crecimiento, sufran de dependencia angustiosa cuando encontramos que en la vida de éstos inciden, con todo su peso, las amenazas de separación, cuidados insuficientes, y una vida familiar inestable”. Si la separación no es percibida como abandono, en ningún grado, entonces las consecuencias serán menores. Este mismo autor propone que para el niño el vínculo con la figura adulta protectora es un mecanismo primario para la mantención y regulación de la seguridad; si este vínculo no es percibido como seguro o estable, tendrá mayor dificultad para lograr una regulación adecuada de la ansiedad, miedo y estrés.

Como se mencionó en el apartado del paradigma biológico, es frecuente que un niño ansioso, tenga padres ansiosos. Una madre o padre ansioso es aquél que no conoce el reposo psíquico, está permanentemente preocupado. Así mismo, es alguien que no es responsable de su

angustia, al contrario, la padece (Aubert y Dubouvy, 2002). Los padres con esta característica tienden con frecuencia a caer en el estilo parental de la sobreprotección, en donde la ansiedad está estrechamente ligado a un sentimiento casi permanente de culpabilidad y preocupación constante por ser “una buena madre/ padre” lo cual a su vez se ve reflejado en el hijo y su preocupación constante por ser “un buen hijo/ hija”.

De acuerdo con F. Dolto citado en Aubert y Dubouvy (2002), “si el niño es criado por una persona ansiosa, se desarrolla en él un clima de prohibiciones constantes a la libertad de manifestar sus necesidades, sus placeres, sus gestos, y sus iniciativas... la madre preocupada ha convencido al niño del peligro... él se siente culpable antes de arriesgarse”. Toda la ansiedad y el sentimiento de culpa de la madre son percibidos por el niño, quien tiende a reaccionar y sentirse de la misma forma evitando así todo tipo de peligro o situaciones que pudieran resultarle incómodas o amenazantes, como sucede en el caso del Mutismo Selectivo.

La personalidad de la madre o padre ansioso se caracteriza por la ambivalencia. El estilo de apego ambivalente se manifiesta a través de la sobreprotección, la cual sería

una forma de evitar que le suceda algo al niño, pero también es una forma de mantenerlo dependiente. Este tipo de madre o padre dice: “*todo lo hago por tu bien*” pero, inconscientemente impide que el niño progrese, que avance. Hace, en cierta forma, lo contrario de aquello que pretende alcanzar (Aubert y Dubouvy, 2002). En el caso del MS, la madre realmente puede desear que su hijo se desenvuelva verbalmente en todo tipo de contexto, sin embargo, a su vez, no soporta ver o percibir a su hijo ansioso, y tiende a evitarle a toda costa este sufrimiento con actitudes como responder por él, evitar exponerlo a situaciones nuevas, intervenir constantemente en el colegio, etc. De la misma manera, cuando el niño crece en un ambiente de sobreprotección y dependencia, la angustia de separación aumenta considerablemente, lo cual le hace más difícil desenvolverse normalmente en los ámbitos donde no se encuentra la figura de apego principal.

#### *Autoestima/ Tolerancia a la Frustración/ Alexitimia*

En el caso del Mutismo Selectivo, no es sorprendente encontrarnos con que las personas que lo padecen, tienden a tener

una baja autoestima. Las creencias irracionales antes mencionadas y los constantes fracasos al hacer el intento por hablar en tal o cual situación, generan en el niño o adolescente un sentimiento de inferioridad o incapacidad en comparación a sus pares, quienes parecen no tener ningún problema para comunicarse. Provoca también que puedan llegar a sentirse diferentes, extraños o raros, y que por ser así nunca nadie va a querer entablar amistad con ellos. La conjugación de todas estas variables deriva en una apreciación disminuida de sí mismos, o una baja autoestima.

Las personas que tienden a la ansiedad social, también están constantemente evaluándose y comparándose con otros. Sin embargo esta autoevaluación siempre es negativa, está plagada de críticas y exigencias irracionales y les es sumamente difícil reconocer sus características positivas, o fortalezas. El reconocimiento de los aspectos tanto negativos y positivos de uno mismo, así como un equilibrio adecuado entre ambos, tiende a mejorar nuestra autoestima.

Otra característica de los niños ansiosos es la baja tolerancia a la frustración, lo cual en el caso del Mutismo Selectivo estaría evidenciado en las constantes

respuestas de evitación y huida cuando se está ante una situación evaluada como amenazante. Si existe un estilo parental sobreprotector el niño está acostumbrado a tener siempre alguien que le solucione las cosas, no ha aprendido a buscar soluciones por sí mismo, a pedir ayuda, a expresar sus necesidades, etc. De esta manera, cuando se encuentra solo, por ejemplo en el colegio, y se ve ante la situación de tener que responder a una pregunta del profesor, la ansiedad aumenta, y para remediar ésta y la frustración, cae en respuestas conductuales desadaptativas.

La alexitimia se define como la incapacidad de expresar verbalmente las emociones debido a que estas personas no son capaces de identificar los que sienten, entenderlo, o describirlo. Es difícil que un niño en edad escolar o menor, sepa identificar sus emociones, es por esto que necesita de un adulto para que se lo refleje y le ayude a describirlas. Así, cuando sea mayor aprenderá a reconocerlas y a actuar de manera acorde y asertiva a lo que se está sintiendo. Ayudar al niño con Mutismo Selectivo a reconocer sus sentimientos de ansiedad, miedo, tristeza, etc. Podría ser beneficioso para que, en situaciones donde el principal cuidador esté ausente, por sí

mismo pueda identificar cómo se siente, y así intentar regularse.

- **Paradigma Inconsciente y Mutismo Selectivo**

En relación a este paradigma, nuevamente nos encontramos con el obstáculo de la falta de investigación concluyente en el tema del Mutismo Selectivo, sin embargo, existen diversas hipótesis desde el psicoanálisis que nos dan más claves sobre el origen y mantención de este trastorno por ansiedad.

En primer lugar me gustaría definir la perspectiva de Freud en cuanto a la ansiedad. Este autor, padre del psicoanálisis, pensó la ansiedad como una señal de alerta para el *yo*, para informar que algo malo o peligroso está por suceder. Así, distinguió tres tipos de ansiedad; la primera la denominó “ansiedad de realidad”, que hace referencia al temor que surge de una amenaza o peligro real, es la más básica porque está enraizada en la realidad objetiva, y una forma de manejarla consiste en evitar o escapar de la situación que provoca ese temor. Este tipo de ansiedad, a su vez, proporciona la base de la que se derivan los otros tipos de ansiedad. Al segundo tipo la llamó “ansiedad neurótica”

que se relaciona con el temor de que los impulsos del *ello* se salgan de control y lleven al sujeto a cometer un acto por el que será castigado. Las personas que experimentan altos niveles de ansiedad neurótica, viven permanentemente preocupados por la posibilidad de que el contenido del *ello* se escape del control del *yo*. La ansiedad no es en sí el temor de los impulsos y urgencias del *ello*, sino del castigo que puede acarrear su expresión. El tercer tipo que distinguió Freud fue la “ansiedad moral”, que corresponde al temor que las personas experimentan al transgredir la norma (Freud 1959). Si tomamos en cuenta esta distinción de la ansiedad, se podría pensar que la ansiedad correspondiente al Mutismo Selectivo sería del carácter neurótico, en donde el niño deja de hablar como una manera de defenderse de su agresividad, dirigida hacia la figura significativa.

Las teorías con enfoque psicoanalítico tienden a ver el Mutismo Selectivo como la manifestación sintomática de algo que no se puede decir. Para el psicoanálisis, el síntoma viene a tomar el lugar de la palabra, se presenta codificado, y es labor del analista decodificarlo. De acuerdo con Freud, el síntoma incluye siempre al sujeto y al *otro*, es decir, el padre, la madre, o el cuidador. De esta manera el

síntoma vendría a ser la vía de comunicación del niño con ese otro significativo. Este mismo autor se refiere a la ansiedad partiendo de la angustia de castración, en donde el niño se ve involucrado en un conflicto de ambivalencia con respecto al padre, a quien ama y odia a la vez, ya que teme la pérdida de un estatus particular.

En el marco de las teorías psicodinámicas o psicoanalíticas, encontramos énfasis en el concepto de conflictos no resueltos. En el contexto del Mutismo Selectivo la creencia es que el niño tiene una fijación anal u oral, o que puede estar guardando un secreto familiar, desplazando así su agresividad hacia la figura significativa, o en un estado de regresión hacia una etapa previa en su desarrollo en donde no era necesaria la comunicación verbal.

Existen otros autores psicoanalíticos contemporáneos que tienden a ver el mutismo como una respuesta a un conflicto no resuelto, o como resultado de una experiencia traumática temprana, especialmente en el momento donde se empieza a desarrollar el lenguaje. Para ellos el Mutismo Selectivo es un mecanismo de defensa que el niño utiliza en vez de expresar sus sentimientos directamente a la madre (principalmente), padre, o cuidador (Cline y

Baldwin, 1994, citado en Camposano, 2011). Es por esto que el tratamiento psicoanalítico se enfoca en primer lugar en el momento en que se originó el problema, haciendo un recorrido por las etapas del desarrollo psicosexual del niño (oral, anal, fálica, latencia), y en la relación madre-hijo, antes de advocarse al mutismo en sí.

El Mutismo Selectivo es visto también, por algunos teóricos, como una expresión sintomática o defensiva para lidiar con la agresión y ansiedad, y representa una conducta llevada a cabo con la intención de castigar a los padres.

- **Paradigma Sistémico y Mutismo Selectivo**

De acuerdo con Vázquez-Barquero y Herrán (2007), los trastornos de Ansiedad tienden a manifestarse en el contexto de una interacción padres – hijo, en donde son de suma importancia el estilo de crianza, ansiedad en los padres, y los procesos familiares particulares. En este caso, los padres de niños con ansiedad muestran una actitud de exceso de control y de rechazo excesivo en la crianza de los hijos, con un elevado nivel de *emoción expresada* que conlleva una implicación emocional excesiva en todo lo que se refiere a sus hijos. Impiden

el desarrollo de la autonomía causando inseguridad y aumento en la ansiedad. A su vez, los padres que se sienten amenazados transmiten esto a los hijos y dificultan el desarrollo de habilidades de afrontamiento. Como se puede observar, dentro de la génesis de los trastornos de ansiedad, hay un componente de ambivalencia, como el antes mencionado en el paradigma afectivo.

Por otro lado, pero en la misma línea, los autores Olivares, Méndez y Maciá (1996), lograron identificar tres grupos pertenecientes al contexto familiar, con influencia significativa en el mantenimiento y génesis del Mutismo Selectivo.

1. *Modelado y transmisión de la información*: existe una relación entre el Mutismo Selectivo y la presencia de modelos significativos que evitan reiteradamente la interacción (oral) con personas ajenas al ámbito íntimo, manifiestan aversión o se identifican con sujetos que lo evitan; pueden existir también instrucciones específicas para evitar hablar con extraños o narraciones orales respecto a la importancia de la evitación del habla con otros. Brown y Lloyd (1975) citado en Olivares, et al. (1996), han podido constatar a través de la experimentación como frente a las familias del grupo control, los padres de

los niños que presentan Mutismo Selectivo se describen más frecuentemente a sí mismos como más tímidos y con menos apetencia de visitar a sus amigos.

2. *Estilo Educativo*: Olivares, et al (1996) han distinguido tres modalidades de interacción en el contexto educativo, que hipotetizan como relevantes a la luz de los datos disponibles: el estilo autoritario y coercitivo, el sobreprotector y condescendiente, y el variable y contradictorio.

- Autoritario y coercitivo: integrado básicamente por amenazas, refuerzo negativo y reducción del empleo del refuerzo positivo, centrándose en las conductas que no se ajustan a lo esperado por el adulto. En este caso se está permanentemente atento a los errores del niño para corregírseles, se le recriminan los errores, se le exige corrección inmediata y reiterada se esté donde y con quién se esté, se le etiqueta por sus fallos y se le expone abruptamente a las situaciones novedosas.

- Sobreprotector y condescendiente: se centra en el refuerzo positivo de las respuestas de escape/ evitación. Así, los sujetos que interactúan constantemente con el niño hacen las cosas por él cuando

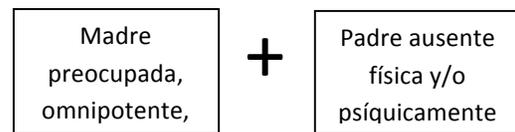
éste no quiere hacerlas, interpretan y sirven sus necesidades incluso antes de que el niño las haya manifestado, en definitiva, se le alivia ante cualquier posible agobio o frustración. La existencia de precedentes familiares y el conocimiento de la existencia de problemas similares pueden contribuir a la mantención y génesis de este estilo de interacción con el niño (Hesselman, 1983; citado en Olivares et al. 1996).

- o Variable y contradictorio: lo delimitan tanto el castigo como las consecuencias positivas aplicadas de forma no contingente, atendiendo más al estado de ánimo del adulto que a unos criterios estables. El niño puede ser premiado un día por el mismo hecho que el día anterior fue castigado (Hayden, 1980; Salfield, 1950; Subak et al. 1982; citados en Olivares et al. 1996).

3. *Otras Variables relevantes*: a través de la investigación se han logrado identificar como relevantes, en el caso del Mutismo Selectivo, algunas otras variables tales como: el aislamiento social de la familia, una inadecuada estimulación social del niño, la pertenencia a una clase socioeconómica y cultural baja, la existencia de trastornos de la conducta y de la personalidad en el padre/ madre/ cuidador responsable de la educación y cuidado del niño, el bilingüismo,

discusiones y peleas familiares, abusos deshonestos y hostilidad y rechazo parental (Olivares et al. 1996).

En la misma línea, detrás de un niño ansioso, es muy probable que encontremos una pareja de padres ansiosos, muy frecuentemente ejemplificados de la siguiente manera:



De esta manera, cuando se da la combinación que uno de los padres tiende a actuar de manera omnipotente, sobrepreocupada, y verborrágica, y el otro se presenta como ausente, el/ la primera, no tiene un filtro o alguien que le haga resonar en sus acciones. Este tipo de padres se acomodan perfectamente porque uno tiende a desentenderse de la situación mientras el otro toma el control, así que cualquier variante de esta dinámica tendería a aumentar la ansiedad a nivel individual y de pareja.

Todo depende de las señales que el niño reciba de su madre. Si le dice que se trata de una situación deseable, donde no hay nada que temer, aceptará con placer la nueva experiencia, pero si observa en sus reacciones que ella está desolada y que no

tiene ganas de dejarlo partir, el desconcierto inicial del niño se agrava (Aubert y Doubovy, 2002), situación que se da frecuentemente en el primer día de clases al sistema académico. Estos mismos autores nos hablan de que existen diversas maneras de respuesta ante la ansiedad en niños:

1. Pasiva ("si no emprende nada, no le sucederá nada").
2. Resistencia activa.
3. Agresividad, en espera a que el otro reaccione.
4. Comportamientos de tipo obsesivo.

En el caso del Mutismo Selectivo, se podría decir que el dejar de hablar sería una mezcla de respuesta pasiva y resistencia activa. A su vez, algunos autores identifican la ausencia de habla como un comportamiento obsesivo.

- **Sistema Self y Mutismo Selectivo**

De acuerdo con el Modelo Integrativo Supraparadigmático, el Sistema Self es aquella entidad donde se encuentran enraizados los demás sub-sistemas o paradigmas (biológico, ambiental-conductual, cognitivo, afectivo, inconsciente y sistémico). De esta manera se entiende como un sistema estable y cambiante a la vez, ya que hay elementos que le dan estabilidad y por ello se resiste al cambio,

como lo son la biología y las experiencias tempranas, los referentes tácitos, y las estructuras afectivas de cada individuo; sin embargo la dinámica entre cada uno de los paradigmas es lo que le brinda esa flexibilidad.

En los niños es imposible hablar de un Sistema Self estable ya que las diferentes funciones del mismo están en formación. Habría que hablar más bien de un Self diádico, es decir, en conjunto con el del adulto más significativo para el niño. De acuerdo con Bagladi y Allende, citados en Opazo (2001), en el Self Diádico las funciones del Self individual adquieren un carácter sistémico o psico-social; se enfatiza el rol del punto de equilibrio homeostático de la relación y el rol de la causalidad circular en la interacción. En otras palabras, es como si el Self del niño se *sintonizara* con el Self de, por ejemplo, la madre, en un juego interaccional constante en donde lo principal será encontrar un punto de equilibrio ideal para ambos. Así el niño se *nutre* del Self de la madre para la formación de su Self individual.

Es importante identificar cada una de las funciones del Self, ya que conociendo cada una de ellas y la manera en que pueden ayudar a la mantención del Mutismo Selectivo, se puede trabajar con ello en

psicoterapia en calidad de prevención. Además, por lo mismo que es en la infancia el momento en el que se está formando el Sistema Self, se podría decir que tenemos *tierra fértil para plantar, y cosechar un buen fruto a futuro.*

- *Función de Identidad:* dentro de esta función encontramos la autoimagen, autoestima y autoeficacia. Se responde a las preguntas ¿quién soy?, ¿cómo soy?, ¿creo en mí? entre otras. Los niños tienden a responderse estas preguntas en base a lo que les reflejan los otros, principalmente los padres o cuidadores, y de ellos aquella persona que sea la principal figura de apego, en la mayoría de los casos, la madre. Como vimos anteriormente, si la madre, o principal cuidador, es también una persona ansiosa y con tendencia a la ambivalencia, el niño va a ir configurando su identidad en una base inestable, y sumamente vulnerable. El niño crece inseguro y forma su identidad en base a esto. Los niños con Mutismo Selectivo se sienten constantemente evaluados, ya que por lo general hay una expectativa que cumplir, (hablar), ante los padres, volcando los procesos atencionales sobre sí y aumentando la ansiedad. Cuando se llega a la adolescencia, esta función toma un rol principal, y si ha crecido de esta manera, puede serle mucho más difícil sentirse parte

de algo, tendiendo así a aislarse. Si una persona basa su autoestima, autoimagen y autoeficacia en función de lo que otros piensan o esperan de él, la identidad se ve vulnerada de manera constante.

