

# AcPI

*Actualizaciones*

*en*

*Psicoterapia Integrativa*



## Editorial

El Volumen V de AcPI, correspondiente al año 2013, incluye artículos de temáticas relevantes clínica y socialmente; como son el abuso sexual infantil, la inmigración y la manipulación intrafamiliar. Conjuntamente nos ofrece interesantes desarrollos en el ámbito de la crianza y el apego seguro. También nos permite comenzar a atisbar la realidad relacional en parejas donde un miembro sufre de un trastorno bipolar. Por otra parte nos ofrece una actualización en las temáticas referidas al Mindfulness y sus aplicaciones clínicas. Finalmente, más allá de la amplia aceptación y valoración que ha venido recibiendo el EIS, en el apartado reflexiones integrativas, hemos querido incluir un artículo que se hace cargo de las críticas que nuestro Enfoque recibe o puede recibir; con el objeto de poder explicitar el grado en que somos vulnerables a diferentes cuestionamientos teóricos y prácticos.

Son destacables los aportes de comprender el impacto diferenciales del abuso según género y con ello estimular la implementación de intervenciones psicosociales más específicas; la revisión de la realidad vivencial y relacional de parejas que deben enfrentar el desafío de construir familia con la demanda que les significa la presencia de un trastorno bipolar en uno de sus integrantes; el acercarse al conocimiento y comprensión de las dinámicas psicosociales de una población inmigrante y sus posibles aportes al enfrentamiento de la realidad migratoria Chilena; así como, las actualizaciones y derivaciones de la práctica seria y documentada del mindfulness, tan estimulada en la actualidad.

Nos parecen de relevancia los desarrollos de diferentes colegas integrativos en áreas que atañen a la población infanto-juvenil, tanto en población no consultante como en aquella vulnerada. Dentro del espíritu de hacernos cargo de la responsabilidad que tenemos para con nuestros niños, niñas y adolescentes en la promoción de su desarrollo integral y saludable; los planteamientos para enfrentar la crianza con los conocimientos que nos entrega la psicología para guiar a los padres y cuidadores en sus prácticas formativas y en la promoción del apego seguro, son ciertamente reflejo de la búsqueda de un aporte psicosocial desde nuestro enfoque. Así también, el abordar crítica y documentadamente el cuestionado síndrome de alienación parental y ofrecer el concepto de Manipulación Intrafamiliar, constituye, no solo un depuramiento teórico y práctico-experiencial de una realidad cada vez más desafiante a nivel social, jurídico y clínico; sino también - y más importante aún - el entregar una herramienta de intervención concreta para su abordaje, propuesta que abre un camino de investigación y aplicación práctica a desarrollar.

Como siempre hemos señalado, la búsqueda de conocimiento válido requiere de una actitud decidida y abierta a la crítica y al cuestionamiento; una crítica válida y precisa nos permite acercarnos a conocimientos que sean de real y profundo aporte a nuestros desafíos clínicos y sociales. A lo largo de su desarrollo nuestro enfoque ha sido objeto de críticas y cuestionamientos provenientes de diferentes fuentes, algunas han sido producto del desconocimiento, otras de

compromisos apasionados con otros enfoques y muchas de la búsqueda de excelencia en el quehacer profesional. Si bien, algunas carecen de fundamentos adecuados, otras han sido precisas y válidas, favoreciendo el desarrollo más sólido de nuestro enfoque. En este contexto, AcPI ha querido hacerse cargo de los cuestionamientos y le hemos pedido a nuestro Director y creador del Modelo Integrativo Supraparadigmático, el psicólogo Roberto Opazo C., que se sitúe “en el paredón” para que se haga cargo de las críticas que hoy en día se nos pueden formular. Con este artículo buscamos ser congruentes con nuestros principios y compartir con nuestros lectores este análisis y reflexión.

De este modo nos resulta especialmente satisfactorio el entregar esta nueva edición de AcPI. Agradeciendo a los autores e invitando al lector a disfrutar y aprovechar conocimientos, reflexiones e inquietudes relevantes, conjuntamente con continuar aportándonos con estimulantes críticas y comentarios a las propuestas y derivados prácticos del EIS.

**Verónica L. Bagladi L.**  
**Directora**

## ÍNDICE

Editorial .....3

### Reflexiones Integrativas

Cuestionando la Psicoterapia Integrativa (EIS): Roberto Opazo al Paredón  
*Ps. Roberto Opazo C.* .....8

### Artículos

Mindfulness en el contexto de la Psicoterapia Integrativa: Una Aproximación Preliminar  
*Ps. Gabriel Soler S.* .....29

Mecanismos de Defensa y Psicoterapia Integrativa (EIS): dependencia entre diagnóstico/rasgos Eje II y estilo defensivo  
*Ps. Susana Romero A.* .....64

Impacto diferencial en abuso sexual infantil según género desde el Enfoque Integrativo Supraparadigmático  
*Ps. Angid Casella.* .....82

Manipulación Intrafamiliar (MIF): Análisis crítico del Síndrome de Alienación Parental desde el EIS y propuesta de Protocolo de Intervención para Revinculación en casos de MIF  
*Ps. Bárbara Salinas C.* .....100

Promoción de Apego Seguro desde el EIS  
*Ps. Michelle Boye S. & Ps. Marta Quintana B.* .....111

Psicocrianza  
*Ps. Andrea Cardemil F.* .....127

Trastorno Bipolar y Pareja: El efecto del Trastorno Bipolar en la pareja, un estudio exploratorio desde el Enfoque Integrativo Supraparadigmático  
*Ps. Viviana Lara F.* .....142

Consideraciones psicosociales en el fenómeno de la inmigración: Una Mirada a la Realidad de los Inmigrantes Latinos en Washington, DC y el Estado de Maryland en EE.UU.  
Ps. Mónica Fuentes C.....154

# Reflexiones Integrativas

## Disparando contra el Enfoque Integrativo Supraparadigmático: Roberto Opazo al Paredón

*PhD. Ps. Roberto Opazo C.<sup>1</sup>*

### Abstract

This paper involves a deep questioning of the Integrative Supraparadigmatic Approach. To achieve this purpose, Dr. Roberto Opazo – the main author of the Approach – is submitted to strong questioning. Questions come from different sources, which include students, people from audiences, and our own self-criticism. The main idea is to evaluate what happens when the Approach has to cope with a high standard exam.

**Key words:** *Supraparadigmatic Integrative Approach - Integrative Psychotherapy*

### Resumen

El presente artículo procura cuestionar a fondo al Enfoque Integrativo Supraparadigmático. Para este propósito, el Dr. Roberto Opazo – principal creador del Enfoque – es sometido a fuertes cuestionamientos. Los cuestionamientos provienen desde diferentes fuentes, las que incluyen estudiantes, personas de la audiencia, y nuestra propia autocrítica. La idea es poder evaluar qué ocurre cuando el Enfoque enfrenta un examen de máximas exigencias.

**Palabras clave:** *Enfoque Integrativo Supraparadigmático - Psicoterapia Integrativa*

---

<sup>1</sup> Psicólogo Clínico, Pontificia Universidad Católica de Chile. Doctor en Psicología, Universidad nacional de San Luis. Director Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa ICPSI. Contacto: [icpsi@icpsi.cl](mailto:icpsi@icpsi.cl)



## Introducción

A través de los años, hemos venido invitando a nuestros alumnos, a los asistentes a nuestros Talleres, a los asistentes a nuestras Conferencias, etc.,... a que nos CUESTIONEN. Lo que venimos señalando desde siempre, es que aprendemos más de la crítica que del aplauso. Es así que agradecemos mucho los aplausos, pero una crítica válida y precisa nos permite el corregir, el completar, el enmendar rumbos... lo cual es muy valioso, cuando de lo que se trata es de equivocarnos poco.

Muchas críticas han surgido a partir de un desconocer lo que planteamos. Muchas derivan de compromisos apasionados con otros enfoques. Y muchas críticas han carecido de fundamento. Otras, sin embargo, han sido precisas, válidas, aportativas... Éstas han favorecido un desarrollo más sólido de nuestro Enfoque y, por supuesto, las agradecemos.

Nuestro Enfoque Integrativo Supraparadigmático hoy en día es a la vez muy valorado y muy cuestionado. Más aún cuando las aproximaciones integrativas están amenazando el Reino de los enfoques “tradicionales”, los cuales se defienden “con

tutti”. En este contexto, AcPI ha querido hacerse cargo de las críticas más “duras” que nuestro Enfoque recibe o puede recibir, con el objeto de poder explicitar el grado en que somos vulnerables a los diferentes

## Cuestionamientos

En esta oportunidad, le hemos pedido a nuestro Director, el psicólogo Roberto Opazo – en una medida no menor gestor de nuestro Enfoque Integrativo Supraparadigmático – que se sitúe “en el paredón” pues le dispararemos “a matar”. No con balas de “fogueo” sino con balas “de verdad”. Vale decir sin concesiones, sin “amiguismos”, sin anestesia de ninguna especie. Lo que deseamos es que Roberto se haga cargo de las críticas más “duras”, las más “ácidas” que hoy en día se nos pueden formular.

Algunos de estos Cuestionamientos se nos han formulado en diversos contextos... en cuyo caso precisaremos cada contexto, es decir la fuente de la crítica o del Cuestionamiento. Otras críticas – o más bien “auto-críticas” - vienen siendo planteadas por nosotros mismos; a éstas últimas las cuales denominaremos “Cuestionamientos AcPI”.

Por supuesto, las respuestas serán necesariamente más breves que lo que las temáticas ameritan; respuestas más completas involucrarían el irnos adentrando más extensamente en el enfoque.

Invitamos a nuestros lectores a revisar con atención tanto los Cuestionamientos como las respuestas. Por supuesto, cada cual concluirá acerca del valor de cada Cuestionamiento, y acerca de la calidad de cada respuesta.

#### **Cuestionamiento 1:**

*La búsqueda de la integración en psicoterapia constituye un absurdo. Los autores y los enfoques suelen discrepar – a veces radicalmente - en aspectos esenciales. Por lo tanto, pasan a ser incompatibles. Adicionalmente, muchas epistemologías se tornan incompatibles, y muchas teorías se tornan incompatibles. Por ejemplo, pretender integrar al “realismo ingenuo” con el “constructivismo radical”, sería como pretender integrar la materia y la antimateria.*

(Cuestionamiento formulado por AcPI)

**R.O.:** Hemos definido integrar como el **“construir una totalidad coherente a través de la conexión de partes válidas diferentes”** (Opazo, en Prensa). La exigencia de “coherente” involucra el que no se pueden presentar contradicciones esenciales.

El Cuestionamiento planteado pasaría a ser válido, si lo que se pretendiera fuera integrar autores y enfoques “completos”. Integrar a “todo” Pavlov con “todo” Freud, es un absurdo. Sin embargo, para una nada es esto lo que pretende el Enfoque Integrativo Supraparadigmático.

Lo que se pretende es **integrar el conocimiento válido aportado por cada cual**; no autores “completos”, ni enfoques “completos”.

Por otra parte, en el Supraparadigma Integrativo se distinguen diferentes niveles de análisis, y no todo es integración. Es así que nuestro Supraparadigma Integrativo distingue **niveles de opción, de complementación, y... de integración.**

Es así que en el ámbito *epistemológico* ingresamos a un territorio de *opción*; y la opción del Supraparadigma Integrativo la hemos denominado *Constructivismo Moderado*. No se trata entonces de integrar epistemologías, sino de optar... en territorios en los que las “evidencias” y las “demostraciones” brillan por su ausencia.

En el ámbito *metodológico*, el Supraparadigma nos hace ingresar a un territorio de *complementación*. Cuando estudiamos el ambiente y las conductas, el método a enfatizar será el ***empírico/experimental***. Cuando estudiamos afectos y dinámicas inconscientes, la metodología a enfatizar involucrará la fenomenología, la introspección, el informe verbal. De este modo, **cada metodología permitirá acceder a ángulos diferentes de la dinámica psicológica**; en el entendido que lo que se pretende abarcar e investigar es *toda la dinámica psicológica*. Es decir los 360° de la psicología humana.

A la hora de los **paradigmas causales**, el Supraparadigma sí nos conduce a un territorio de *integración*. Es así que, el Supraparadigma Integrativo, INTEGRA los paradigmas *biológico, cognitivo, afectivo, inconsciente, ambiental/conductual y sistémico*. Y los integra en torno al **sistema SELF** de la persona. A través de cada paradigma, de la integración paradigmática, y del rol integrativo que desempeñan las seis funciones del sistema SELF, vamos a su vez integrando cada conocimiento válido existente en psicoterapia.

Un **objetivo central es que ningún conocimiento válido quede fuera. Y que ningún conocimiento no válido quede dentro**. En estos territorios, lejos de presentarse “incompatibilidades”, surge toda una opción de sinergia positiva; que permite potenciar cada aporte, en un contexto Supraparadigmático enriquecedor.

#### **Cuestionamiento 2:**

*¿Qué han aportado Uds., fuera de copiar a otros, o fuera de recopilar o de “rescatar” lo generado por otros? El mérito de “copiar” es muy inferior al mérito de “crear”.*

(Cuestionamiento formulado en un Congreso Internacional)

**R.O.:** Es efectivo que nos nutrimos – en una medida no menor – de lo que han generado muchos otros autores, y muchos otros enfoques. Esto, sin embargo, lejos de constituir un defecto, **constituye una fortaleza de nuestro enfoque**.

La idea de “partir de cero”, y de aportar un enfoque revolucionario ha surgido en el campo de la psicoterapia muchas veces. Se trata habitualmente de “nuevos paradigmas” que dejan en claro lo tontos que hemos sido, y que prometen solucionar prontamente todos nuestros males. Esto, constituye un arrebató narcisístico no menor. E involucra,

también, un darle la espalda a los aportes derivados de la historia de la psicoterapia.

Nuestra historia muestra que, a través de los años, son muchos los autores que han venido aportando algunos conocimientos válidos. Y son muchos los enfoques que han hecho otro tanto. Sería absurdo el no reconocer, el no recoger, y el no utilizar esos conocimientos... simplemente porque fueron aportados por otros. Lo inaceptable sería el apropiarnos de aquello, sin reconocer debidamente a sus respectivos autores. De este modo un rescate, una re-lectura, y una re-contextualización de lo válido existente, dista de ser una limitación y constituye una fortaleza. Y, **desde los intereses del conocimiento y de nuestros pacientes, dicho rescate constituye una obligación.**

Más allá de lo anterior, resulta justo el dejar en claro también que una parte sustancial de nuestro enfoque está compuesta por aportes originales generados por nosotros. Por ejemplo, nosotros hemos aportado nuestro Supraparadigma Integrativo, el Paradigma Afectivo, las seis Funciones del Sistema SELF, nuestra Psicoterapia Integrativa (EIS), el Psicodiagnóstico Integral, nuestra Ficha de Evaluación Clínica Integral para Adultos

(FECl), nuestra Ficha de Evaluación Clínica Integral Infante/Juvenil (FECl-I), nuestra Ficha de Evaluación Clínica Integral para el Adulto Mayor (FECl-AM), el concepto de *Estímulo Efectivo*, el concepto de *Principios de Influencia*, los *Conceptos Movilizadores*, nuestra *Ecuación Integrativa*, etc. No se trata de aportes menores.

A lo anterior habría que agregar sobre 200 investigaciones nuestras en nuestro enfoque, diversos libros publicados por nosotros, diversos capítulos de libros publicados por nosotros, múltiples artículos científicos publicados por nosotros a través de los años. Y el desarrollo de modalidades específicas de la Psicoterapia Integrativa (EIS)... aplicada a los más variados desajustes. Por ejemplo, aplicada a trastornos depresivos, a problemas de ansiedad, a trastornos de la alimentación, a problemas de pareja, a trastornos adictivos, a trastornos bipolares, a violencia intrafamiliar, a problemas de abuso, problemas de asertividad, a desarrollo personal, etc. Cada una de estas aplicaciones de nuestra psicoterapia integrativa ha sido debidamente especificada.

La hora más relevante, sin embargo, no es la hora del reparto de los méritos; el que se nos reconozcan o no los méritos no es lo medular. **Lo medular es que logremos decantar los aportes al conocimiento y a los pacientes.** Y ésta es en torno a esto que debemos juntarnos, para ir sumando y potenciando fuerzas, para que nuestro aporte psicoterapéutico sea mayor.

### **Cuestionamiento 3:**

*Este Enfoque Integrativo aporta una excelente “panorámica” acerca de las diferentes opciones que ofrece la psicoterapia. Posibilita un buen “vitriñar” en relación a las opciones. Constituye así un buen “aperitivo”, que facilita la elección posterior del verdadero “plato de fondo”. Es decir, la elección del enfoque definitivo que el psicoterapeuta adoptará.*

(Cuestionamiento formulado en clases de pre-grado)

**R.O.:** En el Enfoque Integrativo Supraparadigmático, asumimos que el conocimiento válido es el que aporta a *predicción y cambio*. Adicionalmente, consideramos que el conocimiento en psicoterapia no está destinado al deleite filosófico/narcisista de los psicoterapeutas; está destinado a aliviar, de mejor manera, el sufrimiento de los pacientes que confían en nosotros.

Cada uno de los “300” enfoques existentes en psicoterapia, aporta *segmentos*, mayores

o menores, de conocimiento válido; ninguno aporta lo suficiente. De este modo, **el conocimiento válido en psicoterapia se encuentra disperso entre autores y enfoques;** y ningún autor o enfoque ha logrado realizar un aporte lo suficientemente completo, que amerite el optar en esa dirección. Por el contrario, en los grandes números, los “300” enfoques tienden a **“empatar”**... a la hora de comparar sus resultados terapéuticos. En este contexto, pasaría a ser casi un absurdo el considerar como “plato de fondo” a uno de estos “300” enfoques; **porque cada uno de esos enfoques no aporta lo suficiente, y porque cada uno deja mucho conocimiento válido fuera.**

Desde nuestra óptica, los aportes válidos del psicoanálisis se encuentran inmersos en el contexto de sus múltiples “errores”. Otro tanto ocurre con los aportes cognitivos, y con los gestálticos, y con los sistémicos, etc.; tras cada acierto se sitúan múltiples equivocaciones. Esto, a la luz de la investigación, no de prejuicios o de apasionamientos nuestros.

Por lo tanto, un desafío central para el Enfoque Integrativo Supraparadigmático

constituye el intentar separar el trigo de la paja; para que los valiosos aportes provenientes de cada enfoque, adquieran una mayor vigencia y potencia. En este nuevo contexto, ***el todo pasa a ser superior a la suma de las partes***. Un todo generado por **la síntesis de conocimientos válidos provenientes de múltiples partes**, difícilmente será inferior a una parte conformada por conocimientos válidos y no válidos.

Hemos visto que la integración involucra **el generar una totalidad coherente a partir la conexión de partes válidas diferentes**; en este caso, **a partir de la parte válida de cada parte diferente**. Y es el **Supraparadigma Integrativo** el que le da al conocimiento válido rescatado, su carácter de totalidad coherente y funcional.