- *Función de auto-organización:* esta función involucra una re-organización tras cada experiencia que el sujeto tiene, se responden las preguntas ¿Qué experiencias me desorganizan, en qué grado? ¿Cuánto tardo en reorganizarme, lo logro plenamente? entre otras. Esta función es sumamente importante, ya que el Mutismo puede surgir como una manera de organizarse ante una situación o una experiencia desagradable o generadora de ansiedad para el niño, es su manera de lidiar con lo que se le ha presentado. El rol de los padres es de suma importancia ya que son ellos quienes deben de fungir como reguladores de la experiencia, y evitar reforzar esta respuesta antes de que se instale de manera más profunda. Es común que cuando el Mutismo aún no está completamente instaurado, haya ocasiones en el que el niño responda o se comunique espontáneamente, por ejemplo en el salón de clases; si sucede que sus compañeros, sorprendidos por dicho acontecimiento, reaccionan resaltando el hecho de que haya hablado, esto pone al niño en el *spot light* aumentando así su

ansiedad y reforzando el mutismo, es decir, se reorganiza volviendo al silencio, o zona de confort. El procesamiento cognitivo juega un papel fundamental en esta función, así que cada vez que el niño se enfrenta a una situación amenazante y sus pensamientos de ineficacia y autocrítica aparecen, la reorganización se ve comprometida.

- *Función de significación*: esta se refiere a la traducción de la experiencia y responde a las preguntas ¿Cuán bien traduzco mi experiencia? ¿A qué le pongo atención preferentemente, qué me importa más? entre otras. En el Mutismo Selectivo esta función se va conformando a través de expectativas de mal desempeño, esquemas rígidos de buen desempeño, errores cognitivos, y un procesamiento autoenfocado que aumenta la ansiedad al aparecer recuerdos de fallas pasadas, terminando así con una atención selectiva hacia lo negativo y con bajas expectativas, así como con una significación inadecuada.

- *Función de conducción de vida*: esta función responde a preguntas tales como ¿soy capaz de activarme, de perseverar, de satisfacer mis necesidades? ¿Logro postergar mis impulso? entre otras. Es difícil evaluar esta función ya que es poco probable que un niño pueda responderse a esto, sin embargo sí podemos predecir que esta función se verá

seriamente comprometida por el Mutismo Selectivo. Un niño que responde ante la ansiedad optando por no hablar, y tendiendo hacia las respuestas de evitación y escape, difícilmente se sentirá capaz de activarse a sí mismo, de satisfacer sus necesidades sociales, o de seguir perseverando a pesar de que al exponerse o hablar no obtenga la respuesta esperada por parte del interlocutor.

- *Función de búsqueda de sentido*: aquí se responde a las preguntas del tipo ¿qué guía mis decisiones, cuánto sentido le doy a mi vida? ¿Hacia dónde quiero llevar mi vida? ¿Tengo metas trascendentes? entre otras. Es probable que una persona que de niño haya presentado algún trastorno de ansiedad tal como el Mutismo Selectivo, sin la guía adecuada, pueda llegar a conformar como objetivo de vida el responder a las expectativas de los otros, guiando su vida hacia el camino del deber, en lugar del querer o disfrutar.

- *Función de toma de consciencia*: aquí se responden a las preguntas ¿cuál es mi entorno? ¿Cuáles son mis límites? ¿Cómo funciona? ¿Cuál es mi capacidad de observación, de introspección? ¿Cuán bien me conozco? entre otras. Obviamente no podemos esperar que un niño se responda a este tipo de preguntas, así que será a los

padres a quienes les toque responderse esto en relación a su hijo y a la manera en que funcionan como padres y como familia. El darse cuenta de la manera en que funcionan como sistema, los límites, qué tan bien conocen a su hijo y a ellos mismos, puede ser muy beneficioso en el tratamiento del Mutismo. Por otro lado, volviendo al niño, si no se interviene de ninguna manera, esta función también se verá afectada cuando alcance la adolescencia y la edad adulta, ya que como está acostumbrado a basarse en las expectativas de los demás, tendrá grandes dificultades para conocerse a sí mismo y establecer nortes orientadores propios.

#### **ACERCAMIENTO A UNA INTERVENCIÓN INTEGRATIVA PARA EL TRATAMIENTO DEL MUTISMO SELECTIVO**

La psicoterapia integrativa, si bien nos brinda la oportunidad de tener una mirada completa de la problemática, debemos recordar que es y deberá ser un proceso personalizado. Cada paciente es distinto y como terapeutas debemos respetar y trabajar a partir de su idiosincrasia. Si bien, como pudimos observar, es probable que en el Mutismo Selectivo existan algunos factores comunes

de paciente a paciente, cada uno de ellos tiene sus particularidades y es a partir de éstas que debemos formular la manera en que vamos a intervenir, además de recordar el nunca escatimar la importancia de darnos el tiempo de conocer a nuestro paciente y su sistema, ya que esto nos dará las claves para trabajar de manera óptima.

En psicoterapia integrativa es de gran utilidad partir con la realización y evaluación de un diagnóstico integral, es decir, un diagnóstico que nos permita profundizar en cada uno de los paradigmas. Es importante entregar a nuestro paciente y sus padres la Ficha de Evaluación Integral – Infantil (FEI-I), ya que ésta nos brindará la información necesaria para realizar nuestro diagnóstico, además de que nos permitirá pesquisar cuál de los paradigmas tiene mayor peso en ese caso en concreto. Por ejemplo, es probable que en un caso encontremos que nuestro paciente tiene una larga lista de antecedentes mórbidos familiares y personales, dándole mayor peso al paradigma biológico, mientras que en otro encontremos que las cogniciones y expectativas parentales son las que tienen mayor peso en la mantención de la problemática. Como se ha mencionado anteriormente, no es que estos paradigmas funcionen por separado, al contrario, todos

interactúan y se afectan los unos a los otros, sin embargo, sí es importante pesquisar qué pasa en cada uno de ellos para ir guiando nuestra intervención.

Se ha podido observar además, que la aplicación del FECI-I ayuda a los padres a ensanchar el awareness en relación a la problemática de su hijo, así como la manera en que ellos están involucrados en la misma. Si los padres tienen mayor conciencia de lo que pasa con su hijo, o con el simple hecho de que se les generen dudas y quieran encontrar respuestas, nos brinda la oportunidad de aumentar a su vez la motivación por la terapia y su nivel de compromiso; y como sabemos, si los padres están motivados es mucho más probable que su hijo/ hija (nuestro paciente) también lo esté.

Con el FECI-I en mano, su revisión cualitativa, y la retroalimentación correspondiente a los padres y a nuestro paciente, podremos generar objetivos terapéuticos alcanzables para el tratamiento. Estos objetivos no deberán de ser impuestos por el terapeuta, si no en conjunto con nuestro paciente y sus padres o cuidadores. El hecho de no imponer objetivos nos ayuda a mantener la motivación, crear conciencia, y regular aquellas expectativas irreales que puedan tener en relación al tratamiento. En

el caso del Mutismo Selectivo, como estamos trabajando con personas que tienden a la ansiedad, es probable que los padres esperen que su hijo o hija comience a hablar lo antes posible, se les dificultará ver avances sutiles, y tenderán a desesperarse; una manera de evitar esto es utilizando las fases didácticas, es decir, una vez teniendo nuestro diagnóstico integral explicarles qué sucede, porqué le está sucediendo, y cómo se puede abordar la problemática en cuestión para establecer objetivos y lograr cambios. Ayuda también explicarles el Modelo Integrativo Supraparadigmático y la psicoterapia integrativa derivada del mismo, para que tengan presente la manera en que estaremos trabajando. Además, como en toda terapia infanto-juvenil, en el caso del Mutismo Selectivo será crucial estar en constante comunicación no sólo con los padres si no también con el sistema que frecuenta el niño (abuelos, tíos, nana, profesores, etc.)

Considero importante además darnos el tiempo necesario a generar un vínculo terapéutico estable con nuestro paciente y sus padres. Las variables del terapeuta como la calidez y la empatía serán de suma importancia en este tipo de problemática. La idea es lograr que nuestro paciente, quien tiende a desconfiar de la

mayoría, logre sentirse cómodo y seguro en el espacio terapéutico y con su terapeuta. Esta misma calidez, empatía, y aceptación incondicional también deberá ser transmitida a los padres, ya que nos permitirá trabajar mejor con sus defensas, ansiedad, y sentimientos de culpa. Un buen vínculo terapéutico, la generación de objetivos alcanzables, el compromiso y motivación por parte no sólo del paciente y sus padres sino también de nosotros como terapeutas, nos permitirá comenzar a realizar y generar técnicas de intervención para lograr nuestros objetivos.

Como sabemos, trabajar con casos de Mutismo Selectivo, es trabajar con ansiedad, así que será importante conocer qué otros familiares la presentan, si hay historia de trastornos, diagnósticos previos etc. Así como conocer la postura de los padres y paciente acerca del uso de fármacos en el tratamiento. Aquí el vínculo será clave ya que si como terapeutas consideramos importante el uso de medicamentos en algún caso en particular, y los padres no están muy convencidos al respecto, un buen vínculo ayudará a que los padres confíen más en nuestra perspectiva y puedan abrirse a la posibilidad del uso de los mismos.

En el tratamiento del Mutismo Selectivo será importante la exposición

sistemática y paulatina, de acuerdo al ritmo particular del paciente. Así que si por ejemplo tenemos un caso en donde el paciente no logra la comunicación verbal dentro del contexto académico, nuestras intervenciones deberán de ser realizadas en este ámbito. Comúnmente los terapeutas estamos acostumbrados a realizar nuestras intervenciones desde nuestro consultorio, sin embargo en este caso deberemos salir un poco de nuestra zona de confort y acompañar al paciente en el logro de sus objetivos. Si hemos logrado un buen vínculo, esto nos permitirá que nuestro paciente confíe en las exposiciones que le estaremos pidiendo, así como en la retroalimentación que le brindemos después de cada una de ellas. El punto de este acompañamiento a las exposiciones es que nuestro paciente se vaya sintiendo cada vez un poco más cómodo en emitir el lenguaje en la situación o ante las personas que le generan angustia. Para poder llevar a cabo esto, deberemos de estar en constante contacto con los profesores de nuestro paciente ya que necesitaremos su apoyo y cooperación.

Es importante considerar que previo a las exposiciones, el paciente deberá sentirse en confianza con el terapeuta y que además haya obtenido logros dentro de las sesiones, las cuales formarán a su vez parte

de su nuevo repertorio de habilidades y conductas. Además se deberán haber practicado estrategias para el manejo de la ansiedad tales como técnicas de relajación muscular, respiración, gestualidad, etc. A medida que vayamos realizando las exposiciones o acercamientos en vivo, en video, etc. debemos de estar muy atentos a detectar todo tipo de errores cognitivos y supuestos básicos del paciente y su sistema familiar que podrían salir a la luz antes, durante o después de la exposición. Así tendremos la oportunidad de trabajar con una reestructuración cognitiva y afectiva, mostrando la asociación de ambos aspectos y de cómo estos también están ligados a la conducta que se busca dejar de mantener.

Como sabemos, no en todos los casos de Mutismo Selectivo existe la presencia de eventos traumáticos como generadores del trastorno, sin embargo, en caso de que logremos pesquisarlos, la elaboración de los mismos con el paciente y sus padres, será de suma importancia. Una anamnesis exhaustiva nos servirá para brindarnos la información que necesitamos, así como una vía para que el sistema adquiera conocimiento de su historia de vida.

Resulta importante que el paciente y sus padres conozcan el significado que tiene

para ellos la ocurrencia de eventos negativos, siendo necesario trabajar con las creencias relacionadas a las consecuencias de mostrar síntomas de ansiedad o de fallas en el desempeño. Cabe mencionar la importancia que existe en trabajar con el cómo el sistema y el paciente van recibiendo los cambios o los objetivos logrados, qué tanto los aceptan, cuáles son las modificaciones que se van generando en el sistema, que cogniciones y afectos se despiertan, a quién le genera más ansiedad, etc. El identificar todo esto nos ayudará para que el sistema se vaya adoptando de manera favorable a los cambios que el paciente vaya haciendo, y así evitar deserciones.

Una vez que el paciente haya alcanzado los objetivos propuestos será necesario elaborar el término del proceso, de manera gradual e idiosincrática, siendo necesario evaluar los cambios y asegurarnos de que estén de alguna manera *anclados* en su diario vivir. Para esto necesitaremos la retroalimentación por parte del sistema familiar, educativo y del paciente. Algo que se podría hacer sería volver a aplicar ciertos apartados del FECI-I y compararlos con el inicial. Esta retroalimentación nos servirá para tener en claro y de manera concreta aquellos objetivos logrados. Cabe mencionar

que este mismo instrumento nos servirá de guía durante todo el proceso para ir evaluando la evolución de nuestro paciente y su sistema.

Si hay algo de consideración en el tratamiento del Mutismo Selectivo en niños y adolescentes, es que deberá de ser un trabajo en equipo, en donde psiquiatra, psicólogo, sistema familiar, sistema educativo, etc. deberán de coordinarse y trabajar en conjunto para así alcanzar los objetivos planteados y ayudar a nuestro paciente en el mejoramiento de su calidad de vida.

## **CONCLUSIONES**

Si bien en la actualidad existen investigaciones en relación a la etiología, así como estrategias clínicas para el tratamiento del Mutismo Selectivo y su mejor comprensión, aún queda mucho camino por recorrer, especialmente en relación a lo que pasa en América Latina con esta problemática, ya que la información que tenemos proviene de otros países, especialmente España, Inglaterra y Estados Unidos, y si bien nos brinda mucha claridad en cuanto al trastorno, me parece que hay un sesgo importante en relación al factor cultural.

Como se pudo observar, todos los paradigmas del Modelo Integrativo Supraparadigmático tienen un peso importante en el Mutismo Selectivo; así que para comprender lo que pasa con nuestro paciente y para encontrar las estrategias de tratamiento que puedan serle de más ayuda, deberemos realizar un diagnóstico integral que nos permita orientar nuestras estrategias de intervención de manera adecuada y favorable.

Es importante recordar que, como se encontró en el análisis de ambos casos, existen algunos elementos en común, como serían la heredabilidad, la introversión, el estilo de apego ambivalente, etc. Sin embargo, cada uno de nuestros pacientes y su sistema es único, y debemos siempre abordar el caso desde su idiosincrasia. Si caemos en la generalización o la sistematización del tratamiento lo más probable es que nuestra intervención se vea sesgada.

Por otro lado, el Mutismo Selectivo es un trastorno el cual pareciera tener un fuerte peso biológico, sin embargo, como es principalmente diagnosticado en niños o pre-adolescentes, es probable que nos encontremos con padres que tengan sus resistencias en relación a iniciar un tratamiento farmacológico. Dicho esto

debemos de darles el tiempo, la confianza y la información necesaria para que puedan tener una opinión más favorable en relación al uso de fármacos para el tratamiento de este cuadro.

Cabe recordar que cuando se trabaja con este tipo de trastorno, no podemos simplemente trabajar con el niño una vez a la semana en nuestro consultorio, sino que será necesario incluir activamente a todo su sistema. Es de gran utilidad el estar citando constantemente a los padres o cuidadores, pedirles también que hagan tareas, psico-educarlos y brindarles herramientas que puedan aplicar en casa, estar también en constante comunicación con los profesores ya que es probable que sea necesario hacer intervenciones dentro del ámbito escolar, conocer la manera en que abordan la problemática en este ambiente, y brindarles también conocimiento en cuanto al tema y técnicas que puedan usar en el aula.

Como en todo tipo de terapia infanto-juvenil tendremos que hacer gran uso de nuestra creatividad y paciencia. Recordemos que los niños con Mutismo Selectivo tardan más en sentir confianza en el otro, así que debemos de darnos el tiempo necesario de crear un vínculo que sea de carácter reparador para nuestro paciente, conocer qué elementos serán estímulo

efectivo para él o ella, y acompañarlo en el proceso.

En la experiencia que tuve con pacientes que presentaban Mutismo Selectivo, me parece que un elemento de gran importancia para el proceso terapéutico es la relación que se establece entre paciente y terapeuta, pero también aquella que se genera entre los padres y el terapeuta. El vínculo positivo deberá buscarse no sólo con nuestro paciente, sino también con sus padres, quienes también necesitarán nuestra dirección, paciencia, y estímulos que les sean motivantes para continuar y no desertar en el tratamiento. La relación deberá de ser empática y cálida, sin caer en la sobreprotección para no repetir el estilo vincular.

A pesar de ser el Mutismo Selectivo una problemática poco frecuente, considero importante, como psicoterapeutas, mantenernos informados y seguir generando investigaciones y estudios que nos permitan realizar diagnósticos e intervenciones precisas para el beneficio de nuestros pacientes.

## Referencias

**American Psychiatric Association (1994)**  
*Diagnostic and statistical manual of mental disorders-Third Edition: DSM-IV.* Washington, DC: Author.

**Arón S., Ana María; Milicic M., Neva. (1994).** *Vivir con Otros. Programa de Desarrollo de Habilidades Sociales.* Santiago, Chile: Editorial Universitaria.

**Aubert, Jean Luc; Doubovy, Christiane. (2002).** *Mamá, Tengo Miedo! Cómo Evitar Transmitir a su Hijo su Angustia, Miedo y Ansiedad.* Barcelona, España: Gedisa.

**Axia, Giovanna. (2002).** *La Timidez.* España: Ediciones Internacionales Universitarias.

**Black, B., & Uhde, T.W. (1992)** Elective mutism as a variant of social phobia. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 31, 1090-1094.

**Black, B., & Uhde, T.W. (1995).** Psychiatric characteristics of children with selective mutism: A pilot study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 34, 847-855.