El problema de fondo, entonces, pasa a cursar al revés; es decir en la dirección opuesta a lo que plantea el presente Cuestionamiento. Es así que cada uno de los “300” enfoques existentes, puede ser considerado como un “aporte previo”; **previo al gran rescate de conocimiento válido que están exigiendo los tiempos**. De lo que se trata entonces, es de rescatar el

conocimiento válido aportado por cada autor, y por cada enfoque. Se trata de procurar **una gran SÍNTESIS del conocimiento válido** que se encuentra disperso. Desde esta perspectiva, la integración pasa a constituir una especie de **culminación evolutiva (al menos por ahora)**, la cual procura aportar *profundidad a la comprensión y potencia al cambio*.

Ninguno de los psicoterapeutas Integrativos que trabajan en nuestro Instituto, ha tenido una **“inmaculada evolución”**. Cada cual, en su tiempo, fue humanista, o bien conductista, o bien psicodinámico, o bien... En los hechos, esos enfoques constituyeron una especie de “aperitivo”, en relación al “plato de fondo” integrativo por el cual cada uno ha optado.

#### **Cuestionamiento 4:**

***Cada teoría, cada estrategia clínica, tiene valor y validez en su propio contexto, en su propia “cuna”, es decir en su propio ambiente semántico. El “rescatar” o el extraer segmentos - teóricos o clínicos - sacándolos fuera de su “cuna de origen”, involucra quitarles valor predictivo y/o fuerza de cambio.***

(Cuestionamiento formulado por un alumno de nuestro Programa de Maestría)

**R.O.:** Este Cuestionamiento suena muy bien, pero su fundamento es menor que el que aparenta. En el fondo, es especulativo... y carece de evidencias que lo respalden. Más

aún, en la práctica clínica, lo que suele ocurrir es exactamente lo contrario.

Desafortunadamente, las “cunas de origen” suelen estar inundadas por equivocaciones. Un planteamiento del tipo **“las cogniciones pueden generar emociones”**, es un planteamiento válido, respaldado por la investigación; por lo tanto, muy rescatable para nuestro Enfoque Integrativo.

Sin embargo, cuando algunos cognitivistas pasan a sostener que **“toda emoción desajustada proviene de una cognición desadaptativa”**, caen en el *reduccionismo*. En ese caso, en su propia cuna de origen, en su propio “contexto semántico”, la teoría pasa a perder valor predictivo, y a empobrecer las opciones de cambio.

Por otra parte, si nosotros asumimos el que **“los auto-diálogos auto-derrotantes contribuyen a generar ánimo depresivo”**, estamos asumiendo un planteamiento apoyado por las evidencias. No se ve fundamento alguno para concluir que los auto-diálogos solo pueden ser utilizados en su original cuna cognitivista. Más aún, son muchos los terapeutas “integrativos” que

han visto enriquecido su quehacer a través de una modificación de los auto-diálogos de sus pacientes. El tema de la “cuna original”, no ha desempeñado rol alguno en estos casos.

Por otra parte, se podría argumentar que la técnica psicoanalítica de “libre asociación”, solo puede ser aplicada a un paciente recostado en un diván, y por un psicoterapeuta que se ubique fuera de su campo visual; caso contrario, las asociaciones se verían interferidas. Puesto que no utilizamos diván, esa crítica nos parece válida. El problema es que el Enfoque Integrativo Supraparadigmático no asume que, a la base de la dinámica psicológica, opere un amplio inconsciente reprimido al cual es imprescindible acceder vía interpretaciones. Desde nuestra óptica, las evidencias transitan en otra dirección.

Las evidencias indican que, en ocasiones, las personas reprimen; e indican también que el tema es mucho menos relevante que lo que supuso Freud. Y las evidencias indican también que diferentes psicoanalistas interpretan de un modo diferente el mismo “material” clínico. Lo que sí es evidente, es que los pacientes pueden beneficiarse

mucho de una relación terapéutica cara a cara, que los ayude a superar inhibiciones, y a enriquecer habilidades interpersonales. En suma, el Enfoque Integrativo no aplica la libre asociación, **porque lo reprimido no suele ser relevante, porque los pacientes suelen progresar mucho sin atribuirles grandes represiones, y porque el cara a cara suele resultar muy aportativo en diferentes aspectos.**

#### Cuestionamiento 5:

*En un Congreso Internacional un destacado psicoterapeuta nos cuestionaba así: "Soy un psicólogo clínico cognitivista. Soy muy estudioso y llevo una vida estudiando el enfoque cognitivo; aún así, no he llegado a conocerlo en plenitud. En este contexto, conocer los 300 enfoques existentes, para procurar integrarlos, requeriría de 300 encarnaciones para poder completar ese conocimiento. Como este camino se me hace imposible, prefiero conocer mucho de poco a saber nada de todo".*

(Cuestionamiento formulado en un Congreso Internacional)

**R.O.:** Este Cuestionamiento me parece especialmente lúcido y "provocativo". Amerita el que lo analicemos con especial cuidado.

Cada enfoque descansa, en una gran medida, en el aporte de los **"factores comunes"** a los enfoques; son estos factores comunes los que aportan a cada enfoque gran parte de su

fuerza de cambio. **Todos los enfoques se benefician del aporte de los "factores comunes"** los cuales son en gran medida los responsables del cambio en psicoterapia. Es así que gran parte del cambio terapéutico que alcanzan los cognitivistas, o los sistémicos, etc., deriva del accionar de las expectativas de cambio del paciente, de su motivación al cambio, del trabajar con propósito, de la calidad de la alianza terapéutica, etc.

A la luz de la evidencia existente, los aportes efectivos del enfoque cognitivo al cambio en psicoterapia involucran a los "factores comunes + ¿un 7%?". Eso significaría que el aporte específico del enfoque cognitivo sería de alrededor de un 7%. Esto es lo que les impide superar con claridad a los psicodinámicos, a los humanistas, etc.

Con el enfoque humanista ocurriría otro tanto: **mucho "factor común" y poca variable específica.** Lo mismo con los psicodinámicos, con los sistémicos, etc. Lo criterioso entonces, es intentar identificar, rescatar, contextualizar ese "7%" de conocimiento específico que aportan los cognitivistas. Y unirlo al "5%" de



conocimiento específico que aportarían los humanistas. Y adicionalmente unirlo al “6%” de conocimiento específico que aportan... La tarea entonces, pasa a ser el conocer, el rescatar, el integrar y el aplicar los segmentos válidos que aporta cada enfoque. Pasa a ser absurdo el dedicar “la vida” al 7% válido de un enfoque... y nadar una vida entera en medio de sus múltiples equivocaciones. Dedicar la vida entera, nuestra “encarnación completa”, al enfoque cognitivo, involucra darse vueltas la vida entera en torno a un aporte válido insuficiente para la psicoterapia. Suena mejor rescatar ese “7%”, y unirlo al “5%” válido que aportan los humanistas, y al “8%” que aportan los conductistas y...

Por supuesto, no se trata de revisar exhaustivamente cada uno de los “300” enfoques. Si, de la mejor manera posible, aquellos enfoques que han sido más desarrollados y más investigados.

Aún cuando los números que hemos asignado aquí resulten arbitrarios, lo claro es que dar la espalda - durante una vida entera - al conocimiento válido proveniente de otros enfoques, no constituye una genialidad. No hace juego con el buen

criterio, y perjudica a los pacientes. Desde la óptica de los pacientes, lo probable es que nos pidan que **no nos farreemos conocimiento válido alguno que les pueda ayudar a aliviar sus sufrimientos.**

Y, para conocer los conocimientos válidos que aporta cada enfoque, no se requiere de vidas completas dedicadas a un solo enfoque. Desafortunadamente, los aportes específicos válidos de cada enfoque, son menores de lo que todos quisiéramos... por lo cual resultan más abarcables que lo que se pudiera suponer.

#### **Cuestionamiento 6:**

*La integración implica trabajar con miles de variables, provenientes de miles de autores y de cientos de enfoques. Por lo tanto, un enfoque integrativo involucra habérselas con un “potpurri”, con un “charquicán” de variables, con una verdadera “ensalada rusa” de teorías y de estrategias clínicas... imposibles de administrar en la práctica clínica.*

(Cuestionamiento reiterativo formulado en múltiples instancias)

**R.O.:** Este Cuestionamiento está muy “emparentado” con el Cuestionamiento anterior. El que un enfoque aporte 1000 planteamientos y/o estrategias, no involucra que aporte 1000 conocimientos válidos. Puesto que nuestro Enfoque Integrativo pretende trabajar con conocimientos válidos,

el número de variables involucradas **se reduce sustancialmente**. Esto quedó claro en la respuesta al Cuestionamiento anterior.

Por otra parte, la respuesta nos conduce a la práctica clínica. Y en el accionar terapéutico de cada miembro de nuestro Instituto no ha surgido el problema de “exceso de variables”; ni nada parecido a una “ensalada rusa”. El psicoterapeuta integrativo dispone de una teoría sólida y completa, y de un menú **más bien acotado** de estrategias clínicas realmente aportativas... cuya selección y aplicación en un contexto de alianza terapéutica dependerá de cada caso, del psicodiagnóstico integrativo, y de las decisiones clínicas de cada psicoterapeuta.

El psicoterapeuta integrativo dispone, entonces, de estrategias de cambio provenientes de los 6 paradigmas del Supraparadigma; dispone de múltiples “conceptos movilizadores”, de múltiples “principios de influencia”, de técnicas específicas validadas, etc. Sin embargo, no se trata de opciones inmanejables sino de **fuerzas de cambio ordenadamente administrables**.

El desafío consiste por lo tanto en lograr administrar artísticamente aquellos datos sólidos provenientes de la investigación y de la práctica clínica. Y, como lo hemos señalado, esos “datos válidos” son menos de los que todos quisiéramos.

#### **Cuestionamiento 7:**

*Los distintos enfoques de psicoterapia tienden a “empatar” a la hora de mostrar sus resultados terapéuticos. En los hechos, ningún enfoque ha logrado demostrar una superioridad consistente sobre los otros. Si cada enfoque descansa en los “factores comunes” y tiende a aportar específicamente poco, el integrar los aportes de los enfoques involucra integrar “aportes que aportan muy poco”. Extremando el tema, podría decirse que “una integración de ceros aportaría cero”.*

(Cuestionamiento formulado por AcPI)

**R.O.:** Cada enfoque aporta menos de lo que cree y menos de lo que todos quisiéramos. Aun así, **resulta difícil el que un enfoque aporte CERO**. Es cierto que algunos planteamientos pueden ser incluso dañinos o iatrogénicos; pero, afortunadamente, esto constituye la excepción, y no la regla. En la línea de un “3%” rescatado “desde aquí”, el cual pasa a ser integrado con un “5%” rescatado “desde acá”, un Enfoque Integrativo puede lograr acumular un conjunto no menor de conocimientos válidos. Es así que nuestros pacientes “integrativos” pueden beneficiarse a partir

de una ampliación del darse cuenta, de un cambio de contingencias, de los psicofármacos, de re-estructuraciones cognitivas, de una exposición in vivo, de un enriquecimiento del repertorio conductual, de una asignación graduada de tareas, de un fortalecimiento de la autoestima, de cambios en la significación integral, de ejercicios de meditación, etc. Cada una de estas opciones, a través de la investigación **ha mostrado aportes superiores a cero.**

Adicionalmente, hemos logrado acumular más de 160 principios de influencia válidos, provenientes de diferentes enfoques. Esto permite al clínico el disponer de opciones de influencia confiables, administradas según las necesidades clínicas de cada paciente. Si a esto agregamos 18 “conceptos movilizadores”, etc., la noción de CERO comienza a alejarse sostenidamente.

#### **Cuestionamiento 8:**

***El Enfoque Integrativo es simplista y superficial. Simplista, porque toma pedacitos de aquí y de allá. Superficial, porque integra teorías y estrategias muy periféricas, como lo son las ligadas al ambiente y al despliegue conductual.***

(Cuestionamiento formulado en un Congreso Internacional)

**R.O.:** Un cuestionamiento de este tipo podría provenir muy bien desde una vertiente

psicodinámica, familiar sistémica, o post-racionalista. En suma, proveniente de aproximaciones supuestamente “complejas y profundas”. El tema no es menor.

En nuestro Enfoque Integrativo asumimos que **los seres humanos somos “simples y complejos”**. En ocasiones los desajustes pueden provenir de un modesto, ordinario, simple, mecanicista y superficial... condicionamiento clásico. En ocasiones – escasas a la luz de las evidencias - los problemas pueden derivar de conflictos inconscientes, profundos, y reprimidos. En otras, los problemas pueden derivar de dinámicas sistémicas familiares. Y así sucesivamente. Al existir las más variadas opciones, **un Supraparadigma Integrativo debe disponer de espacio para todo lo que realmente esté operando.**

Tomar “pedacitos” de aquí y allá, es diferente de integrar segmentos teóricos válidos y estrategias de cambio potentes... integrados a una totalidad coherente. De este modo, segmento es distinto de “pedacito”, así como conducta no es sinónimo de superficial. **Asumir una estrategia conductista verídica y precisa, es**

**más profundo que asumir una estrategia profunda equivocada.**

Así, **hablar de cosas profundas es distinto de hablar profundamente de las cosas.** Otro tanto ocurre a la hora de las estrategias de cambio; aplicar una “exposición in vivo” con un paciente agorafóbico, puede ser mucho más “profundo” que interpretar eternamente supuestos temores inconscientes a abandonar el útero materno.

A la hora de las profundidades, sin embargo, el Supraparadigma Integrativo entrega los espacios correspondientes; por ejemplo, los paradigmas afectivo, inconsciente y sistémico. Y las funciones del SELF tales como la búsqueda de sentido y la función de conducción de vida... por mencionar algunas.

No se trata entonces de “obligar” al paciente a que sus etiologías sean profundas o bien a que sean superficiales; ni obligarlo a que cambie vía estrategias profundas o bien superficiales. Un enfoque completo y no reduccionista, permitirá acceder a las etiologías del paciente que realmente están operando... **sean estas simples o complejas.** Y posibilitará que el paciente cambie, por las vías que le resulten más

aportativas... **sean estas vías más simples o más complejas.**

#### **Cuestionamiento 9:**

*El Enfoque Integrativo Supraparadigmático es muy poco científico. En los hechos, integra paradigmas tan vagos, fantasiosos, difusos y carentes de evidencia, como lo son el paradigma inconsciente y el paradigma sistémico. En este contexto, los paradigmas científicos integrados al Supraparadigma - por ejemplo el biológico y el ambiental/conductual - pasan a navegar en el mar de vaguedades que los rodean.*

(Cuestionamiento formulado por AcPI)

**R.O.:** Si los seres humanos somos simples y complejos, **el Supraparadigma debe disponer de espacios para albergar a las dinámicas simples y a las complejas.** Hacer otra cosa, **constituiría un reduccionismo hacia lo simple.**

Es efectivo que algunas dimensiones del ser humano son más esquivas de investigar, y que son comparativamente más “inasibles”. Esto, sin embargo, no puede conducir a su erradicación, a su negación, a su evitación. Ya Watson redujo suficientemente en estos territorios.

Por el contrario, todo esto constituye un incentivo para refinar y precisar aquella metodología capaz de permitirnos acceder a estos territorios comparativamente más

complejos. A la hora de la génesis misma del Supraparadigma Integrativo, las evidencias que respalden el accionar del inconsciente reprimido, y/o de las dinámicas familiares, y/o de las rupturas en la coherencia interna del sistema SELF, por ejemplo, han sido valoradas como corresponde. Es más, las evidencias disponibles hoy en día, en estos complejos territorios, son mayores de lo que especulativamente pudiera suponerse.

Como lo hemos señalado, a la hora de la práctica clínica un paciente puede enriquecerse sustancialmente a través de la asignación de tareas o de un ensayo conductual. El mismo u otro paciente, puede enriquecerse también de un ensanchamiento de su darse cuenta, o de una modificación de las reglas reguladoras de la dinámica familiar. Todo depende de los problemas del paciente, de su etiología, de los objetivos terapéuticos, del momento en cuestión, etc.

#### **Cuestionamiento 10:**

*“Soy recién una alumna de 3er año de psicología, por lo que aún sé muy poco. Sin embargo, he escuchado que el Enfoque Integrativo Supraparadigmático es ambiguo e indeciso; no se “moja el potito” y no se la juega por ninguna alternativa. En el fondo, pretendería estar bien con Dios y con el diablo”.*

(Cuestionamiento formulado por una alumna de pregrado)

**R.O.:** Cada uno de los 6 paradigmas causales, integrados en el Supraparadigma, está respaldado por evidencias que avalan sus aportes a predicción y cambio. Si cada uno de los 6 puede documentar evidencias de respaldo **¿qué razón habría para jugársela sólo por alguno de ellos?**

Considerando lo anterior, “mojarse el potito” pasaría a equivaler a meter la pata. A dejar fuera conocimientos válidos provenientes de los paradigmas que se “descartarían”. Equivale a **restar profundidad a la comprensión**, al reducir artificialmente las teorías en juego. Equivale a **restar potencia al cambio**, al retirar fuerzas de cambio aportativas para los pacientes. En suma, este “mojarse el potito” equivaldría a pensar muy deficientemente... a lo cual no le vemos grandes ventajas comparativas.

Dejar de lado cualquiera de los 6 paradigmas del Supraparadigma, empobrece comprensión y cambio. Al dejar afuera a los “otros” 5 paradigmas, dejaríamos de lado conocimiento valioso y fuerzas de cambio aportativas, con lo cual le daríamos la espalda a las evidencias que respaldan a cada uno de esos paradigmas.

El “jugársela” constituye para nosotros un valor orientador; lo hemos hecho muchas veces y en diferentes partes del mundo. Lo hacemos permanentemente, pero en función de Nortés diferentes a los planteados en este Cuestionamiento.

Nuestro Enfoque Integrativo Supraparadigmático **se la juega por el conocimiento y por los pacientes.** Con esos Nortés orientadores, hemos venido luchando y dando la cara, en los más diversos escenarios; con audiencias muy favorables y... no tanto. Nos parece una mejor idea que el optar - “valientemente” - por jugársela por opciones claramente empobrecedoras.

Por otra parte buena estrategia sin valentía suele rentar poco. Y mucha valentía con mala estrategia suele rentar poco también. Una estrategia óptima puede ser desperdiciada porque nadie se atrevió a aplicarla. Un general muy valiente, puede perder la batalla con una estrategia frontal... pero deficiente. Con una buena estrategia, la valentía renta más. Algo podemos aprender de esas historias.

**Cuestionamiento 11:**

***El Enfoque Integrativo Supraparadigmático pretende integrar aportes de múltiples autores: Freud, Pavlov, Rogers, Bandura, Beck, Frankl,***

***etc. Paradójicamente, ninguno de estos autores se sentiría cómodo al interior del enfoque. Al ser integrados tan solo en aspectos puntuales y parciales, esa forma de estar representados en el enfoque les parecería una falta de respeto. Preferirían no ser considerados a participar de una manera tan mínima e irrelevante.***

(Cuestionamiento formulado por AcPI)

**R.O.:** Para que cada autor se sintiera respetado y “cómodo” al interior de nuestro Enfoque Integrativo, tendríamos que rescatarles mucho de lo que plantearon... y rescatar muy poco de los otros autores. Y al rescatar mucho de lo que plantearon, estaríamos integrando sus aportes valiosos... y también sus múltiples errores.

En un sentido de fondo, a nuestro enfoque le parecería lamentable que un Rogers, o un Perls, o un Freud, o un Skinner se sintiera plenamente conforme al interior de nuestro Enfoque. Involucraría que les hemos “comprado” mucho más de lo que realmente ameritan... **a la luz de los datos de investigación existentes hoy en día.** Sería preocupante y lamentable. Suena poco cordial hacia ellos, pero constituiría un empobrecimiento de nuestro Enfoque Integrativo.

Quien debería estar cómodo, contento, confortable, y pleno, al interior de nuestro

Enfoque Integrativo, **es el conocimiento válido**. Y quienes deberían alegrarse con los aportes de nuestro Enfoque, **son los pacientes**.

A los autores les agradecemos sus aportes y les rechazamos sus errores. Errores esclarecidos a la luz de la investigación, no de caprichos nuestros, no de prepotencias nuestras. Al rescatarles sus aciertos, sin embargo, vamos haciendo posible una máxima no menor para nuestro Enfoque Integrativo: **“Evolucionar sobre los hombros de muchos, enfrentando los problemas de todos”**.

#### **Cuestionamiento 12:**

*Cada enfoque es válido en la medida que es consistente con su propia teoría. Asumiendo esto, resulta absurdo y prepotente, el pretender que el Enfoque Integrativo Supraparadigmático sea mejor. Incluso es absurdo el que pretenda aportar una mejor teoría que otras aproximaciones integrativas. Cada enfoque aporta su verdad, tiene derecho a sus espacios, y es evaluable de acuerdo a sus parámetros. El Supraparadigma no puede pretender ser una SUPER teoría, o una SUPER integración; y la Psicoterapia Integrativa no puede pretender transformarse en la SUPER psicoterapia... en desmedro de otras psicoterapias igualmente respetables.*

(Cuestionamiento formulado por un alumno en práctica en nuestro Instituto)

**R.O.:** Aportar un Supraparadigma es muy diferente de pretender aportar un “Superparadigma”. El término Supraparadigma viene muy al caso puesto que lo que procuramos es integrar paradigmas; y, conceptualmente, eso es precisamente un Supraparadigma. Por el contrario el término “Superparadigma” involucra un juicio de valor, una especie de auto-valoración suprema que jamás hemos pretendido.

Por otra parte, la sana y respetuosa convivencia entre los psicoterapeutas, no puede ser más importante que el conocimiento o los pacientes. Adicionalmente, una sana convivencia, no puede exigir declaraciones del tipo “somos todos iguales”.

De este modo, el presente Cuestionamiento constituye una oda al respeto interpersonal, a la igualdad “inter-pares”, a la tolerancia sin fronteras. Una especie de “comunismo nihilista” con el cual Carlos Marx ni siquiera se atrevió a soñar. Desafortunadamente, esta especie de comunismo constituye también una oda al “no conocimiento”; y aporta un soporte relevante para una evolución a la vez estéril y caótica.

**Cuando nada es mejor, todo vale lo mismo, y más pronto que tarde... todo da lo mismo.** La búsqueda del conocimiento involucra la búsqueda del conocimiento “mejor”. Cuando ningún conocimiento es mejor, es porque no estamos hablando de conocimiento. Cuando “nada es verdad ni mentira, y todo es según el color del cristal con que se mira”, pasa a carecer de sentido el observar, el plantearse hipótesis, el investigar, el sacar conclusiones. A la luz de esos parámetros “hiper-aceptativos”, todas las conclusiones pasan a ser igualmente respetables. Basta con que sean consistentes con sus propias auto-exigencias.

En los hechos, las cosas cursan de un modo diferente. Hay teorías que **predicen** mejor el curso de la dinámica psicológica; las que predicen mejor, son mejores. Y nuestra obligación profesional es el buscar ser guiados por las teorías mejores.

Adicionalmente, hay estrategias de cambio que generan un **cambio mayor**, y otras un cambio menor; las que producen un cambio mayor, son mejores. De este modo, hay teorías mejores y psicoterapias mejores... a la luz de sus aportes a la predicción y al cambio.

Un paciente angustiado o depresivo nos exige estrategias clínicas que lo alivien más, lo antes posible, ojalá “para siempre”. Decirle que estamos legitimando cualquier cosa, para preservar nuestros espacios y/o para tranquilizar nuestra convivencia, equivaldría a decirles: “por Ud. no estamos haciendo nada, pero... igualitariamente nada”. O bien “aportamos poco o nada pero somos todos muy amigos”. No es lo que el paciente necesita; no es para ello que la mayoría de los psicoterapeutas “nos pelamos el lomo”: en el desarrollo conceptual, en la práctica clínica, y en la investigación.

### **Cuestionamiento 13:**

*Uds. no pueden decidir qué integrar y qué no. Conozco psicoterapeutas que integran a Freud, con Klein, con Lacan. ¿Por qué eso no sería tan integración como lo que hacen ustedes?*

(Cuestionamiento formulado por un estudiante de psicología)

**R.O.:** Cada psicoterapeuta puede intentar “integrar” lo que le parezca conveniente. Aún cuando fuera inútil, o incluso poco ético desde la perspectiva de los intereses de los pacientes. Nadie podría impedir que lo haga.

El problema es qué es lo que vale la pena integrar... y cómo hacerlo. Si de integrar se trata, se podría “integrar” a Frankl con



Pavlov, a Rogers con Guidano, a Skinner con Carl Jung. O bien, si queremos integrar autores más “afines” entre sí, podemos “integrar” a Pavlov con Skinner, o a Beck con Ellis. **Existiendo miles de autores, podríamos establecer millones de diferentes combinaciones integrativas.** Y, por lo tanto, millones de diferentes enfoques integrativos.

Desde luego, nuestro Enfoque Integrativo Supraparadigmático no integra autores “completos”; como lo hemos señalado, la investigación muestra que cada cual se ha equivocado mucho. Nuestro Enfoque integra el **conocimiento válido**, aportado por cada autor y por cada enfoque; lo cual es muy diferente. Y no integramos cualquier conocimiento, sino el aportativo a predicción y cambio.

Cuando se pretende integrar a Freud, con Klein, y con Lacan, la pregunta es ¿por qué ellos, por qué solo ellos? Y otra pregunta relevante pasa a ser ¿cuánto aporta cada uno de ellos al conocimiento válido como para ameritar ser integrado? Freud, aporta lo suyo; y por eso hemos rescatado sus aportes válidos para nuestro Supraparadigma... y para nuestra psicoterapia Integrativa. Los

aportes de Klein quedan muy “en el aire”; no conocemos investigaciones que la respalden.

En cuanto a Lacan, sus posibles aportes quedan en el “oscurantismo”, como incluso lo han denominado muchos psicoanalistas. Lo probable es que no solo no aporte, sino que mal usado, incluso podría ser iatrogénico. Así, las cosas, el procurar integrar a estos tres autores, no suena a una gran idea. Esto, a la luz de un análisis tranquilo. Por supuesto, quedan muchos “cabos sueltos” que sería necesario ir abordando

Por otra parte, nadie comprende por qué un terapeuta que pretende integrar los discutibles aportes de Klein y Lacan, no procede a integrar aportes contundentes y bien avalados a la luz de la investigación. Por ejemplo, los provenientes de un Pavlov, de un Skinner, de un Rogers, de un Beck, de un Minuchin, de un Bandura, de un Viktor Frankl, de un...

**No se trata entonces de integrar la química con la alquimia.** Se trata de integrar todo conocimiento válido.

Hemos asumido que los seres humanos somos **simples y complejos**. Y que, por lo tanto, sería preciso rescatar el conocimiento

válido proveniente de autores que se han centrado **en lo simple y en lo complejo**.

Al integrar, es preciso establecer límites para no integrar “cualquier cosa”. Autores de una sola línea de pensamiento,... no. Autores “completos” (con sus aciertos y errores)... no. Autores que no han demostrado aportar conocimientos válidos... no.

Integramos lo válido rescatando de aquí... y de allá; no solo “de aquí”. Y el conocimiento rescatado no se contempla. Se pasa a “incorporar” a una **totalidad coherente**, que hemos denominado **Supraparadigma Integrativo**. Y, desde allí, pasa a enriquecer la práctica clínica a través de la psicoterapia integrativa.

#### **Cuestionamiento 14:**

*El Enfoque Integrativo Supraparadigmático se fundamenta en las evidencias, en el conocimiento válido a la luz de los aportes a predicción y cambio. Sobre esas bases, procura constituir también un punto de encuentro para ciencia y arte. Sin embargo, no existen evidencias sólidas que demuestren la superioridad del Enfoque Integrativo Supraparadigmático con relación a los demás enfoques. ¿No constituye esto una debilidad sustancial?*

(Cuestionamiento formulado por AcPI)

**R.O.:** Es efectivo que **carecemos de evidencias “duras” en favor del enfoque**.

Nunca hemos asumido tenerlas. Nunca hemos hecho afirmaciones del tipo “nuestro enfoque logra espléndidos resultados, en esto, en esto, en esto otro...”. A diferencia de muchos enfoques, nunca hemos puesto “la carreta delante de los bueyes”

**A la hora de las evidencias, ningún enfoque se puede sentir muy cómodo.** Con la excepción de algunas técnicas – de preferencia de origen conductual – son escasas las evidencias “duras” que cada enfoque puede exhibir.

En nuestro favor, podríamos argumentar que nuestro enfoque es muy joven, y que ha habido poco tiempo para grandes investigaciones.

Y podríamos argumentar también que – **puesto que el enfoque se nutre desde las más diversas fuentes y solo de aquello que aporta a predicción y cambio** – sus probabilidades de hacerlo mejor son mayores.

En el ámbito de las evidencias “menos duras” sí tenemos mucho que mostrar. Es así que cada psicoterapeuta integrativo proviene de los más diferentes enfoques y cada cual

percibe con convicción que le va mucho mejor desde que opera practicando la psicoterapia integrativa EIS. Esto, por supuesto, puede ser mera sugestión, pensamiento de deseo o “allegiance effect”

En algunas investigaciones específicas también nos ha ido bien. Por ejemplo, al comparar nuestra capacidad para generar alianza terapéutica, O bien al comparar nuestros resultados con pacientes que presentan trastornos de personalidad. O al comparar los resultados de nuestros consultorios con los de otros consultorios de psicoterapia.

También constituye una buena señal el que nuestros Consultorios reciban una fuerte demanda. Asumiendo que la mayoría de los nuevos pacientes nos llegan porque nuestros ex-pacientes nos recomendaron.

No obstante lo anterior, es efectivo que carecemos de evidencias “duras”. El tiempo dirá si este esfuerzo integrativo – que no es menor – aportó lo que siempre buscamos: **profundizar el conocimiento y potenciar el cambio en psicoterapia.**

# Artículos

## Mindfulness en el contexto de la Psicoterapia Integrativa: Una Aproximación Preliminar

*Ps. Mg@ Gabriel Soler S<sup>2</sup>*

### **Abstract**

The aim of this paper is to present a strong argument to justify the use of Mindfulness in Psychotherapy, specifically within the Supraparadigmatic Integrative Model. To achieve this, a conceptual definition of Mindfulness is presented. Then, the therapeutic mechanisms involved are explained, and some applications of its principles in therapeutic models are shown. Lastly, evidence from studies on meditation and its applications is reviewed.

**Key words:** *Mindfulness - Supraparadigmatic integrative Model - Psychotherapy*

### **Resumen**

El objetivo del presente trabajo es presentar un argumento sólido para justificar el uso del Mindfulness en la práctica terapéutica, específicamente dentro del modelo Integrativo Supraparadigmático. Para ello, se comenzará con una definición conceptual del Mindfulness; para luego pasar a contemplar los mecanismos terapéuticos de éste y algunas aplicaciones de sus principios en modelos terapéuticos. Luego se revisará evidencia basada en estudios de la meditación y sus aplicaciones.

**Palabras clave:** *Mindfulness – Modelo Integrativo Supraparadigmático - Psicoterapia*

---

<sup>2</sup> Psicólogo Clínico pontificia Universidad Católica de Chile. Especialista en psicoterapia Integrativa ICPSI. Mg@ Psicología Clínica, mención Psicoterapia Integrativa, Universidad Adolfo Ibáñez - ICPSI. Contacto: [gsoler@uc.cl](mailto:gsoler@uc.cl)

## Introducción

El mindfulness ha tomado relevancia terapéutica en el último tiempo. Su origen, asociado a prácticas espirituales y religiosas, le daba un carácter oscuro, esotérico. Hoy en día se ha desprendido de este origen y se ha convertido en una práctica secular. De este modo se ha estudiado de modo científico como técnica que cambia el funcionamiento cerebral y la conducta. Campagne (2004) plantea que al escribir “meditación” en PubMed aparecen unas mil referencias en revistas de medicina, las cuales comienzan a principios de los 70.

Simón (2007) plantea tres razones para el incremento del interés en Mindfulness: el primero la introducción de las prácticas contemplativas asociadas al exilio de los monjes budistas tibetanos. El segundo al estado del arte de las terapias cognitivas, donde estas prácticas han calzado de buena forma y, por último, lo asocia a la investigación en neurociencias cognitivas.

El objetivo del presente trabajo es presentar un argumento sólido para justificar el uso del Mindfulness en la práctica terapéutica, específicamente dentro del modelo

Integrativo Supraparadigmático. Para ello, se comenzará con una definición conceptual del Mindfulness; para pasar a contemplar los mecanismos terapéuticos de éste y algunas aplicaciones de estos principios en modelos terapéuticos. Luego se revisará evidencia basada en estudios de la meditación y sus aplicaciones.

## Raíces históricas y definición conceptual

La meditación Mindfulness está fuertemente ligada a la meditación Vipassana Budista, teniendo su origen hace 2500 años, cuando fue transmitida por el Buda Gautama. Su significado se puede traducir como “cultivo de la mente” (bhavana).

Campagne (2004) también nos relata que la meditación proviene fundamentalmente de la tradición mencionada, la que tenía como prioridad investigar la mente y la conciencia. Esto está asociado a lo que en occidente se ha llamado fenomenología, en el sentido de investigar la conciencia y el momento presente, pero alcanzando un mayor grado de profundidad y rigurosidad (Varela 2000).

Se distinguen dos grandes formas de meditación: una focalizada en la

concentración en un objeto y otra que busca el insight. La última sería la meditación Vipassana, asociada al Mindfulness. Ésta puede emplear la concentración para llegar a un estado mental más propicio (calmado), pero no implica que sea necesario este paso para poder producir insight. Davidson (2008) presenta la diferencia entre una meditación de Focalización Atencional y otra de Monitoreo Abierto. En un texto donde Davidson es parte del equipo (Lutz, Slagter, Dunne y Davidson, 2008) se especifican las diferencias de cada forma de meditación.

En el primer tipo (de focalización) se desarrollan habilidades como el monitoreo del foco atencional, revisando las distracciones. Luego se desarrolla la capacidad de abandonar los objetos de distracción, sin involucrarse en ellos. Seguidamente ha de aprenderse a volver al objeto original de focalización. Con el tiempo esto pierde esfuerzo y se hace natural. Con la práctica se reporta mayor vigor y liviandad y baja la necesidad de dormir.

La meditación de Monitoreo Abierto, el segundo tipo, emplea la de focalización (anterior) para calmar la mente y reducir los distractores. Al avanzar la de focalización, el

foco va poniéndose cada vez más en esta meditación de Monitoreo. Aquí se pretende observar la experiencia momento a momento, de cualquier cosa que ocurra sin quedarse focalizado en ningún estímulo. Así va bajando un foco puntual (de la meditación anterior) y toma peso la capacidad de monitoreo. Se cultiva un awareness reflexivo, que permite un mejor acercamiento a la experiencia, donde destaca la intensidad fenoménica, el tono emocional y los esquemas cognitivos activos. Se pasa de un esfuerzo activo de concentración, a una observación sin esfuerzo. Este awareness reflexivo de la vida mental, permite cambios en los hábitos emocionales y cognitivos.

En el presente trabajo, se trabajará el concepto de meditación como concepto general que incluye el mindfulness como práctica más particular; que busca llegar a la meditación de insight o de monitoreo abierto, pasando por la focalización como método de calmar la mente.

Campagne (2004) distingue algunos pasos en el proceso de la meditación. Así, primero que nada debe trabajarse la capacidad de tener la atención apropiada y un sistema nervioso equilibrado, aquello que hemos llamado un

proceso de concentración a modo de preparación. Se entrena la atención con un método llamado Samadhi, traducido como tranquilidad. Esto sería un método contemplativo que busca una mayor intensidad de la atención y su estabilidad. Se selecciona así un objeto y se focaliza la atención en él, aumentando progresivamente el tiempo de awareness sobre este. Este objeto suele ser la respiración pero también pueden ser otros.

El Dr. Vicente Simón (2007), Profesor de Psicología de la Universidad de Valencia, sostiene que:

*“mindfulness. [...] es una capacidad humana universal y básica, que consiste en la posibilidad de ser conscientes de los contenidos de la mente momento a momento. Es la práctica de la autoconciencia...” (p. 8)*

Delgado (2009) define Mindfulness como:

*“conciencia centrada en el presente, no elaborativa, y no enjuiciadora, en la cual cada pensamiento, sentimiento o sensación que surge en el campo atencional es reconocido y aceptado tal como es” (p.17)*

Para Germer (citado en Delgado 2009) puede entenderse Mindfulness de tres formas:

1.- Primero como una **práctica de la atención, o meditación**. Se asocia a la práctica del Vipassana del sudeste asiático, o

de la meditación Zen que proviene de Japón. Solo una de las meditaciones budistas tibetanas podría calzar en el concepto Mindfulness. También ciertas meditaciones Yoga calzarían en esta categoría (Delgado 2009). Delgado plantea que:

*“en la práctica del Mindfulness la atención puede adoptar un foco variable, reduciéndose, ampliándose, o cambiando en función de cual sea el objeto de atención en el curso de la meditación, y en todo caso haciendo cualquier evento, pensamiento, sentimiento, sensación, estado mental o incluso distracción, un objeto de estudio” (p. 23).*

2.- Segundo puede entenderse como un **proceso psicológico de ser consciente**, con algunas características (Germer citado en Delgado 2009): no conceptual, centrado en el presente, no enjuiciamiento, intencional, observación participante, no verbal, exploratorio, liberador. Estos estados pueden ser momentáneos, pero con el tiempo pueden hacerse más permanentes. Permite generar “insights sobre la naturaleza de la mente y las causas del origen del sufrimiento” (Delgado 2009, p.26). Así cuando estamos en un momento “mindful” “nuestra atención no se enreda en el pasado o en el futuro de una forma inútil, y no enjuicia o se resiste desadaptativamente a lo que está ocurriendo en el momento presente” (p.27)



3.- Finalmente, puede entenderse como un **constructo psicológico**. Esto implica operacionalizaciones desde la psicología actual. Se puede definir el Mindfulness como lo hace Feldman (citado en Delgado 2009), en cuatro aspectos: habilidad para regular la atención, orientación hacia la experiencia presente o inmediata, awareness de la experiencia, actitud de aceptación o no enjuiciamiento de la experiencia.