**Capuzzi Simon, Cecilia. (2003).** "On Beyond Worry. Every Child Worries. For Some It Becomes an Anxiety Disorder. Where do You Draw the Line?" [en línea] *The Washington Post*. HE01

**Chavira, Denise A.; Shipon Blum, Elisa; Hitchcock, Carla; Cohan, Sharon; Stein, Murray B. "A Family History Study of Selective Mutism".** Recuperado el 18 de Junio de 2012 del sitio web Selective Mutism Organization: <http://www.selectivemutism.org/resources/library/Treating%20Professionals%20Information/Family%20History%20Study%20of%20SM%20Chavira%20et%20al.pdf>

**Cohen, S. L., Chavira, D. A., & Stein, M. B. (2006).** Practitioner review: Psychological interventions for children with selective mutism: A critical evaluation of the literature from 1990-2005. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34, 847-856.

**CyruLink, B. (2008).** *Bajo el Signo del Vínculo. Una Historia Natural del Apego.* Barcelona, España: Gedisa

**Elizur, Y., & Perednik, M. (2003).** Prevalence and description of selective mutism in immigrant and native families: A controlled study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 1451-1459.

**Garcia, A., Freeman, J., Francis, G., Miller, L.M., Leonard, H.L. (2004).** Selective Mutism. In T. Ollendick (Ed.). *Phobic and anxiety disorders in children and adolescents: A clinician's guide to effective psychosocial and pharmacological interventions* (pp. 433-455). London: Oxford University Press.

**Hayden, Tory, L. (1980).** "Classification of Elective Mutism". Recuperado el 07 de Mayo de 2012 del sitio web de la autora: <http://www.torey-hayden.com/research/classification-of-elective-mutism.pdf>

**Joseph, P.R. (1999).** Selective mutism: The child who doesn't speak at school. *Pediatrics*, 104, 308-310.

**Kolvin, I. & Fundudis, T. (1981).** Elective mute children: Psychological development and background factors. *Journal of Clinical Psychology and Psychiatry*, 22, 219-232.

**Kopp, S., & Gillberg, C. (1997).** Selective mutism: A population based study (A research note). *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38(2), 257-262.

**Kristensen, H. (2000).** Selective mutism and comorbidity with developmental disorder/delay, anxiety disorder, and elimination disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 249-256.

**Kumpulainen, K. (2002).** Phenomenology and treatment of selective mutism. *CNS Drugs*, 16(3), 175-180.

**Kumpulainen, K., Rasanen, E., Raaka, H., & Somppi, V. (1998).** Selective mutism among second-graders in elementary school. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 7, 24-29.

**Manassis, K., & Bradley, S. (1994).** The development of childhood anxiety disorders: Toward an integrated model. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 15, 345-366.

**Masson S.A. (2002).** "Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR (López-Aliño. J; Valdés Miyar. M)

**Marina, José Antonio. (2006).** *Anatomía del Miedo, un Tratado Sobre la Valentía*. Barcelona, España: Anagrama.

**Olivares Rodríguez, José. (1994).** *El Niño con Miedo a Hablar*. España: Ediciones Pirámide.  
Tortolo, Mauro; Bértola, Diego. (2008) "Nombres en la Historia-Nº5: Adolph Kussmaul". Recuperado el 07 de Mayo de 2012 del sitio web de Medicina y Cultura: [http://www.medicinaycultura.org.ar/19/Articulo\\_04.htm](http://www.medicinaycultura.org.ar/19/Articulo_04.htm)

**Olivares Rodríguez, José; Méndez Carrillo, Francisco Xavier; Maciá Antón, Diego. (1996).** Mutismo Selectivo. Un Modelo Explicativo. *Psicología Conductual*, Vol 4, No. 2, pp. 169-192.

**Patterson, J. Ph.D. (1992).** "Why Us? How Families Develop Resilience". *Children's Health Issues*. Vol. 1. Institute For Health and Disability. University of Minnesota.

**Porges, S. (2004).** "Neuroception: A Subconscious System for Detecting Threats and Safety". Zero to Three. University of Illinois. Chicago, USA. Pg. 19.

**Selective Mutism Foundation. (1994-2011)** "Understanding Selective Mutism Brochure. A Silent Cry for Help!" Recuperado el 09 Febrero 2012 de <http://www.selectivemutismfoundation.org/about.html>

**Shipon-Blum, Dr. Elisa.** "When the Words Just Won't Come Out. Understanding Selective Mutism" [en línea]. *Selective Mutism Research and Treatment Center*. [http://www.selectivemutismcenter.org/cms/words\\_just\\_wont\\_come\\_out.aspx](http://www.selectivemutismcenter.org/cms/words_just_wont_come_out.aspx) [consulta: 08 Febrero 2012].

**Sipon-Blum, Dr. Elisa.** "Is There an Effect Between Diet and Selective Mutism?" [en línea]. *Selective Mutism Research and Treatment Center*. <http://www.selectivemutism.org> [consulta: 08 Febrero 2012]

**Smith, Jim; Smith, Jane.** "Why Mike Doesn't Talk". Recuperado el 09 Febrero 2012, del sitio Web del Selective Mutism Organization: <http://www.selectivemutism.org/resources/librariy/Advocating/why%20Mike%20Doesn't%20Talk>

**Standart, S. & Le Couteur, A. (2003).** The quiet child: A literature review of selective mutism. *Child & Adolescent Mental Health*, 8(4), 154-160.

**Stein MB, Yang BZ, Chavira DA, et al.** "A common genetic variant in the neurexin superfamily member CNTNAP2 is associated with increased risk for selective mutism and social anxiety-related traits". *Biol Psychiatry*. May 1 2011; 69(9):825-31.

**Schwartz CE, Kunwar PS, Greve DN, Kagan J, Snidman NC, Bloch RB.** "A phenotype of early infancy predicts reactivity of the amygdale in male adults". *Mol Psychiatry*. 2011 Sep 6.

**Vázquez-Barquero, José Luis; Herrán Gómez, Andrés. (2007).** *Las Fases Iniciales de las Enfermedades Mentales. Trastornos de Ansiedad*. Barcelona, España: Masson.

## **Aporte del Enfoque Integrativo Supraparadigmático, como predictor en la formación del psicoterapeuta “ideal”.**

**Un estudio comparativo entre estudiantes de psicología de Chile y El Salvador.**

**Ps. Mg. Roberto Quintanilla Bonilla.<sup>5</sup>**

### **Summary**

The subsequent article is focused on the presentation of the Supraparadigmatic Integrative Approach (EIS) as a diagnostic tool, treatment and intervention in psychotherapy; as well as an enabling tool in the development of future therapists. This investigation intended to prove how the EIS aids, specially in the detection, control and enhancement of “unspecific variables” or “common factors”, which are present in the psychotherapeutic process, in the patient and particularly in the therapist person. In this way the EIS makes a valuable contribution on the recognition of the variables needed to be enhanced and/or controlled in those who pretend to become therapist, along their psychologist formation.

**Keywords:** *Supraparadigmatic Integrative Approach (EIS), therapist person unspecific variables, common factors, enhancing proximal factors, enhancing distant factors.*

### **Resumen:**

El presente artículo está orientado a la presentación del Enfoque Integrativo Supraparadigmático (EIS), no solo como una herramienta de diagnóstico, intervención y tratamiento en psicoterapia, sino también; como un instrumento facilitador en la formación de futuros terapeutas. Con esta investigación se pretendió demostrar cómo el EIS, resulta de especial beneficio en la detección, control y potenciación de las “variables inespecíficas” o “factores comunes”, que se encuentran presentes en el proceso de psicoterapia, en el paciente y en particular en la persona del terapeuta. De esta forma el EIS hace una contribución importante en la detección de las variables necesarias a ser potenciadas y/o controladas en aquellos que pretenden convertirse en terapeutas, durante su formación como psicólogos.

**Palabras clave:** *Enfoque Integrativo Supraparadigmático (EIS), persona del terapeuta, variables inespecíficas, factores comunes, factores potenciadores proximales, factores potenciadores distales.*

---

<sup>5</sup> robertoquintanillb@gmail.com

## INTRODUCCIÓN

El EIS, desarrollado por Roberto Opazo (2001), y sus colaboradores, concibe una interpretación integral del mundo psicológico del individuo, considerando y ordenando la información proveniente de su mundo interno; y cómo, en base a la auto-organización de dicha información, el individuo procesa y da significado a su existencia de acuerdo a las experiencias que tiene a lo largo de su vida.

A diferencia de otras carreras o profesiones, la labor del psicólogo va más allá de un mero tecnicismo o adecuado manejo metodológico del conocimiento científico, requiere también, de dotes “artísticos” y una alta “calidad humana”. Es por lo anterior, que dentro del marco de esta investigación se propusieron luces que alumbraran al proceso de formación del terapeuta. Este proceso, debiera ser tratado desde el período de formación del psicólogo, considerando no solo la adquisición y ampliación del conocimiento teórico-científico; sino también, perspectivas con mayor aporte hacia el alcance de una práctica “artística”, ensanchando la “calidad humana” de quien pretende convertirse en terapeuta. En esta investigación, el EIS fue sujeto y objeto de estudio, bajo el entendido de la doble función que posee. Al investir con una infinidad de bondades en la práctica

clínica, sirve también como un vehículo de interpretación de la realidad psicológica no solo del paciente, sino; respecto al mundo psicológico personal y compartido del terapeuta. Esta Investigación, siguió la intención de proponer al EIS como un componente medular, en el proceso de formación del psicólogo/terapeuta, ya que cumple con dos grandes cometidos de la formación en psicología: un amplio bagaje teórico-científico y el logro del “ensanchamiento de awareness”. Ambos cometidos, son elementos sustanciales en la formación del psicoterapeuta “ideal”. Respecto al “ensanchamiento de awareness”, es importante resaltar, que dicha facilidad dada por el EIS, no es vista desde otros enfoques de manera sistematizada, porque responde a lo que en investigación en psicología se conoce como, “variables inespecíficas” o “factores comunes”, que suman un conjunto de variables de difícil aproximación metodológica. En esta investigación, se pretendió demostrar cómo, desde el EIS, es posible hacer una aproximación metodológica a dichas variables, en función de poder predecir una labor terapéutica exitosa. Este estudio exploratorio, hizo una comparación entre dos diferentes culturas (chilena y salvadoreña), y estuvo destinado a la exposición del EIS, como un agente

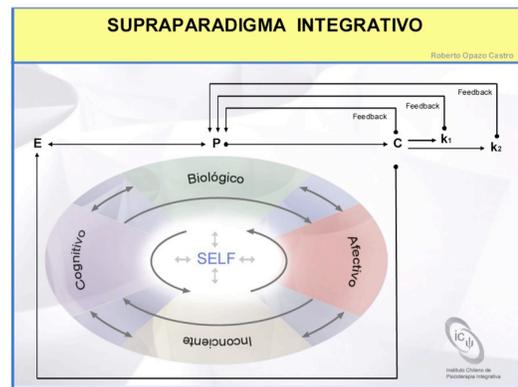
predictor en la “producción” del terapeuta “ideal”, tomando en cuenta las características necesarias encontradas en investigación hasta el día de hoy, que conforman lo que para dentro del marco de esta investigación llamaremos “perfil del terapeuta ideal”.

### **ENFOQUE INTEGRATIVO SUPRAPARADIGMÁTICO.**

Para Opazo (2012), el Enfoque Integrativo Supraparadigmático, surge de la necesidad de detectar, integrar y organizar el conocimiento válido que se ha venido alcanzando en psicoterapia (pág. 8). En la actualidad, existe un sin número de alternativas psicoterapéuticas, pero no todas estas alternativas, tienen el mismo grado de efectividad para todo tipo de psicopatologías. El EIS, posibilita el rescatar, integrar, y organizar sistemáticamente éste conocimiento válido; para luego aplicarlo clínicamente, de una manera que aporte sustanciales ventajas comparativas para los pacientes (Opazo Castro, 2012, pág. 9). Desde el EIS, se desprenden seis paradigmas (Paradigma Biológico, Paradigma Afectivo, Paradigma Cognitivo, Paradigma Inconsciente, Paradigma Ambiental/Conductual, Paradigma Sistémico), los cuales se superponen unos a otros, de acuerdo a la configuración particular y específica, del aparato

psicológico del paciente. El EIS, aporta fundamentos epistemológicos, metodológicos y causales desde los paradigmas. Éstos articulan las influencias etiológicas y fuerzas de cambio provenientes de los mismos seis paradigmas.

En el Recuadro siguiente se gráfica del Modelo Integrativo Supraparadigmático.



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 enfoque integra también las modalidades causales, lineal ( $a \rightarrow b$ ) y circular ( $a \leftrightarrow b$ ) y le otorga relevancia a las partes y al sistema como conjunto. En términos funcionales, el EIS, asume que el proceso perceptivo es dialéctico, en el sentido que interactúan sujeto/objeto, es decir la persona cognoscente y el objeto a conocer (Bagladi L V. L., 2009, pág. 26).

*Sistema SELF.*

En este proceso *interaccional*, el ambiente aporta la *materia prima* la cual será transformada, en *estímulo efectivo*, que es el encargado, de movilizar al aparato psicológico del paciente. En este proceso activo de *significación*, el sistema SELF organiza, modifica e interpreta la experiencia, y es a su vez modificado por ésta. El sistema SELF del paciente, recibe dos tipos de influencias durante éste proceso de significación. La primera influencia proviene desde afuera del sistema y la segunda influencia, proviene desde adentro, acá los paradigmas influyen al sistema SELF, a procesar y a significar en determinadas direcciones (Fernandez Alvarez & Opazo Castro, 2004, pág. 341).

Para Bagladi & Opazo (2006), el sistema SELF expresa la coherencia y el equilibrio homeostático del sistema psicológico. Este constituye entonces, una especie de procesador central de la experiencia humana y cumple con seis funciones (Función de toma de conciencia, Función de identidad, Función de significación integral, Función de auto-organización, Función de búsqueda de sentido, Función de conducción existencial) esenciales dentro de la dinámica psicológica. Esta forma de organización se articula bajo un principio de dinamismo homeostático (Opazo Castro, 2001, pág. 312).

*EIS y su función ordenadora.*

De esta manera, en términos metodológicos, el EIS y sus componentes, cumplen con una función ordenadora de la dinámica psicológica del paciente, enriqueciendo así, sustancialmente a la predicción y al cambio psicológico, permitiendo potenciar fuerzas de cambio y ejerciendo una función de guía, facilitando el camino hacia nuevo conocimiento científico.

*Psicoterapia Integrativa.*

La psicoterapia Integrativa, se deriva del Enfoque Integrativo Supraparadigmático, y su objetivo central, como proceso; es la modificación y/o re-administración de aquellos síntomas, áreas deficitarias o rasgos de personalidad que el paciente desee cambiar (Opazo Castro, 2001, pág. 316).

*Ficha de Evaluación Clínica Integra.*

Dentro de las herramientas propiamente desarrolladas desde el EIS, que se utilizan en el proceso de Psicoterapia Integrativa, se desprende la Ficha de Evaluación Clínica Integral "FECI" (Bejer T, 2010). Para Opazo (2001), el FECI, aporta a la evaluación diagnóstica integral, en la medida que posibilita una autoevaluación del paciente en los aspectos clínicamente más relevantes de cada uno de los paradigmas del EIS y su sistema SELF; y en la medida que "obliga" al terapeuta a prestar atención a los diferentes paradigmas (pág. 322).

### *Formación de psicoterapeutas en Latinoamérica.*

A diferencia de Estado Unidos y Europa, en Latinoamérica (mundo occidental), no existe una institución general o unificada (que incluya a todos los países) que regule la práctica del psicólogo clínico en términos de formación, ejercicio y actualización de los profesionales en psicoterapia. Una de las razones por la que este marco de vigilancia no existe, obedece precisamente a las diferentes legislaciones y modelos políticos de cada país, sin dejar de lado las grandes dificultades en materia de recursos, que la región presenta de forma compartida. No todos los países en Latinoamérica, gozan de una riqueza igualitaria en recursos y junto con ello, son muy pocas las legislaciones que dentro de su jurisdicción particular, cuentan con sistemas de constante vigilancia y regulaciones o normativas, que promuevan la inmutable actualización de los profesionales en psicoterapia, vigilancia de un ejercicio adecuado, entre otros requisitos básicos; orientados hacia el objetivo de realizar un trabajo bienquisto.

### *Diferencias demográficas en materia de salud mental, entre Chile y El Salvador.*

Según la OMS (2012), de acuerdo a su proyecto "Atlas" sobre los recursos para la salud mental y problemas neurológicos, Chile es un país con alrededor de 16 millones de

habitantes, con un 27% de la población menor de 15 años y un 11% de la población mayor de 60 años de edad. Según el Banco Mundial (2012), el país entra en la categoría de ingreso medio-alto, con una expectativa de vida saludable de 65 años para los hombres y 70 años de edad para las mujeres. En un estudio de Vicente et al (2002), en el cual se evaluó a 2978 individuos en cuatro diferentes regiones a lo largo del país, se encontró que los diagnósticos más comunes son agorafobia (11%), trastorno depresivo mayor (9%), distimia (8%) y dependencia de alcohol (6%). Según los datos de la OMS (2012), Chile cuenta con una política de salud mental formulada desde el año de 1993. Los componentes de esta política son: defensa, promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación para los problemas de salud mental que aquejan a la población.

En el caso de El Salvador, cuenta con una población circundante a los 6 millones de habitantes, la proporción de la población menor de 15 años de edad, es del 34%, siendo esta proporción mayor a la de Chile y con un 8% de proporción en la población mayor de 60 años (OMS, 2012), en términos comparativos se habla de una población general más joven que la de Chile. Según el Banco Mundial (2012), el país entra en la categoría de ingresos bajo-medio, con una expectativa de vida saludable de 65 años de

edad en hombres y 72.8 para las mujeres. En la actualidad, no existen estudios recientes sobre la epidemiología en salud mental en el país. Chocron et al (1995), condujo un estudio en centros de atención primaria sistemáticamente seleccionados y encontró que existe una prevalencia de psicopatología del 38.8%. Esta se reparte en: depresión con un 10.3%, ansiedad 13.8% y desordenes adaptativos con un 9.5% para la muestra evaluada. El país cuenta con una política de salud mental, la cual fue inicialmente formulada en el año 2000, con un 10% a un 25% de puesta en práctica de su contenido original, esta política tiene una estructura a la base de seis elementos dentro de su programa llamado “nueva alianza”, los cuales giran en torno a estabilidad económica, solidaridad, seguridad y participación activa del gobierno (WHO, 2005, pág. 179).