Se hace interesante distinguir la meditación de la relajación. Incluso Benson (citado en Delgado 2009) plantearía que la meditación sería una forma más de relajación. Vallejo, (citado en Delgado 2009) plantea que puede emplearse cualquier relajación a los objetivos del mindfulness, al promover la observación y aceptación.

Campagne, D (2004) plantea que el mindfulness se distingue de la relajación, de un método para la iluminación o para eliminar el dolor. Estos efectos son posibles, pero no son su meta. En un comienzo puede generar efectos similares a la relajación. La meditación usa la voluntad no para relajarse, sino que para estar alerta. Entrena la concentración, no para relajarse, sino que

para, finalmente, lograr un estado de desconcentración. Estudios plantean (Baer citado en Delgado 2009) que la meditación promueve estados de la mente positivos y disminuye las rumiaciones.

Lo anterior lleva a perder la noción de contenido, de pensamiento, de uno mismo sin perder la concentración. Se desactivarían áreas similares a las implicadas en la relajación, y otras se activarían, mostrando que es un proceso diferente de ella. En el EEG suelen bajar las ondas beta cuando se hace una relajación, *pero en la meditación estas se incrementan*, estas ondas están relacionadas con la consciencia de vigilia. El fMRI indica activación de las áreas de atención y control del sistema nervioso autónomo. Hay muchas áreas que bajan su activación, pero en el sistema nervioso central pasa lo contrario. Se generaría un espacio de alerta incrementada.

Campagne (2004) plantea que la relajación puede emplearse para controlar situaciones estresantes mediante el control de los efectos producidos en el sujeto del estrés. Por otro lado la meditación permitiría quitarle a la situación la característica de estresante, y además incidiría en los niveles

de cortisol en la sangre (Campagne 2004). Así el cortisol, asociado al estrés, bajaría en la práctica prolongada de meditación, pero no en la meditación a corto plazo ni en la mera relajación (Jevning citado en Campagne 2004)

### Mecanismos psicoterapéuticos

El Mindfulness se ha relacionado bien con las terapias cognitivo conductuales, como se verá en los modelos terapéuticos que se expondrán más adelante. Una gran diferencia entre ambas, es que la terapia cognitiva tradicional busca el cambio en el pensamiento, en cambio las terapias basadas en Mindfulness *parten de una base de aceptación del contenido de éste*. Se apunta más al proceso que al contenido del pensamiento. Se tiene la idea de que, al observarlos sin enjuiciar, éstos mostrarán su impermanencia (es decir, que no perdurará en el tiempo). De todos modos, la literatura Budista (origen de esta práctica) recomienda cultivar pensamientos positivos y desechar los negativos (Delgado 2009)<sup>3</sup>.

---

<sup>3</sup> Pero debe tenerse en consideración que la definición de positivo y negativo, en otro tema, como es la emoción dentro de la tradición budista, es diferente a la occidental; siendo la emoción positiva la que muestra lo que en verdad es y la negativa la que

### Tres elementos clave en el Mindfulness

Son tres los elementos fundamentales para el uso terapéutico del Mindfulness (Delgado 2009): la conciencia, de la experiencia presente, con aceptación.

La **Conciencia** se dividirá en 3 pasos. El primero es “**parar**” que implica detener o lentificar la experiencia. Esto detiene la rumiación y permite acceder al presente. Luego viene “**observar**” no desapegadamente. Se emplea la “concentración” (muchas veces en la respiración) para encontrar la atención. Esto permite observar lo que ocurre en el interior para abrirse a contemplar a dónde va la atención. Muchas veces se etiqueta lo que emerge a la conciencia (por ejemplo diciendo “este es un pensamiento”). Finalmente se “**retorna**” tras haberse ido la atención hacia otro contenido.

La **experiencia del momento presente**: la atención debe dirigirse sabiamente hacia el presente. En caso de ya estar en el presente, no es necesario emplear el mindfulness para ello.

---

oscurece la verdad, como se señala en la conversación de Goleman y el Dalai Lama (Goleman 2005). Surge aquí la duda de qué implica un pensamiento positivo en esta tradición.

**Aceptación:** el momento presente puede colorearse por la actitud con la que se recibe. La idea es recibir sin juzgar. Para Germer (Delgado 2009) “la aceptación es suave, amable y relajada y es susceptible de ser cultivada” (p. 63)

### **Mecanismos Terapéuticos del Mindfulness:**

Se pueden distinguir 5 mecanismos terapéuticos del Mindfulness según Delgado (2009): Exposición, relajación, cambios cognitivos, aceptación y autoobservación

**Exposición:** Útil en trastornos emocionales, especialmente Ansiosos. Se suma la contemplación de: a) las sensaciones, b) el estado de la mente, c) el contenido de la mente. Por lo que es útil para: la exposición interoceptiva, la exposición en imaginación y la exposición en vivo. La evitación es una característica de múltiples patologías psicológicas y con estas técnicas se busca una aproximación a ellas en un contexto de aceptación.

**Relajación:** algunos autores han considerado la meditación un medio de relajación, y para otros la relajación es necesaria para llegar a la meditación (Vallejo 2006 citado en Delgado 2009). Baer (citado en Delgado

2009) plantea que el objetivo de la meditación es observar sin enjuiciar las condiciones, lo que podría llevar a estados “no relajados”. Algunos autores (Delgado 2009) han encontrado efectos similares entre relajación y meditación, pero a la última se le añaden efectos de tener estados mentales positivos y reducciones en las respuestas rumiativas y distractivas.

**Cambios cognitivos:** Es importante el efecto del Mindfulness de distinguir los pensamientos de la realidad. Que el miedo no implica un peligro exterior o que un auto-diálogo como “soy torpe” no es reflejo de algo real. Por otro lado el volver al momento presente permite detener patrones rumiativos, por ejemplo en la depresión.

Se distinguen algunos efectos, como el expuesto por Teasdale (Delgado 2009) llamado “insight metacognitivo”, descrito como la capacidad de no responder reflejamente ante una percepción, cambiando el reflejo por reflexión. O como lo descrito por Hayes (en Delgado 2009): “defusión cognitiva”, que implica la “pérdida de las funciones evaluativas y literales del lenguaje” (p.69).

Otro concepto interesante es el de Shapiro (en Delgado 2009): re-percepción (reperciving) descrito como hacerse testigos de lo que nos ocurre. Facilita “flexibilidad cognitiva, emocional y conductual, frente a los patrones rígidos de respuesta que se derivan de la identificación ciega con la experiencia” (p.69)

Hay controversia con los conceptos que ven esto como “metacognitivo”, pues iría más allá del pensamiento. Implicaría observar pensamientos y sentimientos, en una actitud de aceptación. Germer (En Delgado 2009) plantea que es más bien “conciencia de” que “pensamiento de”. El mismo autor destaca que de todos modos son útiles las “cuasi-metacogniciones”, por su efecto de insight.

**Aceptación:** El tema de la aceptación ha quedado eclipsado en general por el cambio. En el uso del mindfulness este concepto toma fuerza. En la experiencia de las personas habría evitación a ciertos contenidos que van generando costes a la vida. Aquí habría que aprender a aceptar el dolor, los pensamientos, sentimientos, impulsos u otros fenómenos corporales, cognitivos o emocionales. Vallejo (en Delgado 2009) le da relevancia a los

mecanismos de Feedback corporales. Así, el control sobre los sucesos incontrolables o automáticos, requieren una experimentación y exposición natural, siempre con la menor interferencia posible, en un contexto de aceptación.

**Auto-observación:** este componente puede promover estrategias de afrontamiento para diferentes conflictos. Por ejemplo, en trastornos alimenticios permite tomar conciencia de la saciedad en contra del impulso por el atracón. También es útil en el trabajo con recaídas, pues permite tomar conciencia de las señales de la potencial recaída. En la personalidad límite, Linehan (Delgado 2009) plantea que la auto-observación aumenta el reconocimiento de las consecuencias de las conductas. Además, la consciencia en el presente permite focalizar la atención en las actividades, y que ésta no divague entre preocupaciones, recuerdos y estados anímicos negativos.

Se hará la distinción entre una autoobservación adaptativa y una no adaptativa. La primera sería experiencial y vivencial; y la segunda analítica y rumiadora. Esta distinción es relevante, pues estudios plantean que los depresivos y ansiosos

estarían patológicamente centrados en sí mismos, argumento empleado contra el mindfulness. Pero al distinguir dos tipos de autoobservación puede emplearse esta técnica de mejor manera. Así, no se opta por la distracción y la evitación de la experiencia de pensar; es una observación en el presente, sin juzgar, sin comparar con ideales, aceptando y notando la transitoriedad.

### **Autorregulación emocional y Mindfulness**

Se distinguen dos tipos de autorregulación (Gross en Delgado 2009): la antecedente y la de respuesta.

- Antecedente: son las claves previas a la activación de la respuesta. Se puede interferir modificando la situación, empleando la percepción selectiva y el reencuadre cognitivo.
- Respuesta: posterior a la activación. Incluye la supresión y otras estrategias de evitación experiencial.

Las primeras serían efectivas a corto plazo y las segundas parecen ser contraproducentes. La terapia cognitivo conductual (TCC)

promueve la autorregulación antecedente y la de aceptación y compromiso (ACT) busca contrarrestar la de respuesta, que es desadaptativa, combatiendo la evitación experiencial. En general, el mindfulness no solo se focaliza en la respuesta, sino que también en el antecedente emocional; permitiendo, por ejemplo, cambios en la autorregulación de la atención, y en una actitud particular de aceptación.

La mera observación de las emociones y su toma de conciencia no se han correlacionado con reducción de problemas clínicos ni con aumento del bienestar. Lo que sí reduce los problemas clínicos es la exposición sistemática a algunas emociones y el procesamiento emocional de los afectos disruptivos. Por ello se han distinguido diferencias de calidad de esta conciencia emocional. Así, la peculiaridad de aceptación y compasión del mindfulness puede ser una clave en esta necesidad. Se entiende aquí compasión no como lástima, sino que como “interdependencia unitaria”.

El mindfulness aportaría a la sub y a la sobre implicación emocional (Hayes y Feldman en Delgado 2009). Una forma es evitar las emociones (sub-implicación como

distracción, negación, distorsión cognitiva, supresión, represión, abuso de sustancias, autolesión, retirada, disociación y eventualmente suicidio), que puede ser contraproducente a largo plazo. Por otro lado, está la sobre implicación (que puede implicar rumiación, preocupaciones, obsesiones, ansia recurrente, impulsos fuertes y conducta compulsiva). La distancia producida por el ejercicio del mindfulness podría ayudar a llegar a la línea base.

Se asocia el mindfulness a elementos de inteligencia emocional. Mayer y Salovey habrían desarrollado un modelo de inteligencia emocional donde son relevantes 4 elementos interdependientes: percepción y expresión emocional, facilitación emocional (buen uso de las emociones para facilitar procesos cognitivos) comprensión emocional y regulación emocional (Natalia Ramos citada en Delgado 2009). El mindfulness realzaría estos 4 elementos y además aportaría una actitud y cualidad de la atención que impide efectos negativos (Delgado 2009).

### **Terapias basadas en Mindfulness**

En este punto se describirán aproximaciones terapéuticas estructuradas basadas en mindfulness. Existen otras formas de

categorizar los trabajos desde el mindfulness, como mirando las aplicaciones concretas a patologías particulares. Así Delgado (2009) propone capítulos dedicados a: dolor crónico, fibromialgia, trastornos alimentarios, cáncer, abuso de sustancias y recaídas, trastornos de ansiedad, depresión, trastornos de personalidad. Por otro lado Didona (2009) en su manual de mindfulness clínico presenta capítulos especialmente dedicados a trastornos de ansiedad, trastornos obsesivo compulsivos, depresión, personalidad límite, desórdenes alimenticios, comportamiento adictivo, traumas y estrés postraumático, déficit atencional, psicosis, dolor crónico y oncología. Comenzar este análisis por trastornos es sumamente interesante pero trasciende los objetivos de este artículo. Ahora presentamos modelos terapéuticos basados en mindfulness.

### **Programa de reducción del estrés basado en Mindfulness. (MBSR)**

Programa desarrollado por Jon Kabat-Zinn en la *Stress Reduction Clinic* de la Universidad de *Massachusetts*, en el año 1982. Marshall (2012) lo describe como el más citado de los programas de entrenamiento. Para Delgado (2009) este surge dentro de la “medicina comportamental”. Es una aproximación

psico-educacional que enseña mindfulness para reducir el estrés y mejorar la salud. Funciona como complemento a otras terapias. Tiene como principio: “no importa cuál sea tu condición, nosotros creemos que hay más cosas buenas en ti que erróneas”, expresando así compasión y aceptación. Es importante el lema “ser y no hacer”: que implica detenerse. Con una actitud de “no saber”, donde se dejan caer las ideas previas. Se fomentan 7 Actitudes claves: no enjuiciamiento (En caso de descubrirse a uno mismo juzgando, se reconoce este acto mental como “estoy juzgando”), paciencia (cada cosa tiene su tiempo), mente de principiante (ver las cosas como si fuese la primera vez), confianza (en uno mismo, sabiduría y bondad primordiales), no luchar ni competir (sin buscar cambiar lo ya hecho consciente), aceptación (las cosas como son), dejar pasar (con desapego).

Se distingue por ejemplo el dolor del sufrimiento. *El segundo implicaría dolor más una rumiación psíquica.*

Se trabaja con una clase semanal de 2 horas por 8 semanas en grupos de hasta 30 participantes. Se potencia el mindfulness como modo de vida. Así se trabaja con meditación formal y no formal. La primera es

el tiempo de meditación propiamente tal y el segundo es su aplicación a la vida diaria. Se practica la focalización de la atención en distintas partes del cuerpo, posturas de yoga, respiración. De este modo se fomenta la práctica de Mindfulness en la vida diaria (Marshall 2012). Se comienza con un CD para el uso individual en el hogar.

### **Terapia cognitiva basada en Mindfulness para la depresión (MBCT)**

Este modelo terapéutico fue desarrollado por Teasdale, Segal y Williams el año 1995. Surge como ampliación del modelo anterior enfocado al estrés (Marshall 2012). Comienza a partir de un modelo para comprender la depresión ICS (Interacting Cognitive Subsystem). Existiría un engranaje autoperpetuante de la depresión con dos bucles, uno cognitivo y otro sensorial. El feedback corporal de las posturas, la expresión, etc., se une a los esquemas depresógenos. Así se describen dos códigos de significado: proposicional (conceptual y declarativo, desconectado de la emoción) e implicacional (holístico, conectado con sensación y emoción).

Habría en la depresión un procesamiento rumiativo, focalizado en una brecha entre un

estado actual y otro deseado, siempre negativo y autorrelatado.

Estos mecanismos se activarían en las recaídas de la depresión, activándose el engranaje. Evitarlos sería preventivo de recaídas, desactivando el engranaje negativo. La distracción ha presentado poca eficacia a largo plazo. Otra opción ha sido combatir los contenidos irracionales. Pero este modelo plantea un cambio no hacia el contenido del pensamiento *sino que hacia el proceso del mismo* y apuntando también a la corporalidad (Delgado 2009). Esto con el fin de romper el feedback negativo. Se emplean elementos de la terapia cognitiva con el fin de focalizar la mirada a los propios pensamientos, empleando declaraciones como “pensamientos no son hechos”, “yo no soy mis pensamientos” (Marshall 2012).

*Se busca un insight metacognitivo*, donde el pensamiento surge como pensamiento y no como reflejo de la realidad, que es sentido en forma global y emocional (corporal), en el registro implicacional y no solo el proposicional.

Se añaden actividades al modelo anterior MBRS, herederas de las terapias cognitivas (Delgado 2009)

1 Registro de actividades: agradables y desagradables

2 Mini meditación de tres minutos en la respiración: en espacios cotidianos. Tres partes:

- Centrarse en experiencias internas: ¿qué me ocurre ahora?
- Llevar la atención a la respiración
- Expandir a todo el cuerpo

3 Enfocar la mente en las dificultades durante la meditación sentada: traer una situación problemática. La idea es notar las sensaciones de forma abierta, amable, no enjuiciadora.

4 Ejercicios de terapia cognitiva clásica: hacer consciente el efecto de los pensamientos en el ánimo y su funcionamiento en piloto automático. ABC: una situación es mediada por un pensamiento para un afecto. Busca la desidentificación del pensamiento, se emplea “cuestionario de pensamientos automáticos” de Hollon y Kendal



5 Actividades agradables y de destreza; hacer lista con actividades de estas características para hacer en caso de que el ánimo baje.

6 Detección de señales y planes de acción para la prevención de recaídas: se genera una lista que da índices de recaída. Se buscan planes qué hacer.

En general se busca una autoobservación adaptativa. Por otro lado se distinguen dos modos de pensamiento (Segal, Williams y Teasdale en Delgado 2009):

1 “El modo de hacer”: que busca un logro tras la actividad. Analiza pasado y futuro y pierde el presente. Se compara entre lo percibido y deseado.

2 “Modo de Ser”: pensamientos en el presente. Aceptación y no enjuiciamiento. Objetivo del programa es pasar al modo de ser.

### **Terapia Conductual Dialéctica o DBT:**

Marsha Linehan en 1993 comenzó esta terapia integrando elementos de la meditación Zen, la filosofía dialéctica y elementos de las terapias cognitivo-conductuales (Marshall 2012). La filosofía

dialéctica consiste en que fuerzas opuestas van dando paso a nuevas construcciones en una nueva síntesis. Hay así una síntesis entre aceptación y cambio constante en esta perspectiva.

Muy empleado en trastornos límites de personalidad. La diferencia de una terapia cognitiva conductual clásica en un equilibrio dialéctico entre cambio y aceptación. Plantea que el origen del trastorno límite está en un ambiente original que incapacitó a la persona para poder regular sus emociones, desarrollar su identidad y relacionarse con los demás. Esto asociado a una vulnerabilidad biológica.

Miller y Rathus (en Delgado 2009) plantea que su parte individual (a diferencia de la grupal) implica más que técnicas, principios terapéuticos. Habría así una jerarquía de metas: conductas suicidas y parasuicidas, conductas que interfieren con la terapia, conductas que interfieran con la calidad de vida, aumentar habilidades comportamentales.

En la parte grupal incluye habilidades desde lo cognitivo conductual. Se enseña: mindfulness, tolerancia al malestar,

regulación emocional y eficacia interpersonal. Se comienza con el mindfulness para poder potenciar las otras habilidades.