#### *Formación del psicólogo en Chile y El Salvador.*

La comisión nacional de acreditación de pregrado en Chile, en su documento técnico de psicología “criterios estándares para la acreditación de la carrera de psicología” (CNAP, 2007), establece nueve criterios de evaluación desglosados en distintos estándares. Según la CNAP, el perfil profesional en la carrera de psicología particularmente que defina la universidad, debe de contener al menos las siguientes

habilidades y competencias: Diagnosticar, planificar y evaluar diversos procesos y programas en el área de la psicología organizacional, educacional y clínica y otros campos de aplicación de la realidad social. Definir aplicar y evaluar estrategias de intervención para atender necesidades preventivas terapéuticas y de desarrollo de las conductas de individuos grupos y organizaciones a partir de una base teórica sólida. Diseñar y realizar actividades de investigación científica en la disciplina. Así mismo el perfil debe de considerar el desarrollo de capacidades generales propias de una profesión universitaria, entre otros el pensamiento crítico, el auto aprendizaje, la educación continua la formación integral y el discernimiento ético. Para el caso de El Salvador, según el ministerio de educación a través de la Comisión de Acreditación (CDA, 2000-2005), el pñsum de la carrera de psicología se estructura en tres niveles de formación: Básico, Intermedio y Superior. Siendo el nivel básico de principal orientación teórica y los niveles intermedio y superior, de mayor orientación a la práctica clínica, social y educacional.

#### *Características necesarias en la persona del terapeuta.*

Desde hace mucho tiempo atrás (1950), el comité de entrenamiento en psicología clínica de la APA, publicó una lista de

características deseadas en un buen terapeuta, estas características parecían atributos difíciles de conseguir y de alcanzar, y por otra parte presentaban una alta dificultad metodológica ya que su medición y conceptualización es bastante complicada (Bagladi Letelier, 2003). A medida ha ido pasando el tiempo, han ido surgiendo nuevas listas de características o atributos con los que debe de contar el psicólogo dedicado al ejercicio clínico, estas generalmente siguiendo una correspondencia según los abordajes que los terapeutas utilizan (Fernandez Alvarez & Opazo Castro, 2004, pág. 17). Bagladi (2003), hace una revisión amplia y completa sobre estas diferentes listas dentro del curso de su investigación y desde ella, es posible abstraer en los resultados encontrados, que muchas de las características descritas en los años 50, se mantienen en la actualidad, como atributos importantes y necesarios para lograr el éxito psicoterapéutico.

#### *Competencias necesarias en el terapeuta.*

Fernández Álvarez (2004), ha desarrollado el concepto de habilidades terapéuticas adquiridas (dentro del marco de las competencias necesarias en la persona del terapeuta), las cuales derivan de dos fuentes: la *práctica espontánea o experiencia* y la *formación guiada o experiencia sistemática* (pág. 415). Con este concepto, el

autor hace una explicación más detallada de lo que se ha venido mencionando anteriormente, respecto a la importancia de ciertas habilidades con las que debe de contar el psicoterapeuta, pero que no son obtenidas en el proceso de formación, sino que son alcanzadas precisamente una vez logrado cierto nivel de experiencia clínica por parte del terapeuta. De ahí su nombre de “habilidades terapéuticas adquiridas”, las cuales según este autor se alcanzan, ya sea por la experiencia misma o por la participación del psicólogo clínico en grupos de supervisión y continua actualización teórica. Para Fernández Álvarez (1992), formarse como un terapeuta “ideal” y eventualmente convertirse en maestro de terapeutas, involucra combinar las cualidades de conocimiento y flexibilidad, tener confianza en el proyecto pero no imponerlo, transmitir al paciente la sensación de que comprenden sus problemas, respetan sus límites profesionales, poseen un pensamiento reflexivo y creativo; y demuestran una capacidad auténticamente humana de relación y preocupación. Miller (1993), sostiene que estas cualidades son difíciles de enseñar en programas de entrenamiento, porque dependen menos de la educación y más de la personalidad y el estilo cognitivo de la persona.

### **La persona del terapeuta desde el EIS**

El terapeuta que elige trabajar desde un modelo Integrativo, deberá de estar dispuesto a operar con una concepción explicativa amplia del funcionamiento psicológico (Fernandez Alvarez & Opazo Castro, 2004, pág. 17). De esta manera el terapeuta que decide seguir un camino por la integración debe de concebir el conocimiento de forma abierta y sometido a la evolución constante. Los pilares de una formación del terapeuta Integrativo son los siguientes:

- Teoría de la psicoterapia
- Diagnostico integral
- Habilidades terapéuticas
- Autoconocimiento
- Interdisciplina

Bajo la mirada Integrativa, el terapeuta debe de ser capaz de considerar la conjunción de lo psíquico con lo biológico y lo social. Se busca la comprensión por parte del terapeuta, del equilibrio que existe entre la fuerza de los factores internos y medioambientales, y el balance entre los aspectos cognitivos y afectivos del comportamiento, y a su vez los procesos dinámicos y de aprendizaje (Fernandez Alvarez & Opazo Castro, 2004, pág. 24). La persona del terapeuta Integrativo, goza de espacios de libertad para que pueda moverse de un estilo relacional a

otro, siendo en algunas ocasiones más activo y en otras más pasivo, todo en función de las circunstancias clínicas específicas y cómo estas lo vayan haciendo más aconsejable (Opazo Castro, 2001, pág. 319). Las habilidades terapéuticas y el autoconocimiento, son también pilares en la formación del terapeuta Integrativo, ambos mantienen una relación dialéctica y necesaria, para el buen ejercicio clínico. La autoexploración o de psicoterapia personal, es importante desde el EIS, para que el terapeuta reconozca sus puntos fuertes y débiles, esto es una forma más de ensanchar el *awareness* personal a nivel del mismo terapeuta y así contribuir a la ampliación de su propio *repertorio conductual*. Desde el EIS, la persona del terapeuta debe de contar con las siguientes características, que son llamadas también “variables del terapeuta”:

- Bienestar psicológico
- Vocación de ayuda
- Calidez
- Capacidad de empatía
- Capacidad de retroalimentación
- Simpatía
- Sentido del Humor
- Inteligencia
- Capacidad como agente motivador
- Disponibilidad Heurística
- Variedad experiencial

### ***Dificultad en el estudio de las variables inespecíficas***

Para Bagladi (2003), la dificultad de estudiar la influencia de las variables inespecíficas o factores comunes... “parece relacionarse con el hecho de ser comunes a todo proceso psicoterapéutico, más que comunes a todos los enfoques; e inespecíficas por cuanto su accionar se especifica de acuerdo a la combinación de variables en cada situación particular. Las variables pueden especificarse, pero sus variadas posibilidades de combinación e interacción revisten una dificultad mayor para ser especificadas. Así, si bien hablamos de factores comunes, éstos parecieran no estar administrados, abordados y/o manejados de forma igualmente común en las distintas aproximaciones psicoterapéuticas”... (pág. 186).

*Variables inespecíficas desde el EIS, nivel individual, social y cultural.*

Múltiples investigaciones muestran que las “variables inespecíficas” o “factores comunes” son elegidos en un mayor porcentaje, como los principales responsables de la cura terapéutica o a la acción conjunta de ambos factores (específicos y comunes), mientras que los factores menos señalados son los de tipo específico (Romero-Moreno, 2008, pág. 90).

Las “variables inespecíficas” atraviesan una infinidad de aspectos propios, dentro de la psicología clínica y en particular en el ejercicio de la psicoterapia. Las “variables inespecíficas”, tienen presencia en el proceso de terapia, la alianza terapéutica, en el paciente y en el terapeuta mismo. El Enfoque Integrativo Supraparadigmático... “al plantear la relevancia central de la relación paciente-terapeuta y del logro de estímulos efectivos en el paciente...ilustra acerca de la forma de evaluar y de intervenir a nivel de la administración de las variables inespecíficas”... (Bagladi & Opazo, 2010). Las variables culturales y características propias de una sociedad; que funcionan como la esencia de la red de significados a nivel *nomotético*, son a su vez “variables inespecíficas”. Dada la multiplicidad de combinación de variables, éstas son posibles de especificar, una vez comprendida la red de significados a nivel *ideográfico*, siempre y cuando, sea a través de un paradigma referencial como el Enfoque Integrativo Supraparadigmático, (actuando como un mecanismo de ensanchamiento de awareness a nivel nomotético e ideográfico) que permite especificar los factores comunes, en función de una organización adaptativa del sistema SELF y los seis paradigmas. Si se cuenta con un plano ordenador de la estructura de la realidad

social y psicológica a la cual pertenece la persona; el cual es posible a través del estudio y desarrollo de *principios de influencia "social"*, es posible alcanzar especificidad en las "variables inespecíficas" o "factores comunes" de orden cultural. Por otra parte, en dirección hacia la especificidad de las "variables inespecíficas" en el proceso de terapia, con la intención de sistematizar procesos exitosos y adecuados que puedan ser replicados por los terapeutas, en este sentido; Chile ha tenido un desarrollo positivo, orientado hacia una actitud de seriedad, autocrítica reflexiva, flexibilidad, respeto y búsqueda por puntos de acuerdo e integración (Bagladi L V. , 2002, pág. 431). Continuando con la especificidad de las "variables inespecíficas", y el desarrollo de la habilidad "artística" del terapeuta, Vania Kuzmanic (2005), en su investigación cualitativa, en referencia a la supervisión Integrativa, plantea la existencia de dos principales tipos de programas de formación en psicoterapia, el primero apunta a un énfasis en lo **exterior** (los supervisores interpretan el significado de las implicancias teóricas de la sintomatología del paciente, dando lugar a una intervención en la conducción técnica del supervisado, y así mitigar los problemas del paciente), y el segundo hacia lo **interior** ( ayudar al supervisado a resolver sus conflictos

personales y liberarlo de sus problemas y núcleos enfermos; se plantea que si el terapeuta se siente más integrado como persona, tendrá más posibilidades de intervenir con un mayor grado de elección, introspección y creatividad en la vida de sus pacientes) (pág. 20). Frente al alto porcentaje de terapeutas que se adjudican hacia una orientación ecléctica en el ejercicio de su formación (60-75%) (Fernandez Alvarez & Opazo Castro, 2004, pág. 85), y siendo la mayoría de los supervisores eclécticos o integracionistas (Kuzmanic Vidal, 2005, pág. 74), surge la necesidad de contar con supervisores Integrativos, llevando así una cuota de especificidad, a las "variables inespecíficas", que se presentan dentro del marco de la formación de psicoterapeutas, durante el proceso de entrenamiento en la supervisión clínica. Desde el EIS, Opazo (2001), afirma que el desafío consiste en identificar cuáles variables del terapeuta son las más relevantes y descubrir, cómo utilizarlas clínicamente de modo de potenciar su aporte al cambio terapéutico (pág. 172). Dentro del marco de la supervisión Integrativa, se presentan los "factores potenciadores", que aportan a los estímulos efectivos, con su función movilizadora de la dinámica supervisiva, por el procesamiento y significación otorgada, a la experiencia de supervisión, desde el

sistema SELF del supervisado (Kuzmanic Vidal, 2005, pág. 80).

Estos factores se clasifican en distales y proximales. Los factores distales son:

- Bienestar psicológico del supervisor
- Vocación de ayuda del supervisor
- Calidez
- Capacidad de retroalimentación
- Simpatía
- Sentido del humor
- Inteligencia
- Seguridad
- Capacidad como agente motivador

(Opazo en: Kuzmanic Vidal, 2005, págs. 80-81).

En cuanto a los factores potenciadores proximales, son aplicables tanto a la relación de supervisión, como a la relación terapéutica paciente-supervisado, y consisten en:

- UN QUÉ ADECUADO: adecuada selección de contenidos del mensaje, principios de influencia, conceptos movilizadores o técnicas específicas.
- UN CÓMO ADECUADO: forma idiosincrática de la intervención/mensaje.
- UN CUÁNDO ADECUADO: momento oportuno con relación a motivaciones y fortalezas para asumir experiencia.

(Opazo en: Kuzmanic Vidal, 2005, pág. 81).

## **PROCEDIMIENTO**

Para la presente investigación se utilizó una metodología cuantitativa de tipo exploratorio descriptivo no experimental. Es una investigación descriptiva, comparativa y evaluativa; y consiste en analizar los resultados de la evaluación psicológica a estudiantes de tercer año de la carrera de psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile y la Universidad Dr. José Matías Delgado de El Salvador, a la base del perfil psicológico de los estudiantes, a través de las valoraciones obtenidas en depresión, ansiedad, autoimagen, neuroticismo, extroversión, psicoticismo, irracionalidad cognitiva, autoeficacia, autoestima, satisfacción de necesidades, alexitimia, discomfort emocional, tolerancia a la frustración, repertorio conductual, asertividad, satisfacción de pareja, perfeccionismo, vulnerabilidad biológica y escala L (veracidad en las respuestas) con la Ficha de Evaluación Clínica Integral FECl, dentro del marco de la formación del psicoterapeuta "ideal" de los hallazgos encontrados en investigación; y desde el Enfoque Integrativo Supraparadigmático. Se elaboró un perfil del terapeuta "ideal" con las variables recién descritas medidas en el FECl, considerando las valoraciones ideales en cada variable según la bibliografía revisada, asignando una puntuación, a través

de una operación aritmética simple, con el objetivo de comparar dicho perfil con los perfiles obtenidos de los psicólogos en formación de cada país respectivamente.

Se condujo un análisis de varianza para evaluar si las medidas empleadas por el FECl presentan diferencias según el país de origen de los participantes y en los casos en que las varianzas de los grupos no fueron homogéneas o no se cumplió el requisito de normalidad, los análisis fueron comparados con la prueba no paramétrica de Mann-Wihtney. Los resultados que presentan diferencias significativas para una medida, son analizados de igual forma a través de análisis de varianza y pruebas no paramétricas.

Los datos se recogieron desde dos fuentes principales. La primera corresponde a un primer equipo de evaluadores, colaboradores del Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa entrenados en el Enfoque Integrativo Supraparadigmático que realizaron una presentación del FECl a estudiantes de tercer año de la carrera de psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile, con el objetivo que completaran el instrumento con su información personal. La segunda fuente corresponde a un equipo de colaboradores de la Universidad Dr. José Matías Delgado, en El Salvador, que fueron sometidos a una

serie talleres de capacitación en el manejo del FECl y conceptos básicos del Enfoque Integrativo Supraparadigmático, quienes presentaron el instrumento a estudiantes de tercer año de psicología de ésta misma universidad, con el objetivo que lo completaran con su información personal. Para evaluar de forma global las posibles fuentes de diferencias individuales entre las medidas que emplea el FECl, la información fue sistematizada a través de un análisis multivariado de varianza (MANOVA), considerando el país de origen de los participantes y el género; controlando además la edad.

#### *Instrumento*

El instrumento utilizado para esta investigación es el FECl, construido y aplicado en Chile por el Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa. Para la muestra salvadoreña se realizó una modificación en algunos ítems del instrumento con la finalidad de adaptar el vocabulario utilizado, a causa de ciertas diferencias culturales y así mejorar su comprensión. Como ha sido mencionado anteriormente se realizaron talleres de capacitación en el manejo del instrumento y conceptos teóricos básicos del Enfoque Integrativo Supraparadigmático en la Escuela de Psicología de la Universidad Dr. José Matías Delgado, para los evaluadores

que colaboraron en la recolección de los datos en El Salvador.

El instrumento hace una evaluación integral de los seis paradigmas del Enfoque Integrativo Supraparadigmático y el sistema SELF a través de sus múltiples escalas: escala de síntomas, escala de autoimagen, E.P.Q., escala de irracionalidad cognitiva, escala de autoeficacia, escala Guttman (autoestima), escala de satisfacción de necesidades, sub escala Tonronto (alexitimia), sub escala Gambrell-Richie (disconfort emocional), escala de tolerancia a la frustración, escala de conductas sociales, cuestionario de asertividad de Spencer Rathus, escala de satisfacción de pareja, escala de perfeccionismo y escala de vulnerabilidad biológica (Bejer T, 2010).

#### ***Población.***

Los estudiantes de tercer año de la carrera de psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile y la Universidad Dr. José Matías Delgado de El Salvador.

#### ***Muestra.***

La muestra es no probabilística de un total de 78 casos, siendo 40 chilenos de la Pontificia Universidad Católica de Chile y 38

salvadoreños de la Universidad Dr. José Matías Delgado. De los 40 chilenos, 23 son

de sexo masculino y 17 de sexo femenino con edades de entre los 20 y 23 años. Para el

caso de la muestra salvadoreña de los 38 casos evaluados, 13 son de sexo masculino y 25 son de sexo femenino con edades de entre los 23 y los 31 años. Cabe mencionar que ambas universidades pertenecen a un perfil de centro de estudios superiores, de alto nivel y exigencia académica, para cada país respectivamente. Por lo tanto los participantes evaluados, concuerdan a un mismo perfil de estudiante de psicología desde su formación académica independientemente de su país de origen.

#### ***RESULTADOS***

A continuación se presenta un cuadro y un gráfico, que representan los puntajes ideales de las variables medidas por el FECl, de acuerdo a la homogenización de los datos cualitativos obtenidos en la revisión bibliográfica de la presente investigación, con las variables medidas en la Ficha de Evaluación Clínica Integral.