Se toman en este modelo técnicas mindfulness asociadas a: foco en el presente, tomar conciencia sin juzgar, y flexibilidad atencional. Promueve el autocontrol mental. Se plantea un desarrollo de “Mente sabia”, descrita como “estado de conocimiento en el cual las emociones y la razón se integran en un estado de la mente que es mayor que la suma de sus partes” (Delgado 2009 p.103). Se ubica la mente emocional y la racional como polos a ser integrados.

En la aproximación Conductual Dialéctica las habilidades Mindfulness se dividen en las de a) qué o de contenido, y las b) de cómo o de proceso (Delgado 2009):

**a) Qué: observar, describir y participar (una a la vez)**

Observar: recibir la experiencia sin etiquetarla, categorizarla o conceptualizarla, con ecuanimidad y sin intervenir.

Describir: etiquetar lo observado, poner palabras sin interpretar. Promueve la de-fusión cognitiva y la desliteralización.

Participar: implica adentrarse y ser uno con la propia experiencia. Entregarse a la acción con fluidez.

**b) Cómo: sin juzgar, de una en una con atención consciente y con eficacia (en conjunto).**

Sin juzgar: sin bueno o malo. Descripción objetiva. Del juicio se pasa a la descripción.

De una en una con atención consciente: *focalizarse* en la acción presente, con plena conciencia y sin dividir la atención.

Con eficacia: actuar con destreza y aprender habilidades según los objetivos personales y situacionales.

Otras habilidades mindfulness serían Habilidades de eficacia interpersonal, Habilidades de regulación emocional (aquí entra fuertemente el Mindfulness), Habilidades de tolerar malestar (implican progresión en el mindfulness).

Se destaca como importante no aplicar la meditación formal con personas con patología severa. La autora comienza a experimentar con la meditación formal pero tuvo problemas con sus pacientes, que no podían realizarlas. Por ello se generan

objetivos individuales de las técnicas y no se emplea directamente el mindfulness cuando se estima necesario.

Esta terapia ha sido ampliamente probada para los trastornos límites de la personalidad. Con el tiempo se han hecho modificaciones para el tratamiento de la depresión, los trastornos alimentarios, personalidad límite en adolescentes, y la reducción de conductas agresivas en el VIF (Delgado 2009).

### **Terapia de Aceptación y Compromiso o ACT:**

Fue desarrollada por Hayes, Strosahl y Wilson en 1993 (Marshall 2012). Está asociada al análisis conductual. Marshall (2012) plantea que no puede entenderse como Mindfulness, pero que comparte elementos de este, siendo coherente con varios de sus elementos.

Tiene bases constructivistas. La verdad se asocia a la utilidad y la psicopatología se enlaza con el lenguaje. Se parte de la base de que los eventos cognitivos son indispensables para comprender la conducta. Son considerados aquí como conducta tanto recuerdos, pensamientos, sensaciones,

emociones, sentimientos. Estos dependen del contexto actual e histórico, y por lo tanto sus patrones son “normales” al entenderse como construidas históricamente.

Es importante en esta aproximación desarrollar comportamientos valiosos para la vida. Así los problemas psicológicos surgen cuando los eventos internos interfieren con los valores fundamentales de la persona (Delgado 2009).

Es fundamental la aceptación de la experiencia. Se asume, que de fondo de muchas patologías, está el “trastorno de evitación experiencial (TEE)”. Que implica no estar dispuesto a contactarse con las experiencias privadas. Se busca la flexibilidad psicológica, que implica: aceptación, defusión, self como contexto, contacto con el momento presente, valores y acción comprometida (que serán expuestas brevemente a continuación)

Así podemos describir los 6 procesos de la flexibilidad psicológica (Delgado 2009).

**Aceptación:** tomar las experiencias como son (y no como dicen que son). Experimentar las experiencias interiores sin reducirlas o

manipularlas, y sin llevarlas a la acción. Aceptar experiencias internas, no tanto reducir la ansiedad como vivir una vida más valiosa en tanto cumplir metas personales.

**De-fusión cognitiva:** El problema no son los pensamientos, sino que el que regulen la evitación experiencial. Muchas veces se vincula emoción y pensamiento, o pensamiento y acción. Aquí se busca diferenciar y vivir el pensamiento como pensamiento, sensaciones como sensaciones y recuerdos como recuerdos. Debe ayudar a la aceptación y a los patrones evitativos y sus reglas gobernantes.

**Self como contexto:** Self en el “aquí y ahora” y no “allá y entonces”. Nueva perspectiva trascendente. Se busca que el Self sea un suelo donde la experiencia no sea amenazante, uniéndose esto a la de-fusión y aceptación. Se busca romper el apego a un self construido verbalmente. La persona puede identificarse con etiquetas verbales como “soy agorafóbico” y auto-perpetuar la etiqueta. Pueden confundir algo que experimentan como algo que son.

**Contacto con el momento presente:** Se promueve la observación y descripción sin

juicio de la experiencia presente. Es un modo llamado “*Self como proceso de conocimiento*”. Requiere aceptación y de-fusión.

**Los Valores:** Son cosas que cuidar que son susceptibles de no ser concluidas, a diferencia de las metas. Se pregunta por los terrenos valiosos y por metas y objetivos idiosincráticos. Se busca explorar lo que controla las acciones de las personas. Los valores se entienden aquí como reglas o pautas verbales vinculadas a consecuencias verbalmente construidas. Se pregunta a la gente cómo quiere sobrellevar su vida en familia, amistad, trabajo, espiritualidad, etc. Los valores promueven enfrentar ansiedades a pesar de su costo y dificultad.

**Acción comprometida:** La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) anima a comprometerse a cambios en el comportamiento. Esta acción está sustentada en los valores.

→ Los 4 primeros procesos descritos previamente son de aceptación (asociados más al mindfulness) y los últimos de compromiso. Se relacionan todos entre sí. Se

trabaja con la metáfora de la vida como cuidado de un jardín con metas y valores.

### **Programa de prevención de recaídas en conductas adictivas basado en Mindfulness.**

Esta propuesta terapéutica surge de un modelo teórico de prevención de recaídas (RP), donde esta surge por una falta de estrategias de afrontamiento pertinente. Al ir logrando estas estrategias subiría la autoeficacia. Habría dos estrategias fundamentales, primero prevenir la caída inicial y mantener la abstinencia; y segundo proveer de habilidades de afrontamiento para las caídas, así si ocurre esta caída prevenir recaídas. Habría recaídas por eventos interpersonales y otros por eventos intrapersonales.

Se practicaría un afrontamiento “inactivo”, basado en el “dejar pasar” budista. Se le llama a esto “Surfing Urge” donde se practica “etiquetar las sensaciones internas y preocupaciones cognitivas correspondientes a un deseo urgente de consumo y a fortalecer una actitud de desapego de esa urgencia” (Delgado 2009, p.122). Así se acepta y no se actúa el deseo, observando y aceptando el distrés del craving. Esto

produciría una estrategia de afrontamiento efectiva y adaptativa. Marlatt (en Delgado 2009) distingue entre *craving* y ansia. El primero es el deseo subjetivo de experimentar la sustancia y el ansia (*urge*) es más urgente e implica la intención comportamental o impulso por consumir la droga.

Langer definió el Mindfulness como una habilidad cognitiva y la incorporó al estudio de las adicciones y su tratamiento. *El adicto estaría en estado “mindless”*, con dicotomías cognitivas rígidas y con la dependencia como único modo de escapar del estrés y la ansiedad.

Los autores Groves y Farmer (en Delgado 2009) plantean que el mindfulness puede permitir hacer consciente los disparadores del craving, pudiendo así elegir una conducta distinta.

Esta práctica permite prevenir respuestas operantes aprendidas por condicionamiento, así podría generar un “contracondicionamiento” y funcionar como adicción positiva.

Se genera un círculo de exposición y desensibilización, donde se vigila el pensamiento, en contexto de relajación y aceptación.

El modelo de prevención de recaídas (RP) propone primero que nada hacer una evaluación de factores de riesgo potencial y de alto riesgo para recaídas. Dentro de ellas está la autoeficacia baja, las respuestas de afrontamiento ineficientes y las situaciones estresantes. De este modo se trabaja con: identificar y modificar habilidades de afrontamiento deficitarias, mejorar autoeficacia, educar sobre el efecto de la violación de la abstinencia y estimular expectativas de resultados positivos

Así el modelo MBRP (Programa de prevención de recaídas en conductas adictivas basado en Mindfulness) plantea no tanto cambiar como aceptar. El cambio es en la relación de los pensamientos con uno mismo. De este modo se aceptan pensamientos y craving y se les deja pasar sin reaccionar ante ellos.

Los temas a tratar en las sesiones son: piloto automático y craving; disparadores pensamientos, emociones y craving;

mindfulness en la vida cotidiana; permaneciendo presentes y conscientes en las situaciones de alto riesgo; equilibrando aceptación y cambio; pensamientos no son hechos; como puedo cuidar mejor de mí mismo; construyendo mi red de apoyo; vivir equilibrados y utilizar lo que se ha aprendido.

### **Evidencias del uso de Mindfulness**

Para el año 2008 se realizó un estudio sobre la evidencia del mindfulness a la fecha, revisando 52 artículos. *Se asociaría a la práctica de mindfulness a menos estrés emocional, mas estados positivos de la mente y mejor calidad de vida (Greeson 2008). Además podría influenciar el cerebro, el sistema autónomo, las hormonas del estrés, el sistema inmune, y conductas saludables (Greeson 2008).*

Se evidencian cambios en enfermedades corporales como la psoriasis, la diabetes tipo 2, la fibromialgia, la artritis reumatoide, el lumbago y el déficit atencional (Greenon 2008)

Reduciría los síntomas del estrés y del mal humor, mejorando el bienestar emocional y la calidad de vida (Greenon 2008). Se están

investigando múltiples aplicaciones clínicas, asociadas a enfermedades fisiológicas.

Estudios realizados en base al programa de reducción de estrés (MBSR) muestran que el cambio en el cerebro en la actividad frontal se asociaría a una mejor respuesta de los anticuerpos (Davidson 2003 en Greenson 2008). Hay varios estudios en distintos tipos de cáncer, que muestran que la práctica reduce el Cortisol y permite un funcionamiento normal del sistema inmune (Greenson 2008). Así también se ha estudiado el VIH y efectos positivos en el sistema inmune.

Estudios sobre el comportamiento han mostrado que esta práctica de mindfulness puede romper hábitos perjudiciales. Permitiría un mejor afrontamiento al estrés y emociones negativas sin responder de forma impulsiva y autodestructiva (Greenson 2008). Se exponen a continuación otros hallazgos...

### **Respiración y meditación**

Se generarían cambios en la respiración, incluso habiendo correlaciones entre períodos de suspensión respiratoria completa y estados de “conciencia pura” (Campagne 2004).

“Determinados indicadores bioquímicos de la actividad metabólica se muestran significativamente reducidos a nivel celular, tisular y corporal durante períodos de meditación enteros entre meditadores experimentados”. (Campagne 2004, p- 6).

Estas detenciones de la respiración implican la detención de la inhalación y exhalación normalmente detectables, pero continúa el intercambio con los pulmones. Estos estados se correlacionan también con altas correlaciones inter hemisféricas en el cerebro.

### **Metabolismo**

Siguiendo con Campagne (2004) se observa un relajamiento general de los vasos sanguíneos. Bajas específicas de activación por ejemplo en hígado y riñones. La baja del consumo de O<sub>2</sub> estaría asociada a un metabolismo reducido de los músculos esqueléticos. Habría un aumento de consumo en las regiones cerebrales frontal y occipital, lo que es diferente a la relajación. Se reduciría el metabolismo de los glóbulos rojos. Decremento la hormona estimulante de la tiroides, asociada a un metabolismo más bajo. El cortisol en la sangre decrece

(asociado a bajar el estrés), en los meditadores avanzados.

### **Disposición afectiva**

El mindfulness (Teasdale y cols., 1995 citado en Marshall 2012) promueve un ánimo positivo y el equilibrio anímico en general, y, además, actitudes de aproximación frente a los de evitación, por lo que serviría para cuadros depresivos y ansiosos.

Richard Davidson y colaboradores (2003 citado en Marshall 2012), encontraron que tras 8 semanas de práctica del mindfulness habría un cambio significativo en la actividad del electroencefalograma, hacia el lado izquierdo del cerebro, en las zonas anteriores y medias. Esta activación ya estaría asociada a estados de ánimo positivos y un mejor manejo de los afectos negativos.

Además de esto Davidson (2008) encuentra menor activación en la amígdala ante sonidos emocionales, existiendo una correlación negativa, es decir mientras más horas de meditación en su vertiente de concentración, menos activación de la amígdala. Esto puede entenderse como que la estabilidad de la atención es contradictoria

con los comportamientos reactivos a la emoción (Davidson 2008).

Lutz, Brefczynski-Lewis, Johnstone y Davidson (2008) presentan un estudio empleando fMRI donde comparan meditadores novatos y avanzados induciendo un estado de compasión. Se presentan estímulos sonoros con carga afectiva y sin ella, entre ellos sonidos estresantes. Los resultados de este estudio sugieren que los meditadores experimentados tendrían mejor capacidad de detección de sonidos emocionales y una aumentada capacidad de mentalizar en respuesta a vocalizaciones humanas. La experticia mental en estados positivos podría alterar la activación de circuitos previamente asociados a la empatía y la teoría de la mente.

La práctica de etiquetar la experiencia verbalmente (asociada a la meditación de insight o de monitoreo) ha sido estudiada y se ha encontrado actividad neuronal en córtex pre frontal ventrolateral derecho y actividad atenuada en la amígdala (a través de la activación de la zona ventromedial del lóbulo pre-frontal). Esta actividad de etiquetar podría generar modulación



emocional (Lutz, Slagter, Dunne y Davidson, (2008)).

Habría menor activación de la amígdala en los practicantes avanzados (Lutz, Slagter, Dunne y Davidson (2008)), zona asociada a las emociones más primarias, modulando también la asociación afectiva de los recuerdos.

### **Percepción novedosa**

La meditación incidiría en la percepción. Habría diferentes formas de percibir entre las diferentes personas. La percepción no solo se generaría por información sensorial, sino que hay mucha información que proviene desde el cerebro. Se le llama a esto información “arriba hacia abajo”. Esta información desde “arriba” permite tomar decisiones más rápidas, pero también implica perder percepción novedosa (Simón, 2007). Estos procesos “arriba abajo” simplifican y modulan todos los niveles de análisis de la información entrante. Lo que se propone es ampliar la percepción “abajo arriba”, es decir, abrir los canales sensoriales a construcciones novedosas y no quedar atrapado en los conceptos que vienen ya rígidos desde la mente.

El mindfulness propone focalizarse en alguno de los diferentes sentidos (distinguiéndose 8: los cinco tradicionales, más la propiocepción, vista de la mente y resonancia relacional, (Siegel, 2007 citado en Simón 2007)) activando el lóbulo frontal dorsolateral. Esta activación permite una autoobservación consciente de los procesos perceptuales, que permitiría flexibilizar las respuestas, dejando de ser autónomas.

### **Atención**

Lutz, Slagter, Dunne y Davidson (2008) presentan estudios sobre la atención en las dos grandes partes de la meditación (de focalización o de monitoreo). En la meditación de focalización se presentan estudios donde se emplea la rivalidad binocular, encontrando que esta meditación permite mantener la atención más tiempo que el grupo control.

Se han encontrado incrementos en áreas cerebrales implicadas en el monitoreo (córtex pre frontal dorso lateral), enganche de la atención (córtex visual) y orientación atencional (en el surco frontal superior y el surco intraparietal). Habría una curva de aprendizaje, existiendo menos activación tras muchas horas de práctica. Siguiendo a los mismos autores habría una des-

automatización de los procesos mentales que dan forma e interpretan los objetos estímulo.

La meditación de monitoreo abierto presenta mejores capacidades para la atención de estímulos novedosos que la meditación de focalización, pero no así para estímulos esperables donde tienen efectos similares. El foco de esta meditación estaría más abierto que la de la meditación focalizada. Practicantes de 5 semanas de esta meditación presentarían mejor rendimiento en monitoreo conflictivo de atención que el grupo con relajación. En un estudio basado en el modelo (ya presentado) de reducción de estrés basado en mindfulness, se encontró gran activación en áreas asociadas al monitoreo del propio cuerpo.

Davidson (2008) encuentra que participantes de meditación de “monitoreo abierto” (que podría asociarse con la meditación de insight mencionada antes), tendrían menor probabilidad de quedarse atrapados en los estímulos objetivo, presentando menor elaboración del estímulo y mejores mecanismos de enganche y desenganche del estímulo objetivo.

### **Inmunidad**

Habría correlaciones entre la cantidad de células asesinas naturales del organismo y una actividad aumentada del hemisferio izquierdo (asociado a la práctica meditativa), plantea Kang (citado en Simón 2007). Davidson y cols. (2003) en un experimento, encontró una fuerte asociación entre la actividad pre-frontal izquierda y la generación de anticuerpos, tanto en los promedios generales, como en el análisis particular que reflejó una correlación donde el sujeto con mayor activación izquierda predice mayor actividad inmune.

### **Empatía**

A partir de los estudios de las neuronas espejo, que se han asociado al desarrollo de la teoría de la mente, habría asociaciones de estas habilidades con la activación de la corteza pre-frontal medial izquierda (Simón 2007). Las neuronas espejo hacen alusión a que al mirar una acción se activan las mismas neuronas del observador que del actor.

De este modo la teoría tendría sustratos biológicos que la explican en estas neuronas. Desde la capacidad de comprender nuestra propia mente surgiría la capacidad de inferir mente en otras personas. La activación de

neuronas espejo no se limita a elementos motrices, ya que también puede implicar la inferencia de intenciones y de emociones de forma involuntaria (Simón, 2007). Afirma Siegel (2001, citado en Simon 2007 pag 17), *“el cerebro está estructurado con una capacidad innata para trascender las fronteras de la piel de su propio cuerpo e integrarse con el mundo, especialmente con el mundo de los otros cerebros”*

Simón distingue algunos elementos importantes que contribuyen a la empatía. Uno es que se practique directamente la compasión. Otro elemento importante es la posibilidad de generar auto-empatía lo que puede lograrse con una sincronización interna en un proceso asociado al mindfulness. Cuando una persona se siente sentida por otro y la conexión es positiva esto genera un análisis de que hay una relación segura, lo que afecta a su vez a una postura receptiva del otro desde el sistema autónomo permitiría generar una respuesta de “amor sin temor” y una implicación social (Porges citado en Simón 2007). Estas características positivas podrían a su vez aplicarse a uno mismo en la práctica meditativa por su característica de observación sin juicio: auto-implicación y

amor-sin-temor a la propia experiencia. Esto puede generar nuevas formas de verse a uno mismo.