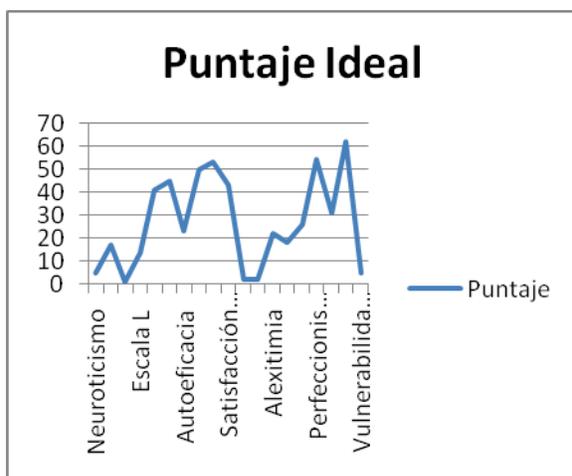
### PUNTAJES FECI TERAPEUTA IDEAL

ESCALA	Bajo	Medio	Alto	Puntaje	Rango
Neuroticismo	0 a 10	11 a 15	16 a 22	5	Bajo
Extroversión	0 a 9	10 a 13	14 a 20	17	Medio- Alto
Psicoticismo	0 a 2	3 a 4	5 a 18	1	Bajo
Escala L	0 a 7	8 a 10	11a 20	14	Alto
Autoimagen	11 a 31	32 a 36	37 a 45	41	Alto
Autoestima	13 a 32	33 a 39	40 a 50	45	Alto
Autoeficacia	5 a 17	18 a 20	21 a 25	23	Alto
Asertividad	-72 a -1	0 a 20	21 a 79	50	Alto
Satisfacción de Pareja	12 a 36	37 a 45	46 a 60	53	Alto
Satisfacción de Necesidades	1 a 29	30 a 35	36 a 50	43	Alto
Ansiedad	0 a 4	5 a 7	8 a 21	2	Bajo
Depresión	0 a 4	5 a 9	10 a 21	2	Bajo
Alexitimia	14 a 30	31 a 39	40 a 66	22	Bajo
Tolerancia a la Frustración	4 a 11	12 a 14	15 a 20	18	Alta
Irracionalidad Cognitiva	14 a 38	39 a 44	45 a 60	26	Bajo
Perfeccionismo	28 a 49	50 a 57	58 a 79	54	Medio
Gambrill – Ritchie	18 a 44	45 a 54	55 a 86	31	Bajo
Repertorio Conductual	14 a 45	46 a 52	53 a 70	62	Alto
Vulnerabilidad Biológica	0 a 9	10 a 15	16 a 46	5	Bajo

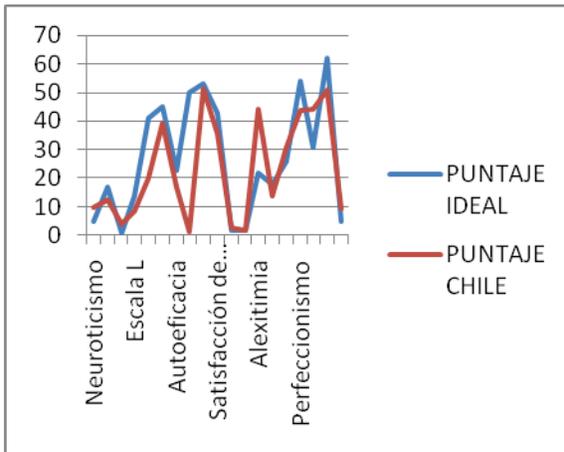
A continuación se presenta un cuadro y un grafico que representan los puntajes obtenidos por la muestra chilena de las variables medidas por el FECI, comparadas con las variables del perfil del terapeuta ideal de acuerdo a la homogenización de los datos cualitativos obtenidos en la revisión bibliográfica de la presente investigación.

### PUNTAJES FECI CHILE

ESCALA	Bajo	Medio	Alto	Puntaje	Rango
Neuroticismo	0 a 10	11 a 15	16 a 22	9.78	Bajo
Extroversión	0 a 9	10 a 13	14 a 20	12.60	Medio
Psicoticismo	0 a 2	3 a 4	5 a 18	4.35	Medio
Escala L	0 a 7	8 a 10	11a 20	8.78	Medio
Autoimagen	11 a 31	32 a 36	37 a 45	20.35	Bajo
Autoestima	13 a 32	33 a 39	40 a 50	39.20	Medio-Alto
Autoeficacia	5 a 17	18 a 20	21 a 25	17.25	Bajo
Asertividad	-72 a -1	0 a 20	21 a 79	1.47	Medio
Satisfacción de Pareja	12 a 36	37 a 45	46 a 60	51.33	Alto
Satisfacción de Necesidades	1 a 29	30 a 35	36 a 50	35.90	Medio-Alto
Ansiedad	0 a 4	5 a 7	8 a 21	2.79	Bajo
Depresión	0 a 4	5 a 9	10 a 21	2.12	Bajo
Alexitimia	14 a 30	31 a 39	40 a 66	44.18	Alto
Tolerancia a la Frustración	4 a 11	12 a 14	15 a 20	14.03	Medio
Irracionalidad Cognitiva	14 a 38	39 a 44	45 a 60	30.78	Bajo
Perfeccionismo	28 a 49	50 a 57	58 a 79	43.80	Bajo
Gambrill – Ritchie	18 a 44	45 a 54	55 a 86	44.05	Bajo
Repertorio Conductual	14 a 45	46 a 52	53 a 70	50.86	Medio
Vulnerabilidad Biológica	0 a 9	10 a 15	16 a 46	9.54	Medio- Bajo



### PUNTAJE IDEAL VS PUNTAJE CHILE



### Chile

Características Positivas	Características Negativas	Características Neutras
Neuroticismo	Autoimagen	Escala L
Autoestima	Alexitimia	Extroversión
Satisfacción de Pareja	Perfeccionismo	Psicoticismo
Satisfacción de necesidades		Asertividad
Depresión		Tolerancia a la frustración
Ansiedad		Repertorio conductual
Irracionalidad cognitiva		Autoeficacia
Disconfort Emocional		
Vulnerabilidad Biológica		

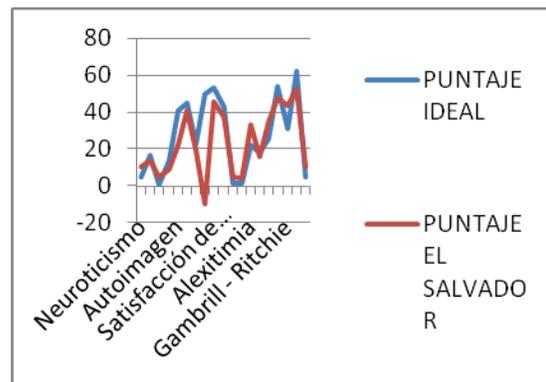
A continuación se presenta un cuadro y un grafico que representan los puntajes obtenidos por la muestra salvadoreña de las variables medidas por el FECI, comparadas con las variables del perfil del terapeuta ideal

de acuerdo a la homogenización de los datos cualitativos obtenidos en la revisión bibliográfica de la presente investigación.

### PUNTAJES FECI EL SALVADOR

ESCALA	Bajo	Medio	Alto	Puntaje	Rango
Neuroticismo	0 a 10	11 a 15	16 a 22	10.08	Bajo
Extroversión	0 a 9	10 a 13	14 a 20	13.84	Medio-Alto
Psicoticismo	0 a 2	3 a 4	5 a 18	4.61	Medio
Escala L	0 a 7	8 a 10	11 a 20	8.89	Medio
Autoimagen	11 a 31	32 a 36	37 a 45	21.92	Bajo
Autoestima	13 a 32	33 a 39	40 a 50	40.66	Alto
Autoeficacia	5 a 17	18 a 20	21 a 25	19.13	Medio
Asertividad	-72 a -1	0 a 20	21 a 79	-9.95	Bajo
Satisfacción de Pareja	12 a 36	37 a 45	46 a 60	45.82	Medio-Alto
Satisfacción de Necesidades	1 a 29	30 a 35	36 a 50	37.51	Alto
Ansiedad	0 a 4	5 a 7	8 a 21	4.62	Medio- Bajo
Depresión	0 a 4	5 a 9	10 a 21	4.20	Bajo
Alexitimia	14 a 30	31 a 39	40 a 66	32.89	Medio
Tolerancia a la Frustración	4 a 11	12 a 14	15 a 20	16.03	Alto
Irracionalidad Cognitiva	14 a 38	39 a 44	45 a 60	34.58	Bajo
Perfeccionismo	28 a 49	50 a 57	58 a 79	47.89	Bajo
Gambrill - Ritchie	18 a 44	45 a 54	55 a 86	45.32	Medio
Repertorio Conductual	14 a 45	46 a 52	53 a 70	52.59	Medio-Alto
Vulnerabilidad Biológica	0 a 9	10 a 15	16 a 46	10.16	Medio-Bajo

### PUNTAJE IDEAL VS PUNTAJE SALVADOREÑO

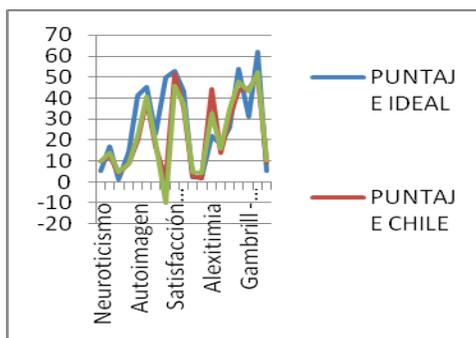


El Salvador

Características Positivas	Características Negativas	Características Neutras
Neuroticismo	Autoimagen	Psicoticismo
Extraversión	Asertividad	Escala L
Autoestima	Perfeccionismo	Autoeficacia
Satisfacción de Pareja		Alexitimia
Satisfacción de necesidades		Disconfort social
Depresión		
Ansiedad		
Tolerancia a la frustración		
Irracionalidad cognitiva		
Repertorio conductual		
Vulnerabilidad Biológica		

A continuación se presenta un cuadro un gráfico que representan los puntajes obtenidos por la muestra chilena y salvadoreña de las variables medidas por el FECI, comparadas con las variables del perfil del terapeuta ideal de acuerdo a la homogenización de los datos cualitativos obtenidos en la revisión bibliográfica de la presente investigación.

PUNTAJE IDEAL VS PUNTAJE CHILE Y EL SALVADOR



Diferencias Significativas entre Chile y El Salvador

- Depresión:

Respecto a la variable de depresión, como ha sido descrito anteriormente, ambas muestras se ubican en un nivel bajo, sin embargo se presenta una diferencia significativa entre las muestras, ubicando a la muestra salvadoreña con una mayor tendencia a la depresión en comparación a la muestra chilena. Desde el EIS ésta diferencia podría explicarse por un mayor compromiso del paradigma ambiental y sistémico, desde los aspectos *nomotéticos* y por otro lado por un mayor compromiso de los paradigmas cognitivo, afectivo y biológico desde los aspectos *ideográficos* dadas las características de vulnerabilidad social y socio-política en El Salvador.

Chile	El Salvador	Rango
2.12	4.20	Bajo

- Ansiedad:

Respecto a la variable de Ansiedad, como ha sido descrito anteriormente, ambas muestras se ubican en un nivel bajo, sin embargo se presenta una diferencia significativa entre las muestras, ubicando a la muestra salvadoreña con una mayor tendencia ansiógena en comparación a la muestra chilena. Desde el EIS ésta diferencia

podría explicarse por un mayor compromiso del paradigma ambiental y sistémico desde los aspectos *nomotéticos* y por otro lado por un mayor compromiso de los paradigmas cognitivo, afectivo y biológico principalmente, desde los aspectos *ideográficos* dadas las características de vulnerabilidad social en El Salvador, como por ejemplo altos niveles, de inseguridad, delincuencia, violencia social, etc.

Chile	El Salvador	Rango
2.79	4.62	Bajo

- Irracionalidad cognitiva:

En la medición de Irracionalidad cognitiva, ambas muestras se ubican dentro de un rango bajo, sin embargo se presenta una diferencia significativa entre ambas muestras ubicando a la muestra salvadoreña con una mayor tendencia hacia la irracionalidad cognitiva. Este resultado podría explicarse desde el EIS por un compromiso en el paradigma cognitivo, debido a una deficiencia en el sistema de creencias y significados que conduce a una mayor tendencia a una interpretación irracional de la realidad. Dada la realidad social y política del país que puede ser sintetizada, desde una idiosincrasia con mayor tendencia a la

irracionalidad, da lugar a influencias directas sobre factores nomotéticos e ideográficos en los casos estudiados.

Chile	El Salvador	Rango
30.78	34.58	Bajo

- Autoeficacia:

Respecto a la medida de autoeficacia ambas muestras se ubican en un rango medio, sin embargo se presenta una diferencia significativa entre ellas, siendo la muestra salvadoreña más auto-eficaz, lo que se traduce como, la impresión de ser capaz para desempeñarse de una cierta forma y de poder alcanzar ciertas metas y tener la creencia de contar con las habilidades para ejecutar los cursos de acción requeridos para manejar situaciones previstas (Bandura, 1977). Este dato puede ser interpretado desde el concepto de “resiliencia”, entendido como la capacidad que tienen las personas para sobreponerse a períodos de dolor emocional o traumas; y sobreponerse a contratiempos o incluso resultar fortalecido por éstos; considerando la realidad social y política de El Salvador. También es importante considerar cierta alteración en la auto-percepción de la autoeficacia, considerando el

comportamiento de esta misma muestra en la variable de Irracionalidad cognitiva.

Chile	El Salvador	Rango
17.25	19.13	Medio

- Alexitimia:

Respecto a la medida de alexitimia, se presentan diferencias significativas entre ambas muestras, ubicándolas en rangos diferentes; Chile en un rango alto y El Salvador en un rango medio. Desde el EIS, esta diferencia puede explicarse por un compromiso en los paradigmas ambiental y sistémico desde lo *nomotético* y su influencia en los paradigmas biológico, cognitivo y afectivo desde lo *ideográfico*, en base a las diferencias dadas por los factores culturales y de ubicación geográfica entre ambos países.

Chile	El Salvador	Rango Chile	Rango El Salv.
44.18	32.89	Alto	Medio

- Tolerancia a la frustración:

De acuerdo a la medida en Tolerancia a la frustración, existe una diferencia significativa entre ambas muestras, ubicando a la muestra chilena en un rango medio y a la

muestra salvadoreña en un rango alto. Esta diferencia significativa; desde el EIS se puede explicar por un compromiso de relación multidireccional entre factores *idiosincráticos, ideográficos y nomotéticos*.

De acuerdo a las diferencias culturales, políticas y ambientales que influyen en el aparataje *nomotético* de la dinámica psicológica de la muestra salvadoreña, se conduce hacia el desarrollo de estrategias de “aguante” desde lo cognitivo y afectivo a nivel *ideográfico* principalmente, explicando así esta diferencia significativa.

Chile	El Salvador	Rango Chile	Rango El Salv.
14.03	16.03	Medio	Alto

- Asertividad:

Respecto a la medida de asertividad, se presentan diferencias significativas entre ambas muestras, ubicando a la muestra chilena en un rango medio y a la salvadoreña en un rango bajo. Desde el EIS, esta diferencia significativa se explicaría por factores *nomotéticos e ideográficos* más favorables para la construcción y elaboración de un aparataje psicológico adecuado en la muestra chilena; en donde la persona no agrede ni se somete a la voluntad de otras

personas, sino que manifiesta sus convicciones y defiende sus derechos, en una forma de expresión consciente, congruente, clara, directa y equilibrada; dadas ciertas características socio-políticas, que resultan propicias en la sociedad chilena para este efecto.

Chile	El Salvador	Rango Chile	Rango El Salv.
1.47	-9.95	Medio	Bajo

### **CONCLUSIONES**

Estudiar a la persona del terapeuta desde su formación, ayuda a esclarecer las líneas de investigación importantes en la “especificación” de los factores comunes o variables inespecíficas. En esta investigación se presenta al EIS como una alternativa para obtener el perfil psicológico de psicólogos en formación, su tendencia psicopatológica; y la comparación de este perfil con el perfil del terapeuta ideal.

En conclusión, sin dejar de lado las evidentes limitaciones en esta investigación (tamaño de la muestra, ausencia de una metodología cualitativa para la sistematización de las características del terapeuta ideal, entre otras) se considera que, realizar este tipo de estudios, son de suma importancia en el campo de las variables inespecíficas o

factores comunes, que intervienen en el proceso de terapia.

Es sabido que el terapeuta ocupa una función trascendental dentro del proceso de terapia, y por esto su formación como tal, debe de ser estudiada en función de sistematizar los factores que influyen de forma positiva en la formación, para separarlos de los que no.

A través de la información recogida en esta investigación, destacan una serie de factores necesarios en la persona del terapeuta, para que éste alcance el éxito terapéutico. Estos factores, pueden ser agrupados en dos grandes grupos, el primer grupo perteneciente a factores de orden más académico (conocimiento teórico-científico) y el segundo grupo, perteneciente a las características de orden más “humano” o personal. Sin embargo cuando tratamos de estudiar este segundo grupo, entramos en un problema metodológico, que no es menor. Como hemos visto en la presente investigación, estas características de carácter más humano, que en el fondo se asocian con las variables inespecíficas, dan cuenta de cualidades y atributos relacionados con la estabilidad psicológica y emocional que se exige a la persona del terapeuta. Que la persona del terapeuta alcance cierto grado de estabilidad psicológica y emocional, que le permita un

adecuado ejercicio de su profesión, no es una tarea fácil desde el proceso de formación en psicología. Un repertorio conductual amplio y variado, la capacidad de reír, un sentido amplio y solido de introspección y extrospeccion, entre muchas otras características asociadas a las variables inespecíficas, necesarias en la persona del terapeuta, no se deben de forma exclusiva al proceso de formación. Sin embargo, contar con una alternativa que obligue, desde la formación, a una auto-revisión, que a su vez está inmersa en una metodología establecida, como es el caso del EIS, pareciera muy prometedora; no sólo, en función del desarrollo de la calidad humana necesaria en la persona del terapeuta, sino también, que éste desarrollo es alcanzado dentro de un marco teórico validado por evidencia científica.

De esta forma el EIS siendo solido en lo teórico, pero flexible en lo práctico, permite un campo de intervención que va más allá de una formación teórica, en beneficio del paciente y llega a irradiar su enriquecimiento también al terapeuta formado bajo este enfoque, cumpliendo así una labor dialéctica en términos de la de su formación y aproximándose cada vez más a la especificación de los factores comunes o variables inespecíficas, sin tomar rutas

epistemológicas fuera del paradigma científico.

La investigación ha demostrado que lo fundamental para alcanzar el éxito en el proceso de terapia radica en la relación terapéutica. El desarrollo de una adecuada relación terapéutica, requiere de un buen paciente, pero más aun de un buen terapeuta. Un buen terapeuta es aquel que cumple con las características necesarias dadas por el perfil del terapeuta ideal. Difícilmente un terapeuta puede convertirse en un terapeuta ideal, si éste no cuenta con un awereness amplio.

Como ha sido mencionado con anterioridad, el EIS cumple con una función dialéctica en la formación de psicoterapeutas, por su carácter teórico científico y su obligatoriedad en el propio ensanchamiento de awereness por parte del terapeuta en formación.

Se hace énfasis en la importancia de contar con alternativas, que sin abandonar el método científico y encontrar aval en su evidencia, permiten labrar un camino en la exploración de las variables inespecíficas, hacia un entendimiento unificado, que pueda ser compartido en beneficio de la ciencia del estudio del comportamiento humano.

Las variables inespecíficas en torno al paciente y al terapeuta son inespecíficas porque depende de la configuración

particular e individual, de cada uno respectivamente. Las personas estamos supuestas a ser diferentes; y en esas diferencias pueden encontrarse grandes potenciales, que no han sido descubiertos o están mal administrados o mal dirigidos y necesitan redescubriese y/o reorientarse. Solo así, es posible reconocer nuestra "individualidad" como una virtud única, que será respetada y entendida por los demás, haciendo a su vez que nuevos atributos florezcan. Para el terapeuta, el desarrollo constante de estos potenciales, es esencial, ya que en la medida que la persona del terapeuta tenga un mayor awareness, no solo respecto a su mundo psicológico, sino también, a su mundo social y cultural, mejor será su desempeño. Se trata de potenciar esas características del buen terapeuta y controlar las características que actúan como motivadores disfuncionales desde la formación; para así disminuir los costos emocionales, psicológicos, económicos, de tiempo; que son implícitos en la formación del terapeuta. Todo esto, en función de un ejercicio profesional sano y de deleite para el terapeuta, como también efectivo y eficaz para el paciente.

En definitiva, el Enfoque Integrativo Supraparadigmático, se muestra como evidencia de su ventaja comparativa hacia la predicción y el cambio, no solo con los

pacientes, sino para este caso en particular, también con la formación de futuros psicoterapeutas. La psicoterapia como tal, ha sido un tema de mucha relevancia e investigación en diferentes ámbitos, sin embargo hasta la fecha, muy poco se ha aplicado en términos de la formación de psicoterapeutas. La mayoría de los programas de estudio de la carrera de psicología hacen énfasis en el diagnóstico y tratamiento a los problemas relacionados con la salud mental, pero existe una tendencia con menor fuerza de atender al componente emocional, en la comprensión de los fenómenos psicopatológicos del terapeuta en formación, como se ha tratado de presentar anteriormente esto posiblemente se deba a la dificultad que existe por especificar "variables inespecíficas"

Al declararnos seres racionales vivimos una cultura que desvaloriza las emociones, y no vemos el entrelazamiento cotidiano entre razón y emoción que constituye nuestro vivir humano, y no nos damos cuenta de que todo sistema racional tiene un fundamento emocional. Todo sistema racional se constituye en el operar con premisas aceptadas a priori desde cierta emoción. No se trata de evaluar la aptitud y actitud de quienes optan a convertirse en psicoterapeutas, sino más bien se trata de

considerar dentro de su proceso de formación aspectos que han sido dejados de lado a causa de la dificultad del paradigma científico actual para incluir éstos, de manera estandarizada y eficiente en los programas de estudio.

Desde el EIS, los factores potenciadores distales en la relación supervisor-supervisado, (como fueron expuestos anteriormente) cumplen con una función de punto de encuentro, entre las características de orden más subjetivo o inespecífico, con las características de orden más objetivo; dada la identificación, la re-dirección y la re-administración de las características subjetivas positivas en las personas que aspiran a convertirse en terapeutas, a través de la objetividad del EIS como marco referencial avalado científicamente. Es de esta manera que es posible hacer una aproximación cada vez más completa, desde las “variables inespecíficas” hacia variables más específicas y objetivas.

Es considerable lo alcanzado en psicología clínica en la actualidad respecto a la investigación y el ejercicio profesional. Sin embargo, aun queda un largo camino por recorrer en función de afinar procesos y mecanizar fenómenos, con la intención de realizar intervenciones cada vez más adecuadas a los pacientes.

La labor del psicólogo clínico, es altamente demandante, y justamente a eso apuntó el por qué de esta investigación, pretendiendo así brindar luces desde el EIS, que faciliten la dirección hacia, no solo la descripción, sino la materialización del terapeuta “ideal”.

## Referencias

**APA. (1 de Diciembre de 1992).** *American Psychological Association*. Obtenido de Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct: <http://www.apa.org/ethics/code>

**APA. (2012).** *American Psychological Association*. Obtenido de Therapy: <http://www.apa.org/topics/therapy>

**APA, A. P. (1 de Junio de 2002).** *American Psychological Association*. Obtenido de <http://www.apa.org/ethics/code/index.aspx?itm=3>

**Aponte, H., & Winter, J. (2000).** The person and practice of the therapist: treatment and training. *The use of self in therapy*, 127-165.

**Bagladi L, V. (1997).** Los psicoterapeutas y su formación: una responsabilidad social, profesional y personal. *Revista terapeutica psicologica ano XIV Vol. 6 N 26*, 49-62.

**Bagladi L, V. (2002).** Psychotherapy in Latin America. Chile. En A. Pritz, *Globalized Psychotherapy* (págs. 421-433). Vienna : Facultas Verlags- und Buchhandels AG.

**Bagladi L, V. (2003).** Variables inespecificas en psicoterapia y psicoterapia integrativa. *Tesis de Doctorado Universidad de San Luis*. San Luis, Argentina.

**Bagladi L, V. (2004).** Psicoterapia integrativa en trastornos de personalidad. En H. Fernandez Alvarez, & O. Roberto, *La integracion en*

*psicoterapia manual practico* . Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica.

**Bagladi L, V. (2009).** Una aproximación clínica al bienestar humano. *ACPI Actualizaciones en psicoterapia integrativa Vol. I*, 20-58.

**Bagladi L, V. (2012).** Psicoterapia Integrativa en trastornos de personalidad . *Magíster Psicología clínica* (pág. 2do semestre ). Santiago : Universidad Adolfo Ibañez .

**Bagladi, V., & Opazo, R. (2006).** La Etiopagenia de los trastornos de personalidad desde la psicoterapia integrativa. *Aporte de la psicología clinica: psicoterapia integrativa Vol. II*, 41-75.

**Bagladi, V., & Opazo, R. (2010).** *Psicoterapia integrativa es...* Santiago, Chile: Ediciones ICPSI.

**Bandura, A. (1977).** *La auto-eficacia: hacia una teoría unificada del cambio conductual*.

**Bejer T, T. (2010).** Ficha de Evaluación Clínica Integral (FECI): características, validez y confiabilidad de las Escalas Clínicas. *ACPI Actualizaciones en Psicoterapia Integrativa vol. II*, 38-52.

**BM. (2012).** *Banco Mundial*. Obtenido de Bnaco Mundial : <http://datos.bancomundial.org/pais/chile>

**Boeree, G. (1998).** *Teorías de la personalidad: Hans Eysenck*. Obtenido de Teorías de la personalidad: <http://www.psicologia-online.com/ebooks/personalidad/eysenck.htm>

**Bonet, J. V. (1997).** *Sé amigo de ti mismo: manual de autoestima* . Cantabria, España: Ed. Sal- Terrae. Miliaño.

**CDA. (2000-2005).** *Ministerios de Educación: Comisión de Acreditación*. Obtenido de Comisión de Acreditación : [http://www.mined.gob.sv/cda/miembros\\_de\\_la\\_comision.htm](http://www.mined.gob.sv/cda/miembros_de_la_comision.htm)

**Chocron, B., Vilalta, F., Legazpi, R., & al, e. (1995).** Prevalence of psychopathology at a

primary care center. *Atencion Primaria* 16, 586-590.

**CNAP. (7 de marzo de 2007).** *Comisión Nacional de Acreditación de Psicología*. Obtenido de Comisión Nacional de Acreditación: <http://www.cnachile.cl/>

**Consoli, A. J., & PMachado, P. P. (2004).** Los psicoteapeutas, ¿nacen o se hacen? las habilidades naturales y adquiridas de los psicoterapeutas: implicaciones para la selección, capacitación y desarrollo personal. En H. Fernandez Alvarez, & R. Opazo, *La integración en psicoterapia. Manual Práctico* (págs. 385-440). Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica, S.A.

**Corsi, J., & María, M. (2005).** *Psicoterapia integrativa multidimensional*. Buenos Aires: Ediciones Paidós.

**Corsini, R. J., Wedding, D., & Dumont, F. (2008).** *Current Psychoterapies*. Belmont CA: Thomson Higher Education.

**Diaz O, N., & Hevia M, B. (2009).** Taller de desarrollo personal y autocuidado para el futuro ejercicio clínico, desde el modelo integrativo supraparadigmatico. *AcPi Actualizaciones en psicoterapia integrativa Vol. I*, 89-100.

**Erskine, R. G., & Moursund, J. P. (2011).** *Integrative Psychoterapy in Action*. Londres: Karnac Books Ltd.

**Eysenck, H. (1947).** *Dimensión y personalidad* .

**Feixas, G., & Miró, M. T. (1993).** *Aproximaciones a la psicoterapia*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica, S.A.

**Fensterheim, H., & Baer, J. (2003).** *No diga sí cuando quiera decir no*. México : Ediciones Grijalbo.

**Fernandez Alvarez, H. (1992).** *Fundamentos de un modelo integrativo en psicoterapia*. Buenos Aires: Ediciones Paidós.

**Fernandez Alvarez, H., & Opazo Castro, R. (2004).** *La integración en psicoterapia. Manual práctico.* Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica, S.A.

**Fernández-Hermida, J. R., & Perez-Alvaréz, M. (2001).** Separando el grano de la paja en los tratamientos psicológicos. *Psicothema Vol.13*, 337-344.

**Fuentealba, R., Cumsille, F., Araneda, J., & al, e. (2000).** Consumption of licit and illicit drugs in Chile. *Pan American Journal of Public Health*, 79-87.

**Fullerton, C., Florenzano, R., Acuna, J., & al, e. (2000).** Comorbidity of chronic diseases and psychiatric disorders among patients attending public primary. *Revista Medica de Chile* 128, 729-734.

**Ginebra, D. d. (2008).** *Framing Contexts and Responses to Armed Violence: Perspectives from Latin America and the Caribbean.* Paris: OECD-DAC Network on Conflict, Peace, and Development Co-operation (CPDC).

**Guy, J. (1987).** The personal life of the psychotherapist. *Psychology: Research and practice* 31, 652-660.

**Hill, E., Berthoz, S., & Frith, U. (2004).** Brief report: cognitive processing of own emotions in individuals with autistic spectrum disorder and in their relatives. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 34, 229-235.

**ICPSI, I. C. (s.f.).** FECL. *Ficha de Evaluación Clínica Integral.* Santiago, Chile: Ediciones ICPSI.

**Kuzmanic Vidal, V. X. (2005).** *Supervisión integrativa: un análisis cualitativo.* Santiago: Tesis para optar al grado de magister.

**Martinez Rossi, S. (2011).** *La piel como superficie simbólica.* Mexico D.F.: Editorial Tezontle.

**Maslow, A. (1943).** A theory of a human motivation. *Psychological Review* 50, 370-396.

**Maturana, H. (2001).** *Emociones y lenguaje en educación y política.* Santiago: Dolmen Ediciones.

**Miller, L. (1993).** Who are the best psychotherapist? Qualities of the effective practitioner. *Psychotherapy in private practice* 12, 1-18.

**Nitsche Royo, M. P. (2010).** *Psicoterapia integrativa en parejas desde el Enfoque Integrativo Supraparadigmático. Tesis para optar al Grado Académico de Magister en Psicología Clínica.* Santiago, Chile.

**Norcross, J. C. (1986).** *Handbook of Eclectic Psychotherapy.* Nueva York: BRUNNERMAZEL, Publications.

**Norcross, J. C. (1987).** *Casebook of Eclectic Psychotherapy.* Nueva York: BRUNNERMAZEL, Publications.

**Norcross, J. B. (2000).** A prescriptive eclectic approach to psychotherapy training. *Journal of psychotherapy integration* 10, 247-261.

**Norcross, J. (2001).** Purposes, processes, and product of the task force on empirically supported therapy relationships. *Psychotherapy: theory, research, practice, training* 51, 345-356.

**Norcross, J., Hanych, J., & Terranova, R. (1996).** Graduate study in psychology. *American psychologist* 51, 631-643.

**OMS. (2012).** *Organización Mundial de la Salud.* Obtenido de Salud Mental: [http://www.who.int/topics/mental\\_health/es/](http://www.who.int/topics/mental_health/es/)

**OMS. (2012).** *Organización Mundial de la Salud.* Obtenido de Organización Mundial de la Salud: [http://www.who.int/mental\\_health/mhgap/es/index.html](http://www.who.int/mental_health/mhgap/es/index.html)

**Opazo Castro, R. (1992).** *Integración en psicoterapia.* Santiago: Ediciones Cecidep.

**Opazo Castro, R. (1997).** In The Hurricane's Eye: A Supraparadigmatic Integrative Model. *Journal of Psychotherapy Integration* Vol. 7 N. 1, 17-54.

**Opazo Castro, R. (2001).** *Psicoterapia integrativa. Delimitación Clínica*. Santiago: Ediciones ICPSI.

**Opazo Castro, R. (2012).** *Cuando vivir... NO BASTA*. Santiago: Ediciones ICPSI.

**Orellana, O., Garcia, L., Sarria, C., Morocho, J., Herrera, E., Salazar, M., . . . Arce, F. (2007).** Perfil profesional de competencias del psicólogo sanmarquino. *Revista IIPSI Vol. 10*, 111-136.

**Prochaska, J. O., & Norcross, J. C. (2009).** *Systems of Psychotherapy: A Transtheoretical Analysis*. Belmont CA: Cengage learning INC.

**RAE. (2012).** *Real academia española*. Obtenido de Real academia española: <http://www.rae.es/rae.html>

**Rial, V., Castañeira, C., Garcia, F., Gomez, B., Fernandez-Alvarez, & Hector. (2006).** Estilo personal de terapeutas que trabajan con pacientes severamente perturbados: un estudio cuantitativo y cualitativo. *Revista Asociacion Especializada en Neuropsiquiatria*, 192-207.

**Romero-Moreno, A. F. (2008).** Factores atribucionales de la efectividad psicoterapeutica. *Anales de psicologia vol. 24*, 88-99.

**Saltzman, N., & Norcross, J. C. (1990).** *Therapy Wars: Contention and Convergence in Differing Clinical Approaches*. Nueva York : Jossey-Bass, Publications.

**Stricker, G. (2010).** *Psychotherapy Integration*. Washington: American Psychological Association .

**Tuning, P. (2011-2013).** *Proyecto Tuning* . Obtenido de Proyecto Tuning: Innovación educativa y social: <http://www.tuningal.org/>  
Vicente, B., Rioseco, P., Saldivia, S., & al, e. (2002). Chilean study of the prevalence of psychiatric disorders . *Revista medica de Chile*, 527-536.

**Walton, J., Nuttall, R., & Nuttall, E. (1997).** The impact of war on the mental health of children: a Salvadoran study . *Child Abuse & Neglect* 21, 737-749.

**Wampold, B. (Octubre de 2011).** *American Psychological Association*. Obtenido de Psychotherapy is effective and here's why: <http://www.apa.org/monitor/2011/10/psychotherapy.aspx>

**WHO. (2005).** *Mental Health Atlas*. Ginebra: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data.

# ***Reflexiones Integrativas***

## PARADIGMA BIOLÓGICO Y PSICOLOGÍA UNA MIRADA CRÍTICA DESDE EL ENFOQUE INTEGRATIVO SUPRAPARADIGMÁTICO

Ps. Elizabeth López Arena<sup>6</sup>

### Abstract

This paper brings a description of the biological paradigm, its underlying assumptions, and how it develops and explains human behavior. Thus, taking into account how the brain and nervous system work, and how genetic influences and chemical processes participate.

Then, the paper discusses the implications of the biological variables in terms of using these variables, especially in abnormal psychology. I will turn into the strengths and weaknesses of the paradigm, to finally develop a critical analysis from the EIS.

**Keywords** *Biological paradigm - Supraparadigmatic Integrative Model - Abnormal Psychology*

### Resumen

El presente trabajo pretende hacer en primera instancia una descripción del paradigma biológico, de sus supuestos básicos y de cómo este concibe y explica el comportamiento humano; desde el funcionamiento del cerebro y del sistema nervioso, las influencias genéticas y de procesos químicos.

En segundo lugar se discuten las implicancias de lo anterior en términos de las áreas de aplicación, especialmente en la psicología anormal.

Luego se plantean fortalezas y debilidades del paradigma para finalmente hacer un análisis crítico desde el EIS.

**Palabras claves** *Paradigma Biológico - Modelo Integrativo Supraparadigmático – Psicología Anormal*

---

<sup>6</sup> elopez@recontista.cl

## INTRODUCCIÓN

El paradigma biológico suele aparecer aún en la literatura como contraparte de la psicología, en su afán de ser visto como una ciencia y ser estudiada de manera científica por lo general en un laboratorio lo que le otorga sin duda fortalezas, pero también debilidades que serán mencionadas en el presente trabajo.

Básicamente el comportamiento según este enfoque puede explicarse en gran medida en términos de la biología. La psicología anormal, por lo tanto, se debe a que existen anormalidades biológicas subyacentes.

El tratamiento por entonces deberá centrarse en corregir tales anormalidades orgánicas.