A partir de los estudios de empatía se han desarrollado ideas concernientes al uso de mindfulness aplicado a terapias de pareja y familia, siguiendo el artículo de Eubanks y Keeling (2010). Así este ha sido correlacionado con satisfacción de la relación, respuestas hábiles con respecto al estrés de la relación, aceptación al compañero y empatía. Además se ha correlacionado con apego seguro en forma positiva y con apegos ansiosos y evitativos de forma negativa. Con respecto a la parentalidad los autores citan a Duncan et al, quienes plantean características que promueve el mindfulness como escucha con atención, aceptación sin juzgar del niño y del self, conciencia emocional del self y el niño, autorregulación en la relación parental y compasión por el self y el niño.

### **Del estado al rasgo**

Entre el meditador experimentado y el novato hay diferencias en el cerebro. En el novato, que requiere gran esfuerzo, activaría la corteza pre frontal dorsolateral, mientras que para quienes esto es más constante y

libre de esfuerzos implica activación de la corteza prefrontal medial, un área asociada a la integración. De este modo se va pasando de un estado a un rasgo permanente. El trabajo de Sara Lazar y cols. (2005) del Massachusetts General Hospital, mostraría que se generan cambios estructurales por la meditación (Simón 2007). Habría áreas más gruesas en los meditadores, como la ínsula del hemisferio derecho (Asociado a la actividad interoceptiva y a la conciencia de la respiración) y la corteza prefrontal derecha, asociada a la atención sostenida. No se sabe a qué se debe el grosor.

Otro trabajo, de Brefczynski-Lewis y cols, (citado por Simón 2007), mostraría cambios relacionados al tiempo de práctica. En el gráfico habría un aumento en el centro, donde hay una práctica media, siendo baja la activación al comienzo y al final. Esto se entiende como que, tras la práctica sostenida, el meditador experto logra los mismos efectos que el de nivel intermedio, con un mínimo esfuerzo atencional. Esto también lo encuentra Davidson (2008) y lo asocia a otras conductas aprendidas como el lenguaje.

Se reportan oscilaciones de ondas gamma (en el EEG) y fases de sincronía, especialmente en el lóbulo fronto-parietal lateral. Estas ondas se presentan naturalmente en los meditadores avanzados a modo de línea base, lo que habla de cambios permanentes a través de la práctica ((Lutz, Slagter, Dunne y Davidson, 2008).

### **Mindfulness e integración: La corteza prefrontal**

La corteza prefrontal es más grande en humanos que en simios. Está asociada a la supervisión de otras áreas (como el lenguaje, la motilidad o funciones vegetativas). Como plantea Simón (2007) por su variedad de áreas que integra es difícil de sistematizar sus funciones. Como primer nivel se integran y organizan informaciones provenientes de otras áreas cerebrales, con el fin de darles sentido. Integrarían elementos motores, cognitivos y afectivos. Como segundo nivel se integran las funciones ejecutivas las que dirigen y controlan conductas integradas del organismo, en especial ante situaciones nuevas, aportando creatividad. El tercer nivel es el de la autoconciencia, la conciencia del propio Self y la propia mente, que puede ampliarse a la comprensión de la mente de los demás (Simón 2007). Estas características del área prefrontal se especula están

asociadas a la meditación mindfulness por ser una de las áreas más activadas tras la práctica.

Es muy interesante el trabajo que comienza a perfilarse del proceso de control cerebral donde se rompe la clásica diferencia de activación desde arriba o desde abajo (desde los circuitos asociados a la voluntad y pensamiento versus desde la periferia sensorial). Así se plantea un proceso dinámico y global que puede alterar el procesamiento del cerebro momento a momento, siendo capaz de cambiar además la cualidad basal del funcionamiento del practicante a largo plazo (Lutz, Slagter, Dunne y Davidson, 2008). En base a esto se elaboran comprensiones no lineales del funcionamiento cerebral. Se describen además, estados sucesivos los cuales van moderando a los subsecuentes a modo “arriba abajo” (Lutz, Slagter, Dunne y Davidson, 2008) (Es decir que se pasa de un estado a otro, que luego controla desde “arriba” al siguiente).

### **Evidencias de los modelos terapéuticos Programa de reducción del estrés basado en Mindfulness. (MBSR)**

Marshall (2012) describe que para septiembre de 2004 habría ya más de 16.000 personas que completaron este programa de ocho semanas. Marshall (2012) cita diversos autores, especialmente Kabat-Zinn (1982, 1985, 1986, 1988, 1990, citado en Didona 2009), quien muestra evidencia para esta metodología en dolor crónico, variados diagnósticos médicos, pacientes médicos con diagnósticos secundarios de ansiedad y/o pánico, estrés y trastornos relacionados, psoriasis (junto a tratamientos de rayos ultravioletas), función inmunológica, síntomas de estrés en pacientes con cáncer y su calidad de vida posterior.

Greeson (2008) describe como 8 semanas de esta modalidad es capaz de aumentar el flujo de áreas cerebrales asociadas a la autoconciencia.

Las investigaciones expuestas en el Center of Mindfulness (2012) muestran que en 20 años de estudio esta técnica presenta reducciones relevantes de síntomas en varias patologías, particularmente en las asociadas a dolor crónico (Kabat-Zinn, 1982, Kabat-Zinn, Lipworth and Burney, 1985; Kabat-Zinn et al, 1986 citados en Center of Mindfulness 2012), y otros diagnósticos médicos. Además es

relevante su aporte en patologías donde secundariamente hay diagnósticos de ansiedad o pánico (Kabat-Zinn et al, 1992; Miller et al, 1995, citados en Center of Mindfulness 2012). Se ha encontrado mayor robustez psicológica y un mayor sentido de coherencia en los practicantes. Se presenta un mayor sentido del Self y del Self-en-relación. Además una elevada capacidad de encontrar coherencia y efectividad durante momentos estresantes. Esto aumenta la autoeficacia y además genera una actitud donde se hace importante la propia salud y bienestar, reflejado en un aumento de prácticas meditativas, de yoga y un cultivo general del awareness.

En un grupo con psoriasis (Kabat-Zinn, Wheeler, et al 1998 citado en Center of Mindfulness 2012) se encontró una mejora 4 veces más veloz en el grupo con mindfulness que en el grupo que solo fue expuesto al tratamiento lumínico. Esto sugiere que el unir elementos mente-cuerpo con la medicina tradicional reduciría los costos médicos (Center of Mindfulness 2012). También sugiere que la mente puede afectar incluso el nivel genético del ciclo de replicación celular que puede estar implicado en los procesos cancerosos (ibíd.).

### **Terapia cognitiva basada en Mindfulness para la depresión (MBCT)**

Teasdale, Segal, Williams, Ridgeway, Soulsby y Lau (2000) encontraron que en pacientes recuperados de depresión, tras 60 semanas, los que practicaron esta terapia basada en mindfulness, con tres o más episodios depresivos previos mostraron una significativa reducción de la probabilidad de recaídas. Pero por otro lado, quienes tenían solo dos episodios previos no tuvieron beneficios.

Ma y Teasdale (2004) estudiaron dos grupos, uno con este método y otro con "treatment as usual". Se observaron resultados similares al estudio citado anteriormente. Además de esto se observó que en los pacientes con dos episodios anteriores, pero esta vez, en los que los gatillantes no fueron eventos de la vida, se observó mejoras. El grupo de dos episodios causados por eventos vitales parece ser una población distinta que el de 3 o más (por otras características particulares como comienzo de los episodios más tardíos).

Se ha generado diversa investigación para esta modalidad, previniendo las recaídas con resultados positivos (Marshall 2012).

Destacan la prevención de recaídas en episodios de depresión mayor, modificación en trastornos del ánimo, prevención de recurrencia de trastornos suicidas (Teasdale 1995, 1999,2000; Williams y cols 2006; Segal 2002, Manson 2001; citados en Didona 2009).

### **Mindfulness en DBT: Dialectical Behavior Therapy**

En la página Behavioral tech, asociada al Linehan Institute, (Behavioral Tech 2012) se describen investigaciones sobre la terapia conductual dialéctica como la realizada por el National Institute of Mental Health y el National Institute of Drug Abuse (de Estados Unidos). En estos estudios se muestra cómo éste modelo es mejor que el “treatment-as-usual” para el trastorno de personalidad límite y el trastorno de personalidad límite asociado a abuso de sustancias.

Serían pacientes con más bajas tasas de deserción de la terapia, se comprometería menos el parasuicidio, implicando esto menor cantidad de conductas parasuicidas y, en los casos de recaída, las conductas presentan comportamientos clínicamente menos severos. Los que han recibido el tratamiento presentan menos probabilidad

de hospitalización, menos días hospitalizados, y puntúan mejor en ajuste social. También sería más eficiente que el “treatment-as-usual” en la reducción de abuso de drogas. Obtendrían mejoras en el ajuste global y en el social.

También hay investigaciones independientes generadas por la clínica de investigación de Linehan. Los sujetos con trastorno bipolar, que se sometieron al tratamiento presentaron significativa reducción en la ideación suicida, la depresión, la desesperanza, y la rabia, comparados con el “treatment-as-usual” (Koons, Robins, Tweed & Lynch 2001, citado en Behavioral Tech 2012).

Verheul, Van Den Bosch, Koeter, De Ridder, Stijnen & Van Den Brink (2003 citado en Behavioral Tech 2012) muestran resultados que expresan buena retención en el tratamiento, una reducción del suicidio, reducción del auto daño y auto mutilación.

### **Terapia de Aceptación y Compromiso: ACT**

En la página web [http://contextualpsychology.org/state\\_of\\_th](http://contextualpsychology.org/state_of_th)

e act evidence/ se presenta una tabla con los estudios realizados en la terapia de aceptación y compromiso generado por Hayes (2012).

En depresión se presentan 5 estudios con grupos de control aleatorios y tres estudios adicionales con otras metodologías. Sería mejor que la terapia conductual dialéctica en algunas áreas y hay evidencia de procesos distintos que esta.

En ansiedad, estrés y obsesivos compulsivos se han realizado 9 estudios con control aleatorio, y 11 de otros tipos. La evidencia muestra que es empleable esta terapia a varios tipos de problemas asociados a la ansiedad y el estrés. En algunas áreas sería superior que la Conductual Dialéctica, y en problemas menores sería mejor la terapia conductual tradicional.

En psicosis se presentan 3 estudios con grupo control aleatorio, y 5 de otros tipos. Aun no es comparable con otros sistemas psicosociales, pero hay buenos resultados en intervenciones pequeñas unido a antipsicóticos.

Estudios en abuso de sustancia con grupos aleatorios son 3 junto a 3 de otros tipos. Sería mejor que algunos métodos farmacológicos y también es efectivo de forma suplementaria a ellos.

En fumadores se han realizado tres con grupo control aleatorio y dos de otros tipos. Funciona mejor que métodos con fármaco-terapia y también en asociación con ella.

En dolor crónico se presentan 3 con grupos control aleatorios y 7 distintos. Hay buenos resultados, pero aun no tan buenos al compararse con otros métodos alternativos.

En prejuicios y burnout hay tres con grupos control aleatorio y un cross over. Vence al consejero multicultural y la educación por si solos. Ayuda a las estigmatizaciones y al burn out.

En problemas maritales, en problemas alimenticios, en satisfacción corporal, en desviaciones sexuales hay poca información.

En diagnósticos duales hay evidencia promisorio pero aun limitada.



En auto daños y personalidad borderline hay dos con grupos control aleatorio, uno de ellos mezclando la ACT con la DBT. Habría buenos resultados pero limitado seguimiento.

En epilepsia habría tres con grupo control aleatorio. Hay buenos resultados, tanto en convulsiones como en calidad de vida. Se hizo seguimiento de un año.

En manejo de diabetes, hay un estudio con control aleatorio. Buenos resultados en el seguimiento de automanejo y control de glucosa.

En mantenimiento del peso hay 2 estudios con control aleatorio. Hay buenos resultados en el tratamiento mediado por ACT (Terapia de Aceptación y Compromiso).

En el aumento del ejercicio de otras terapias incrementa la adopción de modelos validados por clínicos, siendo mediado esto por ACT (dos estudios con control aleatorios).

En el enfrentamiento del cáncer hay tres estudios con grupo control aleatorio. Los datos preliminares indican que mejora el

enfrentamiento de este. Un estudio encuentra mejores resultados que la Terapia Conductual Dialéctica en el enfrentamiento de los estados finales del cáncer y que trabajan estos modelos con procesos diferentes.

En el desempeño deportivo hay datos limitados que indican una mejora del rendimiento en varios deportes (3 estudios con grupo control aleatorio).

### **Programa de prevención de recaídas en conductas adictivas basado en Mindfulness**

Marlatt, Bowen y Lustyk (2012) presentan evidencia que indica se entregan herramientas metacognitivas para el afrontamiento de las recaídas.

Witkiewitz, Bowen, Douglas y Hsu (2012) encuentran evidencias de que ésta terapia puede ser útil como posterior al tratamiento de desórdenes asociados a sustancias. Encuentran que habría menor craving que el control con "treatment as usual".

Witkiewitz, Lustyk y Bowen, S. (2012) encuentran menores cantidades de uso de

sustancias y un menor craving en pacientes tratados con este método. Además no habría recaídas o craving por un efecto de emociones displacenteras. Se especula que este método cambia el cerebro y puede retroceder, reparar o compensar cambios neuroadaptativos asociados a la adicción y su recaída.

Bowen, Chawla, Collins, Witkiewitz, Hsu, Grow, Clifasefi, Garner, Douglass, Larimer y Marlatt (2009) encuentran que hay menor uso de sustancias tras el tratamiento, en comparación al “treatment as usual” tras 4 meses de seguimiento. Además encuentra menor craving y una actuación con más awareness en comparación al grupo control. Lee, Bowen y Bai (In Press) desarrollaron un estudio con evaluación pre-post y con control “treatment as usual”. Encuentran que habría mejoras en escalas de depresión y también incrementos de las expectativas de salida, contra bajas de ésta que se encontraban en el grupo control.

Collins, Chawla, Hsu, Grow, Otto y Marlatt (2009) estudian el empleo de un lenguaje mindfulness aplicado a grupos de desórdenes asociados a drogas. Encuentran que el mayor uso de lenguaje mindfulness

predice menor uso de drogas en un seguimiento de 4 meses. Se empleó un contador de palabras sobre los reportes de los participantes para evaluar la cantidad de uso de un lenguaje mindfulness.

Witkiewitz, Bowen, Villarael y Donovan (in press). Presentan un estudio acerca de la relación del afecto negativo y la conducta alcohólica. Esto estaría mediado por el craving hacia el alcohol. El trabajo en el craving se ve promisorio. Así, cambios en el afecto, se correlacionan con el consumo problemático. Los pacientes en quienes se trabajó el craving tuvieron menos días de consumo problemático durante el tratamiento. Además bajó la asociación entre el afecto negativo y el consumo problemático durante un año post tratamiento.

Witkiewitz y Bowen (2010) presentan un estudio donde se expone la alta correlación entre el afecto negativo y el craving. Adicionalmente se ha encontrado asociación entre el craving y la recaída de consumo de drogas. El programa de prevención de recaídas en conductas adictivas basado en Mindfulness se ha mostrado eficaz en reducir el uso de sustancias, enseñando conductas

alternativas ante el discomfort emocional, y disminuyendo las conductas condicionadas en respuesta a craving en presencia de sintomatología depresiva. Se generaron grupos control con el programa de prevención de recaídas en conductas adictivas basado en Mindfulness y otro tratado como es usual. Así la asociación entre afecto y consumo mediado por el craving, se observó en el grupo tratado como es usual, pero no en el grupo que trabajó con mindfulness. El estudio muestra resultados promisorios para este método.

Brewer, Bowen, Smith, Marlatt y Potenza (2010) muestran como el trabajo mediado por mindfulness afecta tanto a la depresión como al abuso de sustancias. Se buscan en el estudio descubrir mecanismos comunes para ambas patologías. Es promisorio este estudio para el trabajo de la patología dual.

Bowen y Marlatt (2009) estudian a fumadores. Aquí no habría bajado la urgencia de fumar, pero sí la cantidad de cigarros fumados por los participantes.

El grupo compuesto por Bowen, Witkiewitz, Dillworth, Chawla, Simpson, Ostafin, Larimer, Blume, Parks y Marlatt (2006), investigó el uso de meditación Vipassana en

población penal. Tras el entrenamiento se encontró una reducción en el consumo de alcohol, marihuana y crack (Cocaína). Bajó en el grupo los problemas relacionados al alcohol y los síntomas psiquiátricos. También hubo mejores salidas psicosociales de la prisión.

### **Mindfulness y Enfoque Integrativo Supraparadigmático (E.I.S.): Algunas Conclusiones preliminares.**

El presente trabajo ha mostrado cómo puede emplearse el Mindfulness a patologías psicológicas. Por motivos de tamaño no se ha incluido un estudio detallado de las aplicaciones puntuales a estas patologías, sino que se ha apuntado a una muestra de modelos terapéuticos que emplean esta técnica. Estos modelos le han dado forma al mindfulness como concepto psicoterapéutico, enfocándose en el objetivo del trabajo clínico. Lo que se busca con esta práctica no es, como muchos imaginan, la iluminación o la relajación; sino que un proceso de aceptación de los fenómenos mentales tendientes a un autoconocimiento y transformación interior a partir de esta técnica. *Esto es la gran diferencia con las terapias puramente cognitivas, pues el Mindfulness no busca cambiar los*

*pensamientos, sino que aceptarlos y desprenderse así de la identificación con ellos.*

De este modo podemos pensar cómo ir acercando estos modelos al EIS (Enfoque Integrativo Supraparadigmático). Como idea preliminar puede pensarse estos modelos dentro de los diferentes paradigmas y sistema Self del modelo. La aceptación, del momento presente con conciencia, debiesen ir en el sistema Self, como modos generales de funcionamiento. Los diferentes paradigmas se ven trabajados por los componentes prácticos del Mindfulness. Así la relajación afecta al paradigma biológico, la exposición al paradigma ambiental/conductual, la autorregulación emocional al paradigma afectivo, los cambios cognitivos al paradigma cognitivo, y la capacidad de auto-observación puede promover un contacto con lo inconsciente (y fundamentalmente a la función toma de conciencia como aumento del awareness). De especial relevancia es la búsqueda de una integración entre cognición y afecto en una unidad que es superior a la suma de las partes (paradigma cognitivo más paradigma afectivo). El paradigma sistémico es afectado en tanto la totalidad del sistema es cambiado

por la práctica y esto, a su vez, repercutirá en el entorno cercano del paciente. Además de esto se ha observado positivas respuestas en las terapias de pareja y en las de familia.

Por otro lado, podrían emplearse elementos particulares de los modelos terapéuticos expuestos. Así, podría generarse aplicaciones particulares dentro de las diferentes áreas desarrollables con el Mindfulness como técnica base. Por ejemplo en terapia pareja puede desarrollarse técnicas de “presencia plena”, aceptación, empatía, en las interacciones de la misma. En cuadros ansiosos podría centrarse en la observación de las situaciones que disparan el estrés y ansiedad. Por lo mismo es interesante la gran variedad de prácticas terapéuticas que han surgido siguiendo esta milenaria técnica como base, lo cual invita a generar aplicaciones idiosincráticas de la misma. Deberá también considerarse cómo emplear este conjunto de técnicas de modo tal que sea ‘estímulo efectivo’ para cada paciente particular. No es adecuado aplicar la meditación sentada, por ejemplo a cualquier paciente. Esto por las características de la estructura kernbergeriana de la persona que podría tener, por ejemplo, problemas de autoorganización. O podría contribuir a un

cuadro esquizoide en su tendencia al aislamiento. También para ciertas personas puede ser muy difícil sostener por algunos minutos esta práctica estándar, por lo que podrían buscarse modificaciones que calcen con el paciente y que apunten a los mismos objetivos. Así puede plantearse que no es lo mismo realizarla en movimiento o quieto, con ojos abiertos o cerrados, sentado o acostado, o con diferentes focos atencionales internos como externos. Se hace relevante también el contexto donde se practica y las técnicas terapéuticas adicionales con las que se ejecuta a esta práctica.

También es relevante el uso que puede emplearse de esta técnica para el mismo terapeuta, promoviendo una actitud 'mindful' en sesión. Como plantean Eubanks y Keeling (2010) se puede presentar mayor presencia con los pacientes, menos tendencia a sufrir burn-out, y más compasión.

Debe considerarse el trabajo anterior y posterior a las prácticas, para dotar de un sentido y significado a las mismas, en este caso, sentidos terapéuticos (y no religiosos u otros). La tradición budista busca con esta

práctica alcanzar la iluminación. Como terapeutas integrativos el objetivo puede ser tanto la disminución de la enfermedad como la promoción del bienestar. Cuando ésta práctica está enfocada a elementos terapéuticos el foco con el que se trabaja es fundamental, pues no se está buscando una iluminación, sino que el trabajo con ciertos síntomas y la promoción de una mejor calidad de vida (en los diferentes paradigmas y funciones del self). Surge la duda de cómo trabajar con experiencias que algunos psicólogos han llamado "transpersonales" dentro del contexto del Mindfulness. En esta revisión, de aplicaciones terapéuticas, ha quedado fuera esta discusión, pero podría ser relevante en el caso de que pacientes experimenten este tipo de vivencias. Parece apropiado generar nuevas teorías que expliquen dichas experiencias a partir de los estudios que las validen, más que volver a las explicaciones religiosas tradicionales.

En el contexto de la psicoterapia integrativa, el Mindfulness puede emplearse como técnica -central o complementaria- en el tratamiento de trastornos ansiosos, depresivos, adictivos, etc. y en el desarrollo personal. Así como la psicoterapia integrativa se "nutre" de la exposición in vivo o bien del ensayo

conductual, puede “nutrirse” también del Mindfulness en los territorios en los que se ha mostrado aportativo. De este modo pueden tenderse puentes entre la psicoterapia Integrativa y las prácticas Mindfulness, en vistas de la creciente evidencia de sus beneficios terapéuticos. La investigación expuesta es promisoría y apunta a generar en el futuro mecanismos propios del Modelo Integrativo, al adoptar este tipo de técnicas/prácticas, con el fin de ser coherentes al Enfoque.

## Referencias

- Abuse.30, 205-305. Extraído de: <http://www.mindfulrp.com/Research.html>
- Brewer, J. A., Bowen, S., Smith, J.T., Marlatt, G. A., & Potenza, M. N. (2010).** Applying Mindfulness-Based Treatments to Co-Occurring Disorders: What Can We Learn from the Brain? *Addiction*, 105, 1698-1706. Extraído de: <http://www.mindfulrp.com/Research.html>
- Campagne, D (2004)** *Teoría y Fisiología de la meditación.* Cuadernos de MEDICINA PSICOSOMATICA Y PSIQUIATRIA DE ENLACE. Extraído de <http://www.editorialmedica.es/archivos/cuadernos/Cuader-69-70-04-Trabajo2.pdf>
- Center of mindfulness (2012) Research:** Major Research Findings. Extraído de <http://www.umassmed.edu/Content.aspx?id=42426> el día 26 de febrero de 2013.
- Collins, S. E., Chawla, N., Hsu, S. H., Grow, J., Otto, J. M., & Marlatt, G. A. (2009).** Language-based measures of mindfulness: Initial validity and clinical utility. *Psychology of Addictive Behaviors*, Vol 23, 743-749. Extraído de: <http://www.mindfulrp.com/Research.html>
- Cuevas C & López A (2012).** Intervenciones psicológicas eficaces para el tratamiento del trastorno límite de personalidad. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy*, 2012, 12, 1. España.
- Davidson, R.; Lutz, A. (2008).** "Buddha's Brain: Neuroplasticity and Meditation [In the Spotlight]". *IEEE Signal Processing Magazine* 25 (1): 176-174. **Bibcode** 2008ISPM...25..176D. **doi:10.1109/MSP.2008.4431873.** **PMC 2944261.** **PMID 20871742.**
- Delgado, L. C (2009).** *Correlatos psicofisiológicos de mindfulness y la preocupación. Eficacia de un entrenamiento en Habilidades Minfulness.* Biblioteca electrónica de la Universidad de Granada. Extraído de <http://hdl.handle.net/10481/2177>
- Didona, F. (Ed.) (2009).** *Clinical Handbook of Mindfulness.* New York: Springer.
- Eubanks L. y Keeling M. (2010).** *Relational Aspects of Mindfulness: Implications for the Practice of Marriage and Family Therapy.* Springer Science+Business Media, LLC .
- Behavioral Tech (2012).** DBT® Resources: What is DBT? <http://behavioraltech.org/resources/whatisdbt.cfm>, extraído el 28/01/2013 desde internet.
- Bishop S. (2002)** *What do we really know about Mindfulness-Based Stress Reduction?* *Psychosomatic medicine*, 64, 35-43. Extraído de <http://www.psychosomaticmedicine.org/content/64/1/71.full> extraído el 23/04/12
- Bowen, S. & Marlatt, G. A. (2009).** Surfing the Urge: Brief Mindfulness-Based Intervention for College Student Smokers. *Psychology of Addictive Behaviors*, 666-671. Extraído de: <http://www.mindfulrp.com/Research.html>
- Bowen, S. Witkiewitz, K., Dillworth, T.M., Chawla, N., Simpson, T.L., Ostafin, B., Larimer, M.E., Blume, A.W., Parks, G.A. and G. Alan Marlatt, G.A. (2006).** Mindfulness meditation and substance use in an incarcerated population. *Psychology of Addictive Behaviors*, 20, 343-347. Extraído de: <http://www.mindfulrp.com/Research.html>
- Bowen, S., Chawla, N., Collins, S., Witkiewitz, K., Hsu, S., Grow, J., Clifasefi, S., Garner, M., Douglass, A., Larimer, M., & Marlatt, A. (2009).** Mindfulness-Based Relapse Prevention for Substance Use Disorders: A Pilot Efficacy Trial. *Substance*

- Goleman, D. (2005).** Emociones Destructivas, Cómo Entenderlas y Superarlas. Kairós.
- Greeson J, (2008)** Mindfulness Research Update. *Complementary Health Practice Review January 2009 14: 10-18, first published on January 13, 2009.* Extraído de <http://chp.sagepub.com/content/14/1/10.full.pdf>
- Hayes, S (2012).** State of the ACT Evidence. Extraído de: [http://contextualpsychology.org/state\\_of\\_the\\_act\\_evidence/](http://contextualpsychology.org/state_of_the_act_evidence/) el día 29 de enero de 2013.
- Lee, K-H., Bowen, S., & Bai, A-F. (in press).** Psychosocial outcomes of Mindfulness-Based Relapse Prevention in incarcerated substance abusers in Taiwan: A preliminary study. *Journal of Substance Abuse.* Extraído de: <http://www.mindfulrp.com/Research.html>
- Lutz, A.; Brefczynski-Lewis, J.; Johnstone, T.; Davidson, R. J. (2008).** Baune, Bernhard. ed. "Regulation of the Neural Circuitry of Emotion by Compassion Meditation: Effects of Meditative Expertise". *PLoS ONE* 3 (3): e1897. Bibcode 2008PLoS...3.1897L. doi:10.1371/journal.pone.0001897. PMC 2267490. PMID 18365029.
- Lutz, A.; Slagter, H. A.; Dunne, J. D.; Davidson, R. J. (2008).** "Attention regulation and monitoring in meditation". *Trends in Cognitive Sciences* 12 (4): 163-169. doi:10.1016/j.tics.2008.01.005. PMC 2693206. PMID 18329323
- Ma, S.H., & Teasdale, J.D. (2004).** Mindfulness-based cognitive therapy for depression: Replication and exploration of differential relapse prevention effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 31-40.
- Marlatt, G. A., Bowen, S., & Lustyk, M. K. B. (2012).** Substance Abuse and Relapse Prevention. In C. K. Germer & R. D. Siegel (Eds), *Compassion and Wisdom in Psychotherapy*. New York: Guilford Press. Extraído de: <http://www.mindfulrp.com/Research.html>
- Marshall (2012)** Extraído de internet el 04-04-2012: <http://es.scribd.com/doc/43461585/Mindfulness-Alejandro-Marshall-Tesina>
- Richard J. Davidson, PhD, Jon Kabat-Zinn, PhD, Jessica Schumacher, MS, Melissa Rosenkranz, BA, Daniel Muller, MD, PhD, Saki F. Santorelli, EdD, Ferris Urbanowski, MA, Anne Harrington, PhD, Katherine Bonus, MA and John F. Sheridan, PhD (2003). Alterations in Brain and Immune Function Produced by Mindfulness Meditation. *Psychosomatic Medicine* 65:564-570. Extraído de internet: <http://www.psychosomaticmedicine.org/content/65/4/564.short>
- Simón, V (2007)** *Mindfulness y neurobiología*. Revista de Psicoterapia- enelahoira.com. Extraído de internet: <http://enelahoira.com/wp-content/uploads/2011/09/MindfulnessVicenteSim%C3%B3n.pdf>
- Teasdale, J.D., Segal, Z.V., Williams, J.M.G., Ridgeway, V., Soulsby, J., & Lau, M. (2000).** Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 615-623. Extraído de [http://www.mbct.com/Research\\_Main.htm](http://www.mbct.com/Research_Main.htm)
- Varela (2000)** *El Fenómeno de la Vida*. Editorial Dolmen, Santiago de Chile.
- Witkiewitz, K. & Bowen, S. (2010).** Depression, Craving and Substance Use Following a Randomized Trial of Mindfulness-Based Relapse Prevention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78, 362-374. Extraído de: <http://www.mindfulrp.com/Research.html>
- Witkiewitz, K., Bowen, S., Douglas, H., & Hsu, S. H. (2012).** Mindfulness-Based Relapse Prevention for Substance Craving. *Addictive Behaviors*. Extraído de: <http://www.mindfulrp.com/Research.html>
- Witkiewitz, K., Bowen, S., Villarael, N, & Donovan, D. (in press).** The Relation between Changes in Negative Mood and Heavy Drinking: Moderating Effects of a Craving Intervention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* Extraído de: <http://www.mindfulrp.com/Research.html>
- Witkiewitz, K., Lustyk, M. K., & Bowen, S. (2012).** Re-Training the Addicted Brain: A Review of Hypothesized Neurobiological Mechanisms of Mindfulness-Based Relapse Prevention. *Psychology of Addictive Behaviors*. Extraído de: <http://www.mindfulrp.com/Research.html>

## Mecanismos de defensa y Psicoterapia Integrativa (EIS): dependencia entre diagnóstico/rasgos Eje II y estilo defensivo

*Ps. Mg. Susana Romero A.*<sup>4</sup>

### **Abstract**

Following the ICPSI research line in personality disorders, developed by Ps Verónica Bagladi, the present study aims to support the thesis that there is a differential use of defense mechanisms according to the axis II diagnosis/trait (DSM IV: TR) of the patient, based on alteration of functions of the Self system, conceptualized in the Supraparadigmatic Integrative Approach. The study found that, for this sample, there are significant differences depending on the diagnostic / trait of axis II; obtaining statistically significant values for "impulsive behavior" p 0.00 mechanisms; "devaluation" p 0.00 and "reaction formation" p 0.00, considering that differentially affected the Self functions are Life Conduction function, the function of Identity and function of Integral Meaning. This finding is of particular importance because it enables the administration and application of differential influence principles and mobilizing concepts that most likely mobilize psychological system of the patient towards change in psychotherapy.

**Keywords:** *Personality - Defense mechanism - Self system's functions - Supraparadigmatic Integrative Approach.*

### **Resumen**

Siguiendo la línea investigativa en trastornos de personalidad de ICPSI, desarrollada por la Ps. Verónica Bagladi, el presente estudio tiene como propósito observar si -para la muestra en análisis- se obtiene valores estadísticamente significativos que apoyen la tesis de que el uso de los mecanismos de defensa es diferencial según el diagnóstico/rasgo en Eje II(DSM IV-R)del paciente, en base a la alteración de las funciones del sistema Self, conceptualizadas en el Enfoque Integrativo Supraparadigmático. En el presente estudio se encontró que, para la muestra en análisis, existen diferencias significativas dependientes del diagnóstico/rasgo del Eje II; obteniéndose valores estadísticamente significativos para los mecanismos de "comportamiento impulsivo" p 0,00; "devaluación" p 0.00 y "formación reactiva" p 0.00, considerando que las funciones del Self diferencialmente afectadas son la función de Conducción de Vida, la función de Identidad y la función de Significación Integral. Este hallazgo reviste especial importancia en la medida que posibilita la administración y aplicación diferencial de principios de influencia y conceptos movilizados que con mayor probabilidad movilicen el sistema psicológico del paciente hacia el cambio en psicoterapia en el área de las problemáticas de la Personalidad.

**Palabras clave:** *Personalidad, Mecanismos de defensa, Funciones del sistema Self, Enfoque Integrativo Supraparadigmático.*

---

<sup>4</sup> Psicóloga Clínica ULA, Magíster en Psicología Clínica Mención Psicoterapia Integrativa Universidad Adolfo Ibáñez - ICPSI. Especialista en Psicoterapia Integrativa ICPSI. Diplomado Recursos Humanos y Administración de Empresas. Contacto: [susana@manquehue.net](mailto:susana@manquehue.net)



## Antecedentes

### Postulados de George E. Vaillant

Para fines del presente estudio se utiliza la categorización de mecanismos de defensa propuesta por G.E.Vaillant que jerarquiza los mecanismos según el nivel adaptativo que su uso permite al enfrentar los desafíos de la vida, misma que sirvió de base para la confección del glosario de mecanismos de defensa publicada en el DSM III-R de 1987.

Mecanismos de Defensa Clasificación de George E. Vaillant			
Maduros	Sublimación Anticipación	Humor Supresión	
Neuróticos	Anulación Pseudoaltruismo	Idealización Formación Reactiva	
Inmaduros	Proyección Agresión pasiva Comportamiento impulsivo Aislamiento Afectivo	Devaluación Fantasía autista Negación Desplazamiento	Disociación Polarización Racionalización Somatización

Mecanismos Maduros: Las defensas maduras “son comunes en individuos sanos, de entre 12 y 90 años. Para su uso integran realidad, relaciones interpersonales y los propios sentimientos, señalando que ante un aumento del estrés, podrían cambiar al uso de defensas menos maduras” (Vaillant, 1992, p.247 en Lecaros, 2007).

Mecanismos Neuróticos: Las defensas neuróticas “son comunes en individuos sanos, de entre 3 y 90 años, en personas con desordenes neuróticos y en personas bajo alto estrés. Estos mecanismos alternan sentimientos con expresiones más instintivas” (Vaillant, 1992, p.246 en Lecaros, 2007)

Mecanismos Inmaduros: Las defensas inmaduras “son comunes en individuos sanos, de entre 3 y 15 años, en personas con desordenes de personalidad y en adultos en psicoterapia. Estos mecanismos actúan frente al estrés de la amenaza de intimidad interpersonal o por el estrés de enfrentarse a las pérdidas. Socialmente aparecen indeseables y aunque parecen refractarias al cambio, cambian mejorando relaciones interpersonales y/o durante psicoterapias prolongadas” (Vaillant, 1992, p.244 en Lecaros, 2007)

### Postulados y herramienta de medición de Michael Bond.

El autor desarrolló un instrumento de auto-reporte cómo técnica de evaluación de los derivados conscientes del funcionamiento defensivo de las personas; la intención era “elicitación manifestaciones del estilo característico de los individuos para manejarse con el conflicto, ya sea consciente o inconsciente, basados en la creencia de

que las personas pueden comentar con exactitud respecto a sus comportamientos. La idea de que los mecanismos de defensa se puedan evaluar mediante la utilización de un cuestionario de auto-reporte puede parecer paradójica, por la naturaleza inconsciente de los mismos; pero tal como su autorexpone en el Manual del Cuestionario de Estilos Defensivos, el DSQ por su sigla en inglés (Defensive Style Questionnaire) fue confeccionado bajo la premisa de que las personas se dan suficiente cuenta de la forma en que responden a situaciones de conflicto y de estrés como para entregar información que pueda ser clasificada como evidencia del tipo de funcionamiento defensivo. (Bond & Wesley, 1996).

#### **Investigación en Personalidad de la Ps. PhD. Verónica Bagladi.**

Los desarrollos del Enfoque Integrativo Supraparadigmático en torno a la Personalidad han estado fuertemente influenciados por los planteamientos teóricos y clínicos de la Ps. Verónica Bagladi. En lo referido al tema de la presente investigación, a partir del año 2004 Bagladi ha postulado que las funciones del Self estarían diferencialmente afectadas según las características de personalidad del sujeto, correspondan éstas a trastorno de personalidad y/o a rasgos marcados que afectan el acontecer vital y experiencial de la

persona (Bagladi, 2012). En esta línea de análisis, considerando la relación entre mecanismos de defensa y psicopatología propuesta por diversos autores connotados, entre ellos Millon (2002), sería posible inferir dicha relación a partir de la medición de uno de estos componentes; de este modo Bagladi ha encabezado una línea de investigación en busca de datos que apoyen o refuten este planteamiento. Es dentro de este proyecto de investigación donde se ubica el presente estudio sobre mecanismos de defensa.

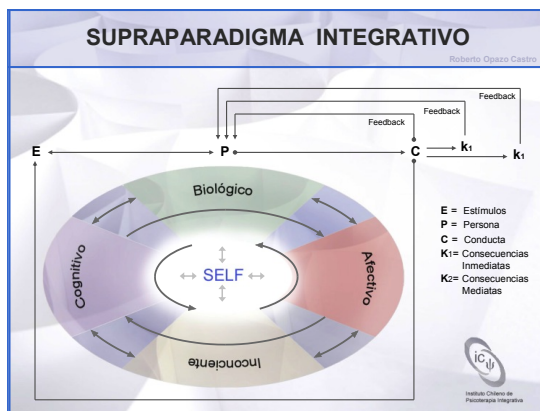
#### **Tesis “Los Mecanismos de Defensa en el Marco de la Psicoterapia Integrativa: confiabilidad y validez del Cuestionario de Bond” de Ps. Mg. Patricia Lecaros (2007).**

Los análisis de la data capturada a través de dicho trabajo de tesis, permitieron concluir que la traducción al Español (realizada por la Dra. Marta Valenzuela) del cuestionario era válida para la población nacional; ya que existiría una diferencia significativa en los estilos defensivos entre sujetos pacientes y sujetos no pacientes, respecto del tipo de mecanismos de defensa empleados frente a las demandas tanto internas como externas (Lecaros, 2007).