El modelo médico de los trastornos psicopatológicos se fundamenta en una serie de conceptos centrales que si bien permiten configurar los componentes básicos de su estructura tienen implicancias negativas para el paciente al dejarlo como un sujeto pasivo "a merced" de su patología y de lo que el médico y los fármacos hacen por él.

Si bien una fortaleza de este paradigma radica su aplicación en el área de la psicología anormal, es un enfoque que poco tiene que aportar cuando hay ausencia de

patología, como por ejemplo en conceptos como desarrollo personal.

Es innegable el aporte que el conocimiento de la biología del paciente tiene para la psicoterapia, sin embargo hoy los biologicistas reconocen que es necesario pero no suficiente en temas tan contingentes como violencia, agresividad y criminalidad se habla de sustrato biológico pero se reconoce que la influencia de lo ambiental tiene un efecto decisivo.

## SUPUESTOS BÁSICOS DEL PARADIGMA BIOLÓGICO.

Un paradigma es un conjunto de reglas que "rigen" una determinada disciplina. Están "reglas" se asumen normalmente como "verdades incuestionables", porque son "tan evidentes" que se tornan transparentes para los que están inmersos en ellas. Estos supuestos generales dan forma a la metodología usada en investigación, a la concepción de naturaleza de la teoría que va a ser usada y a los tipos de problemas dignos de estudio.

Los supuestos básicos del paradigma biológico son los siguientes;

- El comportamiento puede explicarse en gran medida en términos de la biología,

es causado por la actividad del sistema nervioso. Lo que la gente piensa, siente y dice se origina en los eventos electroquímicos que ocurren dentro y entre las neuronas que componen el SN.

- Debido a que el desarrollo del cerebro está determinado (al menos en parte) por los genes que una persona hereda, ese comportamiento entonces puede estar influenciado por factores genéticos. Puesto que los genes son resultado de la evolución, las características conductuales y psicológicas pueden tener explicaciones evolutivas.
- La mayoría del comportamiento tiene un propósito adaptativo / evolutivo.
- La psicología debe ser vista como una ciencia, para ser estudiada de manera científica y para ello se vale principalmente de:

Experimentos de laboratorio

Correlación

Investigación con gemelos

Investigación con animales

Basado en estos supuestos el paradigma biológico explica de la siguiente forma el comportamiento humano; “El reconocimiento del papel de la biología en el comportamiento humano ha sido determinante en el desarrollo de la

psicología como ciencia. De hecho, «los procesos biológicos son el núcleo de nuestras propias experiencias, así como también son el núcleo de la psicología: integran los fundamentos de cada pensamiento, sentimiento y acción que realizamos y están implicados en cada efecto experimental del que se informa en las publicaciones psicológicas” (Corr, 2008, p.684)

Se explica el comportamiento humano relacionándolo con el funcionamiento del cerebro y del SN. El cerebro se puede subdividir en diferentes áreas y estructuras y las explicaciones biopsicosociales frecuentemente se centran en determinar cuáles áreas del cerebro son responsables del comportamiento y de cómo se conectan con otras funciones y áreas del cerebro. Por ejemplo se postula que el lenguaje en los seres humanos se rige por dos áreas de la corteza cerebral, el área de Broca, que controla la producción del habla; y el área de Wernicke, que controla la comprensión. Estos centros del habla se conectan a una variedad de otras áreas del cerebro incluyendo las que participan en el pensamiento y en la memoria auditiva de trabajo.

En este enfoque hay un grupo de biopsicólogos que se centra en el papel de

las influencias genéticas en determinados tipos de comportamiento, como por ejemplo la esquizofrenia.

También se afirma desde este enfoque que los procesos químicos en el cerebro pueden influir en el comportamiento.

### **PARADIGMA BIOLÓGICO Y COMPORTEMIENTO ANORMAL**

De lo anterior se desprende un último supuesto básico que abordaré con más detalle;

- El comportamiento anormal se produce por el funcionamiento patológico de alguna parte del organismo. La causa primaria de la conducta anormal o anormalidad mental es la alteración (estructural o funcional) del cerebro. Las alteraciones psicopatológicas se producen entonces porque existen anormalidades biológicas subyacentes (genéticas, bioquímicas, neurológicas, etc.)

Concebido así el comportamiento anormal, el tratamiento deberá centrarse en corregir tales anormalidades orgánicas y para eso se vale del Modelo Médico.

### **MODELO MÉDICO DE LOS TRASTORNOS PSICOPATOLÓGICOS**

El modelo médico de los trastornos psicopatológicos, se fundamenta en una serie de conceptos centrales que contribuyen a configurar los componentes básicos de su estructura;

- Signo: Indicador objetivo de un proceso orgánico anómalo
- Síntoma: Indicador subjetivo de un proceso orgánico y / o funcional. Unidad mínima descriptible en psicopatología y se puede clasificar en:
  - Primarios: Orientan hacia un diagnóstico determinado
  - Secundarios: No cumplen los criterios etiológicos o descriptivos de la entidad nosológica en la que se han identificado.
- Síndrome: Conjunto de signos y síntomas que aparecen en forma de cuadro clínico. Agrupamiento o patrón recurrente de signos y síntomas.
- Enfermedad mental (entidad nosológica). Estructura totalizante en la que adquieren sentido los fenómenos particulares, y dota de recursos explicativos al médico para comprender desde los factores etiológicos del trastorno hasta la validez del pronóstico, aumentando la eficacia del tratamiento.

El modelo medico-biológico de psicopatología, predominante en el ámbito de la psiquiatría, se centra en las condiciones biológicas, fisiológicas y genéticas como fuentes de comportamiento anormal.

Según este modelo la psicopatología puede ser producto de:

- Aspecto biológico: de una lesión cerebral, del ataque de alguna bacteria o ataques virales en las células cerebrales.
- Desde la visión fisiológica se centra en problemas hormonales o reacciones químicas del cuerpo a intoxicaciones
- Por último en el ámbito genético se centra en malformaciones genéticas

Bajo este concepto se cree que los problemas psicológicos son comparables con los problemas físicos, esto implica creer que el problema en cuestión tiene causas biológicas, síntomas y tratamiento. Varios de los términos usados en la psicología y psiquiatría tales como paciente, caso, síntoma y hasta el amplio término de enfermedad mental han sido adquiridos de estos modelos.

## **FORTALEZAS Y DEBILIDADES DEL PARADIGMA BIOLÓGICO**

La mayor ventaja del enfoque biológico está referida principalmente a los métodos a favor de investigación objetiva y cuantitativa, que ha generado una gran cantidad de conocimiento válido de gran valor como guía tanto para el diagnóstico como para lineamientos psicoterapéuticos.

Sin embargo en este mismo sentido, a pesar de la rigurosidad, se critica por ejemplo los experimentos y la observación en animales.

Por otro lado se critica que se continua sobre simplificando la enorme complejidad de los sistemas físicos y su interacción con el medio ambiente.

El reduccionismo sigue siendo tema, por la implicancia que tiene mirar al individuo desde los supuestos básicos del paradigma, pero esto procede también para los otros enfoques.

En relación a la psicopatología, la desventaja del modelo médico predominante en este enfoque es que el “paciente” queda confinado a un rol pasivo, como mero espectador de lo que la condición biológica que lo determina, el médico y los fármacos pueden hacer por El.

## UN EJEMPLO DE INTERÉS ACTUAL

Hoy en día la criminalidad es tema recurrente de los noticiarios en casi todo el mundo, en nuestro país ha ocupado el interés de los ciudadanos, de actores políticos y de gente de todos los estratos sociales.

La criminología biológica aborda este tema de la siguiente manera;

Hikal (2009) afirma que la criminología biológica busca las bases fisiológicas del comportamiento anormal de los seres humanos que los predisponen a la antisocialidad. Investiga la causalidad física; es decir, entre el hecho somático y la criminalidad o el comportamiento violento.

A continuación haré mención a los factores endógenos de la criminalidad recopilados de diversos estudios por la Dra. Angie Vázquez mencionados por Hikal.

- Trastornos bioquímicos serotonina
- Condiciones congénitas: síndrome fetal alcohólico
- Efectos de golpes-traumas y alteraciones del lóbulo frontal
- Traumas cerebrales anteceden cambios de conducta predisponiendo hacia un incremento en violencia.
- Insumo de glucosa al cerebro
- Damasio (2006) afirma que la causa verdaderamente importante de la violencia es un reducido volumen de la materia gris en la zona pre frontal.
- Efectos nutricionales
- Trastornos hormonales
- Alteración en conducta por hiperactividad orgánica
- Daño cerebral
- Intoxicaciones y contaminación ambiental
- Condiciones y trastornos mentales

A pesar de que todos los factores mencionados anteriormente se basan en estudios que ayudan a entender mejor con evidencia clara y contundente las conductas criminales, al recorrer las respuestas biológicas a esta problemática, diversos autores coinciden en atribuirle gran importancia a las influencias externas, la experiencia, la familia, la situación económica, trabajo, grupos sociales, etc.

En rigor, tener conocimiento exhaustivo respecto de las bases fisiológicas que predisponen hacia la conducta criminal es un aporte, pero no es suficiente, un individuo es más que sus antecedentes y correlato biológico, no podemos reducirlo a eso. Comprenderlo también desde su historia, su entorno, su experiencia, tendrá un efecto decisivo a la hora de intervenir.

## **ENFOQUE SUPRAPARADIGMÁTICO INTEGRATIVO Y PARADIGMA BIOLÓGICO.**

A partir del ejemplo anterior podemos afirmar (como se reconoce también desde el mismo enfoque biológico) que para comprender la conducta de un individuo es preciso conocer, ENTRE OTRAS MUCHAS COSAS, las características biológicas del mismo, cómo y en qué medida dichas características se ven influidas por los genes y la historia evolutiva que ellos guardan, qué mecanismos modifican esa información genética a lo largo de la evolución y por último cuáles son las características del sistema neuroendocrino que permiten regular y establecer una relación activa con el medio ambiente.

Ese “entre otras muchas cosas” que a menudo se plantea como una lista de factores ambientales, sistémicos, etc. para reconocer que el individuo no puede ser reducido a su biología; esa lista imprecisa que en rigor relativiza el argumento fundado en lo biológico, es lo que el Enfoque Integrativo Supraparadigmático ha estudiado, investigado y sistematizado.

Lo que se ha insinuado, no sólo en el paradigma biológico, sino también en el afectivo, cognitivo, etc., esta suerte de reconocimiento de que la persona no puede reducirse a estructuras cognitivas, a procesos inconscientes o a procesos y estructuras neurofisiológicas, implica necesariamente hacer una definición exhaustiva de cuáles son las otras influencias que llevan al individuo a pensar, actuar o sentir de cierta manera. “Tal vez por ello en el último tiempo los enfoques “tradicionales” han venido gestando aperturas en la línea de la “integración asimilativa”; lo cual involucra intentar la integración sin renunciar al paradigma original al cual se adscribe: Esto puede ser visto también, como una especie de “canto del cisne”, una especie de último recurso para no morir.” (Opazo, 2006)

El criterio para sistematizar y acotar la imprecisa lista antes mencionada dice relación con generar conocimiento válido en términos de predicción y cambio.

“Nuestro supraparadigma Integrativo incorpora los aportes de aquellos paradigmas relevantes en términos de predicción y cambio. No se trata de favorecer un paradigma ni de perjudicar a otro. Se trata de acceder al conocimiento a través de paradigmas que permitan escanear, cubrir y

explorar los 360º de la dinámica psicológica.”  
(Opazo, 2009)

En este sentido el paradigma biológico está dentro del Supraparadigma porque está avalado por investigaciones que demuestran su aporte tanto etiológico como terapéutico.

Biología se define como el estudio de la vida (de la “vida” del griego bios y logo que significa “estudio”). Un punto de vista biológico es relevante para el estudio de la psicología en los siguientes tres aspectos;

- 1) Método Comparativo: las diferentes especies de animales pueden ser estudiados y comparados. Esto puede ayudar en la búsqueda de comprender el comportamiento humano.
- 2) Fisiología: Conocimiento del sistema nervioso, de cómo funciona el cerebro, cómo los cambios en la estructura y / o función pueden afectar el comportamiento a través de su interacción con el sistema nervioso.
- 3) Investigación de la herencia: lo que una animal hereda de sus padres, los mecanismos de la herencia (genética)

Tomando este último punto, el de la herencia, las investigaciones del paradigma biológico avalan la PREDISPOSICIÓN GENÉTICA, que dice que si un determinado

trastorno ocurre con una relativa frecuencia en una familia con relación a la población general, quizás es porque alguno de los miembros de esa familia ha heredado una predisposición genética a padecerlo.

“Ahora bien, la existencia de una disposición no significa necesariamente la obligatoriedad de la manifestación de la misma; y aún cuando se presente, el cómo ésta es enfrentada por el individuo, puede significar diferencias sustanciales.”(Bagladi, 2009, p. 153)

Una predisposición es una tendencia, por lo tanto no podemos quedarnos atrapados en este dato, no podemos olvidar las diferencias individuales que están dadas desde factores ambientales, afectivos, desde la experiencia, el entorno familiar, etc. Una vez más confirmamos lo determinista que podría llegar a ser quedarnos sólo con la mirada biológica.

Podríamos tener un acabado conocimiento de la biología del individuo, pero para poder predecir más certeramente si la herencia se va a manifestar, debemos tener conocimiento también de cómo funciona el sujeto desde los paradigmas cognitivo, sistémico, inconsciente, afectivo y conductual – ambiental.

Además, de cómo la persona integrará las influencias de los distintos paradigmas traduciendo los estímulos desde su propio e individual mundo de significados.

“En el Supraparadigma Integrativo se asume que el eje de la dinámica psicológica lo aporta el sistema SELF de la persona. Se asume que lo esencial es el significado que otorga el SELF a cada experiencia (estímulos efectivos), y se asume que predicción y cambio se enriquecerán en la medida que se conozca cómo operan los diferentes integrantes del Supraparadigma Integrativo en cada paciente en particular.”(Opazo, 2009)

El sistema self organiza, modifica e interpreta la experiencia, y es a su vez modificada por esta.

Es importante hacer referencia a la distinción que se establece desde el concepto de estímulo efectivo, el paciente no se concibe en el EIS como un sujeto pasivo, sino que es El precisamente quien junto al terapeuta define los objetivos de su terapia, desde su interpretación y va significando también los resultados del proceso.

En este sentido se puede afirmar que frente a la fascinación actual engendrada por la neurobiología se debe tener en mente que la comprensión de la condición del individuo

sufriente descansa en el sujeto empático, un terapeuta que interpreta y reconstruye y un paciente que re interpreta y reconstruye; y que el ancla definitiva para evaluar los efectos de la terapia también continuará descansando en la diada terapéutica y no en los marcadores biológicos.

En conclusión, en el abordaje de diversas temáticas psicológicas desde el enfoque psicobiológico se reconoce en primera instancia la enorme contribución que se genera del paradigma biológico a la psicología, pero es ampliamente aceptado por la psicobiología que el individuo no puede reducirse a su funcionamiento biológico, se reconoce que existen además otros múltiples factores que explican las diferencias individuales y actúan determinando su conducta. Sin embargo, al hacer esta afirmación sin explicitar cuáles son esos otros múltiples factores que influyen la conducta humana, el argumento biológico se relativiza. Lo mismo sucede con cualquier otro paradigma reduccionista, que se reconoce como insuficiente, pero no logra sistematizar esos factores que están fuera de su campo de acción.

En este sentido, el EIS se hace cargo de crear una teoría no reduccionista que rescata el conocimiento válido que aporta a predicción y cambio. Rescata los aportes de los seis

paradigmas antes mencionados, entre ellos el biológico que aplicado aisladamente pierde valor a pesar del valioso conocimiento que ha generado.

Al unir los seis paradigmas se potencian entre sí, generando una mirada integral de la persona como tal, con la individualidad que le da a cada individuo integrar las contribuciones de los diversos paradigmas desde su propio mundo de significados.

El estímulo efectivo es el concepto que nos permite y exige hacer de la persona protagonista de su proceso terapéutico, definiendo sus problemas, sus deseos, objetivos y metas no sólo desde su biología, sino también desde sus afectos, cogniciones, desde su historia personal, desde todos los aspectos que la configuran al ser humano en su individualidad.

## Referencias

**Bagladi, V. (2009).** Una aproximación clínica al bienestar humano. Recuperado el 07 de diciembre del 2011, del sitio web del Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa: <http://www.icpsi.cl/articulos/AcPIvoll/bienestarhumano.pdf>

**Corr, P. J. (2008).** Psicología biológica. México: Mc Graw Hill/InteramericanaEditores,

**Hikal, W. (2009).** Criminología psicoanalítica conductual y del desarrollo. México: Edotorial Temis

**Mcleod, S. A. (2007).** Psychology Articles and Resources. Recuperado el 07 de diciembre del 2011, del sitio web de Psychology; Psychology: <http://www.simplypsychology.org/>

**Mundt, C. (2004)** La psicoterapia y los paradigmas biológicos últimos ¿cómo se relacionan? Revista chilena de neuropsiquiatría, 42, 109-120

**Opazo, R. (2009).** Psicoterapia integrativa: ¿Exigencia de los tiempos?. Recuperado el 07 de diciembre del 2011, del sitio Web de Depsicoterapias.com: <http://www.depsicoterapias.com/articulo.asp?IdSección=16&IdArtículo=218>

**Piña, J. A. (2008).** Variaciones sobre el modelo psicológico de salud biológica de Ribes: justificación y desarrollo. Universitas Psychologica

## La Neuroimagen, como aporte a la Psicología. Paradigma Biológico

Ps. Mg © Rebeca Mateo Flores<sup>7</sup>

### Abstract

For decades, human beings have been studied: including psychological and biological variables. We have looked for the best formulas for developing and protect ourselves, and to reach a better quality of life. From an integrative view, we are favored by the use of neuroimage, in this task of research and clinical psychology. In the later contents, we will see a brief review of the importance and course of neuroscience; assuming its great contribution in the different instances in which clinical psychology works: psychological disorders, psychiatric alterations, psychological processes, and psychotherapeutic work. We look for, through this paper, to detect professional's methods, theories, approaches and everything useful, in our constant search for the improvement of looking for better lives.

**Key words:** *Neuroimage - Neurosciences – Clinical Psychology*

### Resumen

Por décadas, se ha venido estudiando al ser humano, su psicología y su biología. Hemos buscado de manera incesante las mejores fórmulas a desarrollar, para proteger nuestra especie y permitirle un mejor desarrollo y calidad de vida.

Es así como desde una mirada integrativa, nos vemos favorecidos por la implicancia que hoy podemos encontrar en el uso de la neuroimagen en el quehacer de la psicología clínica e investigativa.

En los contenidos posteriores, veremos una breve reseña de la importancia y transcurso de las neurociencias y podremos observar su gran aporte en las distintas instancias en que la psicología clínica se mueve: trastornos psicológicos, alteraciones psiquiátricas, procesos psicológicos, y trabajo psicoterapéutico.

Buscamos a través de este documento, motivar a los profesionales de la salud y la psicología a la integración de métodos, teorías, enfoques y todo aquello que tenga una mirada aportativa, y efectiva en nuestra constante búsqueda de la mejora del ser humano y su continua búsqueda de una buena calidad de vida.

**Palabras clave:** *Neuroimagen - Neurociencias - Psicología Clínica*

---

<sup>7</sup> rebeca.mateo@vtr.net

## Introducción

Las modernas técnicas de neuroimagen funcional están permitiendo penetrar en el apasionante campo de los cambios en la actividad cerebral de las personas que padecen un trastorno psicológico.

Las técnicas de neuroimagen permiten ver imágenes en vivo del Sistema Nervioso Central. Se pueden observar imágenes en general y del cerebro en particular.

Si revisamos un poco de historia, podemos encontrar los orígenes de la Neuroimagen en la década de 1970 con la Tomografía Axial Computarizada (TAC) del cerebro y del sistema nervioso central, lo que en ese entonces supuso un gran avance para las Neurociencias, pudiendo observarse el cerebro humano en vivo, mediante una reconstrucción de imágenes obtenidas con rayos X.

A finales de la década de 1980 empezó a utilizarse una técnica más avanzada, la Resonancia Magnética Nuclear (RMN), con una mayor resolución que la anterior y que además no utiliza radiación para la obtención de imágenes.

Más recientemente se han ido desarrollando estudios con técnicas de neuroimagen funcional, mediante SPECT, PET y Resonancia Magnética Funcional (RMF). Estas técnicas no son invasivas y permiten evaluar los procesos de áreas y estructuras del cerebro en funcionamiento. (Enciclopediasalud.com)

Estas técnicas de neuroimagen, han permitido abrir diversas líneas de investigación destacando los estudios en alteraciones psiquiátricas, como, trastorno del estado de ánimo, ansiedad social, neurosis fóbica específica y trastorno obsesivo-compulsivo

El Dr. C. Wayne Drevets del NIMH (National Institute of Mental Health) de Bethesda (Estados Unidos), comentó en una conferencia de prensa durante el American Psychiatric Association 161st Annual Meeting, que las técnicas de neuroimagen han permitido identificar anomalías cerebrales relacionadas con los síntomas de anhedonia y aclarar algunos aspectos de la plasticidad de los circuitos cerebrales. Busko, M. (2008),

La neurociencia está de moda, nunca se había producido en la historia una conexión tan directa entre los hallazgos neurocientíficos y la población. Las técnicas

nos permiten “ver” en directo y constatar de forma “directa” lo que está pasando en el cerebro de las personas cuando están en reposo o realizando alguna actividad. Gracias a la neuroimagen e investigación, hoy sabemos que personas con esquizofrenia que han sido estudiadas y comparadas con otras que no presentaban diagnóstico psiquiátrico, muestran principalmente: un ensanchamiento de los ventrículos; una disminución del volumen en el complejo amígdala-hipocampo- y otras estructuras límbicas; una hipo o hiper-actividad en los ganglios basales; una disminución de volumen del giro temporal superior y alteraciones en el cuerpo calloso; además de una marcada hipofrontalidad (región prefrontal dorsolateral, implicada en la planificación y también en la conciencia de sí mismo y de la enfermedad). (Loureiro Rey, C., 2010).

Una de las líneas de investigación, de especial relevancia para los psicólogos, es aquella que estudia los cambios en el funcionamiento neurológico de estas personas, provocados por la intervención psicoterapéutica. Resulta impresionante saber que la terapia psicológica cambia significativamente el funcionamiento de zonas cerebrales críticas para la estabilidad emocional de las personas, y nos ha de hacer

a los psicólogos más conscientes, si cabe, del enorme potencial de nuestra ciencia. (Cozar de Quintana, F., 2009).

Es por esto que al pensar en el trabajo terapéutico, los psicólogos no debemos obviar la importancia que implica combatir las alteraciones psiquiátricas y psicológicas, no solo con farmacoterapia y el trabajo terapéutico en sí mismo, sino que con más ahínco en poder saber que está pasando en el cerebro, haciendo uso de la neuroimagen.

### **Marco Teórico**

Una de las principales características del cerebro es su plasticidad y la arquitectura neuronal se desarrolla en función de la naturaleza de las interacciones sociales la que a través de la neuroimagen, se puede “ver”.

Para empezar:

. El cerebro está en constante desarrollo hasta la juventud y los primeros años son “vitales” ya que se constituyen las primeras redes neuronales a partir del contacto social (el cerebro se “alimenta” y se organiza funcional y estructuralmente como resultado de los cuidados físicos, las caricias y el mecimiento, las respuestas empáticas

contingentes a las llamadas del niño y el intercambio emocional positivo).

. El contacto físico y mecimiento tiene relación con la estimulación vestibular y el desarrollo del cerebelo (producción de noradrenalina y dopamina). Hay que recordar aquí que el cerebelo es menor en niños abandonados, maltratados o sometidos a fuerte estrés, (también, casualmente, se halla lo mismo en personas con esquizofrenia).

. La imposibilidad de construir un apego afectivo seguro provoca una menor concentración de transmisores en la zona del hipocampo (central de la memoria y el aprendizaje). La falta de sincronía y sintonía emocional con el niño se ha relacionado con el desequilibrio en la producción de cortisol, lo que afecta a la maduración del hipocampo y a los procesos de memoria (el hipocampo es menor en aquellos que han sufrido experiencias traumáticas en la infancia).

. La separación está mediada por las benzodicepinas en la amígdala; los encuentros y el apego por las endorfinas.

. El desarrollo normal implica una pérdida del 10% de sustancia gris entre los 12 y 20 años; un crecimiento del cerebelo hasta los 22 años; y es absolutamente “normal” una “caída emocional” durante los años de adolescencia (hasta un 50% más que los adultos o niños de sentimientos de

vergüenza, miedo e inseguridad, más confusión de identidad) debido a la transición más o menos brutal que conlleva el paso a la vida adulta. Recordemos aquí, que la adolescencia es una fase crítica en el inicio de la esquizofrenia. (Loureiro Rey, C., 2010).

La neuroimagen puede ser un recurso altamente sensible de investigación. Esta sensibilidad posee varias implicancias. Scvartzapel, M. (2005):

a. Puede brindar una vía independiente de agrupar pacientes, basada en variables biológicas específicas, más próximas a aspectos de la patogénesis de la enfermedad.

b. Predecir la efectividad de una particular terapia en función de las características funcionales del cerebro más que de cómo es diagnosticado un paciente.

Esta propuesta permite la “cuantificación basada en neuroimagen del funcionamiento regional cerebral durante la realización de tareas relevantes e irrelevantes para la enfermedad, en forma estandarizada” que dará cuenta de diferencias importantes “para predecir de qué manera un paciente procesara y responderá a un estímulo de una

particular forma de terapia o tratamiento psicofarmacológico". Scvartzapel, M. (2005).

Los avances en neurociencias nos muestran importantes progresos que abarca e incluye a la psicoterapia, confirmando las posiciones teóricas avanzadas de la psicología del desarrollo. Desde hace muchos años, los psicólogos y educadores insisten en la importancia de la experiencia temprana en optimización del desarrollo (Hunt, 1961).

El Specy Cerebral, desde hace más de 20 años la imagenología cerebral funcional ha avanzado hasta llegar a elaborar la presunción diagnóstica, el diagnóstico diferencial, el pronóstico y la respuesta terapéutica en Neurología y Psiquiatría. Los trastornos psiquiátricos son denominados funcionales hace más de una centuria, y hoy pueden ser visualizados en imágenes cerebrales. La relación flujo cerebral y función cerebral se establece con la demostración pictórica en el Spect, mostrando ya sea zonas de hipofunción como zonas de hiperfunción.

Las imágenes obtenidas corresponden al estado funcional del cerebro desde el momento de la inyección hasta dos minutos. En estas condiciones se puede hacer el examen hasta 6 horas después de la

inyección, permitiendo muchas ventajas tanto para el médico como para el paciente.

El resultado final es una imagen tridimensional del cerebro a colores. El color amarillo muestra una probabilidad del 95% de disminución de la función cerebral y el color blanco un 95% de aumento de la función cerebral.

En los últimos años la tecnología ha ido mejorando la resolución de las imágenes y ha ido capacitando a unos pocos médicos nucleares en la visualización de las imágenes compatibles con trastornos neuropsiquiátricos. (Alasbimn Jorunal, 2001).

En la investigación realizada por Irigorri, A. y colaboradores, nos muestra algunos alcances de cómo diversas teorías postulan algunos efectos de la psicoterapia en el sistema nervioso central. (Liggan D Y, Kay D. 1999):

a. La psicoterapia afecta el metabolismo de la serotonina. Viinamaki et al utilizaron imágenes de SPECT antes y un año después de psicoterapia dinámica, en una paciente con trastorno afectivo bipolar en episodio depresivo, comparando los hallazgos con las imágenes de SPECT de un paciente con trastorno afectivo bipolar que no recibió psicoterapia y diez controles sanos. Los dos

pacientes mostraron inicialmente disminución de la captación de serotonina en la corteza prefrontal y el tálamo, comparado con los controles. Después de un año, la paciente que recibió psicoterapia tenía una captación normal de serotonina (Viinamaki H, Kuikka J, Tiihonen J. 1998). En el tratamiento del trastorno obsesivo compulsivo, mediante terapia comportamental, se ha demostrado la presencia de cambios en la actividad serotoninérgica, a través de la medición de los cambios de niveles plaquetarios de serotonina. b. La psicoterapia estimula los procesos relacionados con la plasticidad cerebral. Se ha postulado que durante la psicoterapia, el aprendizaje a través de la exploración aumenta los potenciales en las sinapsis de la vía perforante. Este aumento en las sinapsis se ha demostrado en modelos animales con ratas entrenadas, en los que el aprendizaje aumenta la densidad de espinas dendríticas, en comparación con el grupo control y sugiriendo la formación de nuevas sinapsis (Andersen P, Moser E, Moser M B 1996). Durante la psicoterapia se evocan memorias explícitas y, en teoría, la activación de las memorias emocionales y la asociación del recuerdo con la emoción, activan la amígdala.

La participación del paciente en un proceso activo de aprendizaje nuevo, lleva a la

extinción de las asociaciones sensoriales y cognoscitivas del trauma original.

Olvidar los recuerdos traumáticos no es un proceso pasivo e involucra nuevos aprendizajes, probablemente a través de la activación de la corteza orbitofrontal (Liggan D Y, Kay D. 1999).

### **Análisis Crítico y Reflexión**

Pareciera de gran relevancia, considerar hablar de utilizar la neuroimagen, para reforzar el vínculo hoy existente entre el Sustrato Biológico y la Psicoterapia, la publicación de Cózar, F. (2009), en "Nexo, Psicología Aplicada", nos muestra cómo las modernas técnicas de neuroimagen funcional están permitiendo penetrar en el campo de los cambios en la actividad cerebral, de las personas que padecen un trastorno psicológico.

Cózar, F. (2009), nos explica que una de las líneas de investigación, con especial relevancia para aquellos que nos dedicamos al área de la salud mental, es aquella que estudia los cambios en el funcionamiento neurológico, provocados por la intervención psicoterapéutica. Resulta impresionante saber que la terapia psicológica cambia significativamente el funcionamiento de zonas cerebrales críticas para la estabilidad emocional de las personas.

A medida que la investigación nos muestra nuevos hallazgos sobre el funcionamiento del cerebro y sobre las bases genéticas de este funcionamiento, podemos observar, cómo, patologías antes consideradas exclusivamente desde un punto de vista psicológico se están analizando desde una visión biomédica, sobre las bases objetivas que impone la aplicación del método científico. Algunos ejemplos, son: la dislexia o el autismo, en el que hoy se sabe se deben a defectos genéticos y que auguran nuevas formas de terapia sobre bases neurobiológicas. Córdoba, F. (2006). Así mismo podemos mencionar un sin número de patologías más que deben sus orígenes desde los sustratos biológicos.

El uso de la neuroimagen en la psicología nos permite ver de forma empírica el efecto del peso biológico para el desarrollo y mantención de patologías psiquiátricas y psicológicas, los efectos o en ocasiones estragos de la neurobiología en nuestra forma íntegra de vivir la vida, así como los efectos en la mejora de los individuos con las técnicas de psicoterapia.

La investigación a través de neuroimagen es necesaria para comprender los mecanismos de acción de la psicoterapia sobre los niveles biológicos, cognitivos, conductuales, sociales

y afectivos. Aún así, se plantea que la investigación está en su "infancia", y que algunos avances se han realizado, donde la neuroimagen ha sido tremendamente aportativa en ello. El trabajo investigativo se ha centrado fundamentalmente en el uso de la neuroimagen para el diagnóstico y comprensión de diferentes patologías; como así también para seguir el curso y predecir el resultado del tratamiento, permitiéndonos además, poder ver a través de la neuroimagen, cómo la psicoterapia y algunas estrategias de intervención, favorecen la modificación de la biología, ya que colabora además de manera eficiente y efectiva de la psi coeducación para la buena utilización de terapias biológicas, y las intervenciones terapéuticas.

La integración en la psicología de las neurociencias es inminente, más sin embargo aún se observa mucho reduccionismo desde la psicología de aceptar el aporte de las imágenes. El gran desafío para la psicología clínica: ser capaz de explicar un fenómeno que considera psicológico en base a datos provenientes de una disciplina como las neurociencias, porque es una manera normal de hacer ciencia.

Pienso que las neurociencias vienen a complementar de manera extraordinaria la

psicología. La tecnología de la neuroimagen va a tener para la psicología el mismo impacto que tuvo el microscopio para la biología. Modificando radicalmente la manera de ver las cosas.

Hoy en día, podemos encontrar la aplicación de la neuroimagen, no solo en alteraciones psiquiátricas, como: trastornos afectivos, psicosis, drogadicción, alteraciones del desarrollo y trastornos neurodegenerativos, sino también en estudio de los procesos psicológicos: aprendizaje, memoria, percepción, atención, lenguaje y escritura.

Es importante no encasillarnos, ya que si bien es cierto una imagen es indiscutible, además de mirar dentro, conviene mirar lo que pasa fuera, “la interacción” con las familias, las amistades en la sociedad en general.

La invitación, una reflexión a un campo cada vez más amplio y accesible para todos aquellos que tenemos una mirada integral de la psicoterapia y que buscamos ser cada vez más aportativos, con fundamento en nuestro quehacer.

## Referencias

**Alasbimn Journal (2011)** “NeuroSpect como Marcador Diagnóstico en la Depresión”, Alasbimn Journal Year 4, N° 13, October 2001. Extraído el

20 de diciembre de 2011, en <http://www.alasbimnjournal.cl/revistas/13/gallinero.html>

**Busko, M. (2008)** “Las técnicas de neuroimagen aportan información sobre la anhedonia en la depresión”, Psicología-Psiquiatría. Extraído 20 de diciembre en <http://psicologia-psiquiatria.blogspot.com/2008/07/las-technicas-de-neuroimagen-aportan.html>

**Cozar de Quintana, F (2009)** “Psicología y neurología condenadas a entenderse”, “Nexo, Psicología Aplicada”. Extraído el 23 de diciembre de 2011 de <http://www.nexopsicologia.com/2009/03/24/psicologia-y-neurologia-condenadas-a-entenderse>

**Etkin, A.; Phil, M.; Pittenger, C.; Polan, J. and Kandel, E. (2005)** M. Toward a Neurobiology of Psychotherapy: Basic Science and Clinical Applications. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 17:145-158, May 2005 © 2005 American Psychiatric Press, Inc. Revista “Aperturas Psicoanalíticas”, Scvartzapel. Extraído el 4 de mayo de 2011 de <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000455&a=Hacia-una-neurobiologia-de-la-psicoterapia-ciencia-basica-y-aplicaciones-clinicas>

**Enciclopediasalud.com (2011)** “Técnicas de neuroimagen”, Enciclopediasalud.com, extraído el 22 de diciembre de 2011 en <http://www.enciclopediasalud.com/categorias/cerebro-y-sistema-nervioso/articulos/tecnicas-de-neuroimagen/>

**Liggan D Y, Kay D. (1999)** “Some Neurobiological Aspects of psychotherapy, A review”. The Journal of Psychotherapy Practice and Research 1999.

**Loureiro Rey, C. (2010)** “Neurociencia y Esquizofrenia”, NEXO Psicología Aplicada, Carmen. Extraído el 20 de diciembre de 2011 de <http://www.nexopsicologia.com/tag/neuroimagen>

**Opazo, R. (2011)** EIS y Paradigma Biológico. Clase de Magister Psicoterapia Integrativa. Marzo a noviembre 2011. Stgo. de Chile.

**Read, Mosher y Bentall (2004)** “Modelos de Locura”. En la editorial Herder Barcelona.

**Ruiz, A. (2011)** “Los aportes de Humberto Maturana a la psicoterapia”. *Instituto de Terapia Cognitiva INTECO Santiago de Chile*. Extraído el 4 de mayo de 2011 de [http://www.inteco.cl/articulos/003/texto\\_esp.htm](http://www.inteco.cl/articulos/003/texto_esp.htm)