## Bases Teóricas

### Modelo Integrativo Supraparadigmático (Opazo, 1983).

De acuerdo a lo que Roberto Opazo Castro (1983), Psicólogo P.U.C., Doctor en Psicología U.N.S.L., quien desarrolló el Supraparadigma Integrativo nos señala “El Modelo Integrativo Supraparadigmático (MIS), aporta fundamentos epistemológicos, metodológicos y paradigmáticos; e intenta articular lo que son fuerzas de cambio probadas empíricamente, provenientes de los paradigmas biológico, ambiental/conductual, cognitivo, afectivo, inconsciente y sistémico. Además, establece que la integración de estos seis paradigmas constitutivos de la dinámica psicológica, se articula en torno a (y por) el sistema SELF, que constituiría una especie de procesador central de la experiencia humana.



En términos **descriptivos**, en el Modelo E son los estímulos ambientales, P es la persona, C es la conducta abierta, K1 son las

consecuencias inmediatas y K2 son las consecuencias mediatas. El eje integrador de la persona (P) es el sistema SELF, hacia el cual convergen los paradigmas biológico, cognitivo, afectivo e inconsciente. El Modelo integra también las modalidades causales lineal ( ) y circular ( ) y le otorga relevancia a las partes y al sistema como conjunto. →

En términos **funcionales**, el Modelo asume que el proceso perceptivo es dialéctico, en el sentido que interactúan sujeto/objeto, es decir la persona cognoscente y el objeto a conocer. En este proceso interaccional el ambiente aporta la “materia prima”, la cual será transformada en **estímulo efectivo**, que es el que realmente moviliza al sistema psicológico. En este proceso activo de significación, el sistema SELF organiza, modifica e interpreta la experiencia, y es a su vez modificado por ésta. En cada persona el Self es concebido como un principio organizador de la experiencia. Por una parte expresa la coherencia y equilibrio homeostático del sistema psicológico. Por otra, se relaciona con la toma de conciencia de cada individuo acerca de sí mismo, de su historia y de su entorno, conjuntamente con aportar un sentido de identidad. En el procesamiento de cada experiencia, el sistema Self despliega una función centrípeto/aferente en la construcción del

*significado de cada experiencia. Una función central del sistema Self es la de búsqueda de sentido, que se relaciona con el significado existencial y nivel de trascendencia que el sujeto le otorga a su vida y sus acciones. En el ámbito conductual, el sistema del Self desarrolla una función centrífugo/eferente, en el control y administración de la vida. Así entonces, en cada experiencia el Self construye estímulos efectivos y se construye en la medida que cada experiencia lo modifica. En suma, el sistema Self cumple con seis funciones centrales para el acontecer psicológico: Toma de Consciencia, Identidad, Significación, Autoorganización, Búsqueda de Sentido y Conducción de Vida.” (Bagladi, 2009, págs.150-152).*

**Funciones del Sistema SELF** (Opazo, 1983, 1992, 1997, 2001, 2004, 2006, 2007). La **función de Toma de Conciencia** se refiere a una conciencia cognitiva y vivencial de la experiencia. El foco está puesto en el darse cuenta, en contar con la capacidad de observación y de introspección que permita un “awareness integral”; es decir, un darse cuenta claro en lo cognitivo, con arraigo en lo afectivo y movilizante hacia objetivos precisables y alcanzables.

La **función de Identidad** involucra autoimagen, autoestima y expectativas de autoeficacia; lo que hace posible tener un

*sentido de mismidad o continuidad del sí mismo, a pesar de los cambios ambientales y del crecimiento individual.*

La **función de Significación Integral** involucra la traducción de la experiencia, traducción que puede estar interferida por expectativas irrealistas, por esquemas rígidos, por sesgos atribucionales, por errores cognitivos de diversa índole. En este aspecto, más que el acceso a la realidad “objetiva”, lo que resulta funcionalmente importante es la evaluación de las rigideces y de los sesgos sistemáticos en el procesamiento de la experiencia.

La **función de Auto-organización** involucra un re-constituirse; estar abierto al cambio tras cada experiencia sin perder la identidad y la capacidad de no desorganizarse ante situaciones difíciles, logrando crecer y fortalecerse.

La **función de Búsqueda de Sentido** está íntimamente ligada con el proceso de construcción de la escala de valores personales.

La **función de Conducción de Vida** permite controlar, regular y guiar la conducta, favoreciendo la adaptación y desarrollo de la persona. Involucra, entre otros, el despliegue conductual asertivo, un abrirle

*espacios a la satisfacción de las propias necesidades pero respetando los derechos de los otros.*

## Conceptos

**Personalidad:** La cuarta edición del MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES, el DSM-IV, de la American Psychiatric Association, define personalidad como “Patrones duraderos de percibir, relacionarse y pensar acerca del ambiente y de uno mismo. Los rasgos de personalidad son aspectos prominentes de la personalidad que se manifiestan en una amplia gama de contextos sociales y personales importantes. Los rasgos de personalidad sólo constituyen un trastorno de personalidad cuando son inflexibles y provocan malestar subjetivo o déficit funcional significativo”. (DSM-IV-TR, 2000).

Dentro del Enfoque Integrativo Supraparadigmático, la **personalidad** involucra una red de rasgos entrelazados que configuran una totalidad única, estable y distintiva. Dicha totalidad caracteriza e identifica a la persona y establece las formas en que la persona se relaciona consigo misma y con los demás. Se trata de un perfil predisponente a ciertas conductas que tiene a la base estructuras biológicas, cognitivas, afectivas e inconscientes, las cuales influyen

establemente en el procesamiento de los estímulos efectivos que a su vez movilizan el patrón conductual” (Bagladi, en Opazo, 2001 p. 125). Por otra parte, Bagladi (2004) nos señala que, si consideramos que un **rasgo** de personalidad puede ser descrito como una predisposición a pensar y/o sentir y/o actuar de una forma similar, ante situaciones diferentes, dentro del Modelo Integrativo esta “forma similar” podría estar influenciada desde los distintos subsistemas o paradigmas.

**Psicopatología:** Cuando hablamos de las causas y la naturaleza de las enfermedades mentales, nos estamos refiriendo al objeto de estudio de la psicopatología. Forma de explicar y explicarse qué le da sustento a porqué somos como somos y qué nos hace actuar de una u otra forma. También a qué subyace a las distintas manifestaciones de las perturbaciones psíquicas y el cómo darles una taxonomía que permita entenderlas mejor y utilizar un lenguaje común. A pesar de que el término “psicopatología” ha sido usado en el pasado como sinónimo de “rasgos descriptiva”, ahora puede ser usado para representar “la ciencia del comportamiento anormal y de los trastornos mentales”. Sus métodos de estudio incluyen procedimientos clínicos y experimentales”. (Millon, Simonsen, 2010).

**Mecanismos de Defensa:** Los mecanismos de defensa, pueden ser entendidos como un proceso psicológico automático que protege al individuo de la ansiedad y de la conciencia de amenazas o peligros externos o internos. Los mecanismos de defensa mediatizan la reacción del individuo ante los conflictos emocionales y ante las amenazas externas. Algunos mecanismos de defensa (p. ej., proyección, dicotomización, y «acting out/comportamiento impulsivo») son casi siempre desadaptativos. Otros, como la supresión y la negación, pueden ser desadaptativos o adaptativos en función de su gravedad, inflexibilidad y el contexto en el que ocurran. (DSM-IV-TR, 2000).

**Herramienta DSQ-40:** Cuestionario auto-administrado que mide los mecanismos de defensa en uso por los pacientes al momento de ser contestado. Consiste en 40 ítems para medir 20 mecanismos de defensa, con dos ítems por cada defensa y que consta de tres escalas: Estilo 1: cuatro mecanismos maduros, Estilo 2: cuatro mecanismos neuróticos y Estilo 3: doce mecanismos inmaduros (ver categorización de G.E. Vaillant). El Cuestionario solicita indicar el grado de acuerdo o desacuerdo con cada afirmación en una escala de nueve puntos; en donde el 1 indica fuerte desacuerdo y, el 9 indica fuerte acuerdo.

Todas las escalas fueron construidas de tal forma que un alto puntaje en cualquiera de las afirmaciones indica que el sujeto usa esa defensa (en un grado significativo). Los puntajes totales de los ítems en cada grupo se suman para obtener el puntaje en ese estilo. Así se puede comparar el puntaje de las diferentes categorías de sujetos. (Bond & Wesley, 1996).

## **Materiales y Métodos**

### *Tipo y Diseño de la Investigación*

Estamos frente a una investigación de tipo exploratoria-descriptiva cuyo objetivo es examinar un problema de investigación que ha sido poco investigado antes: evaluar a los pacientes con diagnóstico o rasgos disfuncionales en la personalidad usando el DSQ-40. Se describirá la muestra seleccionada tomando en cuenta las variables involucradas de manera relativamente independiente. Se utilizará un diseño no experimental y transversal, con recolección de datos en un único período.

Variable independiente: diagnóstico/rasgos Eje II, operacionalizado según DSM-IV-TR. Los valores que asume la variable **diagnóstico** son los 9 trastornos presentes

en la muestra; por lo tanto estadísticamente su valor es constante.

Variable dependiente: Mecanismo de Defensa, operacionalizado según DSM-IV-TR, excepto en tres mecanismos: *Anulación (Undoing)*, *Pseudo-Altruismo* y *Somatización*, dado que no los incorpora el DSM. Los valores que asume cada una de las 20 variables **mecanismo de defensa** van desde 1 a 18, según la puntuación obtenida en el DSQ-40.

#### *Análisis de datos – Pruebas Estadísticas*

La información fue capturada mediante la aplicación para hojas de cálculo Microsoft Excel y los datos analizados con el programa IBM SPSS Statistics 20.

Los datos fueron analizados usando Tablas de Frecuencia que entregaron la distribución de frecuencias para cada variable. Se utilizó el promedio y la desviación estándar como medidas de Dispersión y estadística no paramétrica para obtener las tablas de contingencia y observar dependencia mediante la Prueba Chi-Cuadrado de Pearson con el valor del nivel de significación estándar del 0.05.

#### *Definición de la población*

La población está compuesta por personas que buscan ayuda psicológica o psiquiátrica por problemas de salud mental en el Centro de Atención para personas de escasos recursos de Santiago (CONPER) dependiente del Instituto de Psicología Integrativa de Santiago (ICPSI); o bien, con psicólogos que prestan servicios en distintos centros y/o tienen pacientes en sus consultas particulares en la Región Metropolitana y pertenecen al Enfoque Integrativo Supraparadigmático.

#### *Definición de la muestra*

La muestra está compuesta por un subgrupo de población clínica, no probabilístico, se seleccionó a los participantes por conveniencia y por lo tanto no asegura que los casos sean representativos de la población. (Hernández et al, 2006).

El criterio de inclusión en la muestra es personas adultas de ambos sexos que consulten por complicaciones en la salud mental y presenten disfunción de la personalidad; ya sea con rasgos o con diagnóstico en Eje II. Esto es, que al momento de su evaluación integral se haya establecido que presentan un trastorno de personalidad según criterios DSM IV-R, y/o que presenten algún rasgo de personalidad

muy marcado, necesario de ser considerado para la comprensión diagnóstica y la intervención clínica a realizar.

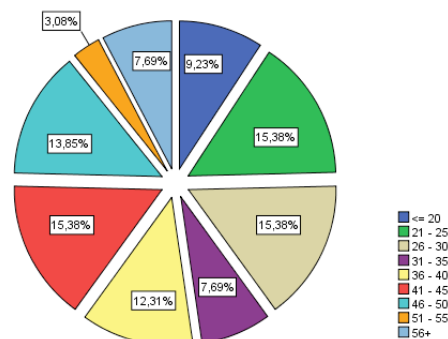
La muestra total fue conformada por 65 pacientes en consulta con 17 diferentes psicoterapeutas. De los 65 pacientes, 30 se encontraban a la fecha consultando en el CONPER, y 35 estaban en consulta con psicoterapeutas del enfoque en distintos centros de la Región Metropolitana.

#### Recolección de datos

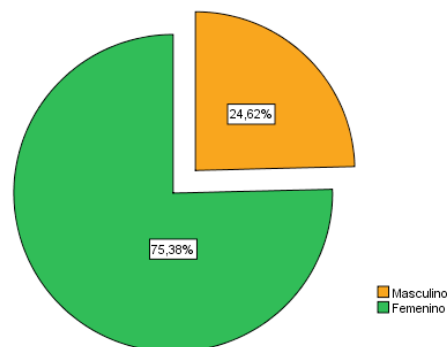
Se contactó psicoterapeutas interesados en colaborar con la investigación, se les explicó los objetivos y cuando el paciente lo autorizó, se entregó un breve informe al terapeuta con los resultados de su paciente respecto de los mecanismos de defensa en uso en ese momento del tiempo. Se proporcionó un sobre foliado conteniendo el consentimiento informado y el cuestionario en español. Cada terapeuta presentó a su paciente ambos documentos y le solicitó que respondiera el instrumento. Posteriormente se realizó la recolección de los sobres conteniendo la muestra de pacientes. Se entregó un total de 81 cuestionarios, de los cuales 65 (80%) fueron recolectados exitosamente y 16 (20%) no fue posible recuperarlos.

## Resultados

La muestra arrojó un promedio de 36,45 años (DE 12,27), con la distribución que se aprecia en el gráfico.



El género femenino alcanzó un 75,4%.

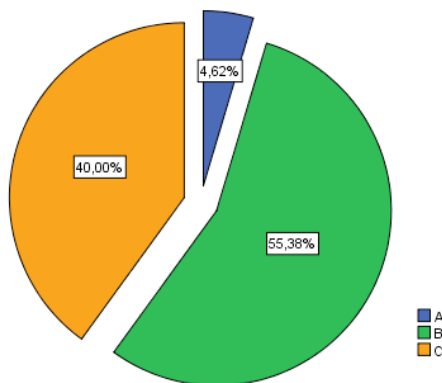


Respecto a la actividad realizada, observamos que una gran parte es profesional (21,5%), otro importante grupo está conformado por estudiantes (20%), y técnicos (16,9%) y un 13,8% está constituido por dueñas de casa. El 33,8% de la muestra declara contar con educación media completa y el 24,6% con educación universitaria completa.

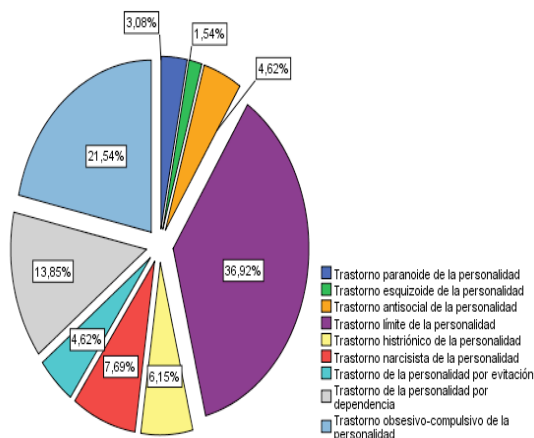
Distribución de los pacientes según diagnóstico por Cluster.



El 55,38% corresponde al Cluster B, el 40% al cluster C y el 4,62% al Cluster A. Cabe señalar que no fue posible obtener mayor representatividad para el Cluster A, por la escasa disponibilidad de pacientes; lo que en opinión de los profesionales consultados se debe a que no es habitual que quienes se ajustan a dicho perfil concurren a solicitar ayuda psicológica.

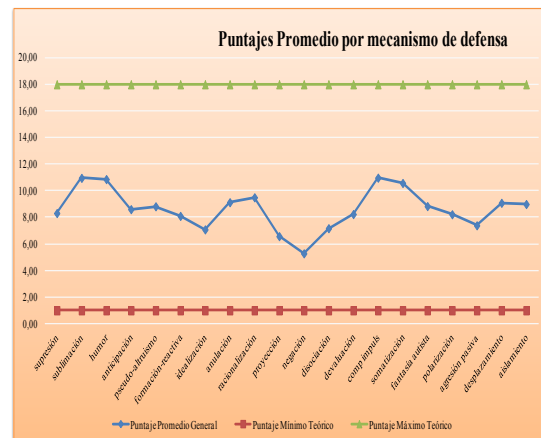


A nivel de Trastorno, la mayor representatividad está dada por el Trastorno límite de la Personalidad con un 36,9% y el Trastorno Obsesivo-Compulsivo, con un 21,5%.

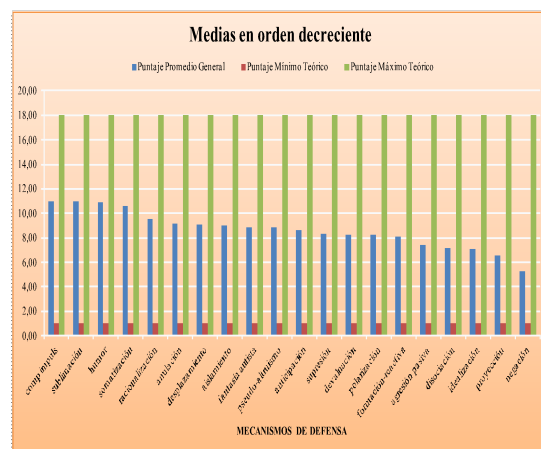


Puntajes Promedio de la muestra:

Por mecanismo, el puntaje máximo posible es de 18 y el mínimo de 1.



El promedio más alto corresponde al mecanismo “comportamiento impulsivo” con 10,97 (estilo neurótico). Luego tenemos “sublimación” con 10,95; (estilo maduro), “humor” con 10,86 (estilo maduro), “somatización” con 10,57 (estilo inmaduro).



En consideración a que el 71% de la muestra está o ha estado en tratamiento psiquiátrico durante los últimos cinco años, se plantea dicho tratamiento como variable interviniente que podría explicar los

promedios obtenidos para los mecanismos de “sublimación” con 10,95; (estilo maduro) y “humor” con 10,86 (estilo maduro). El hecho de estar o haber estado en tratamiento implica que el paciente ha sido intervenido y ha recibido psicoeducación, la que ha sido útil para desarrollar mecanismos de defensa más sanos como los mecanismos del factor maduro o bien que aun cuando continúa usando mecanismos de defensa neuróticos e inmaduros, lo hace en un grado menos significativo.

Otra de las variables intervinientes se considera el hecho de que el 74% de la muestra declara estar tomando o haber tomado medicamentos para la salud mental, los que de la misma forma actuarían modulando la intensidad de las reacciones y/o defensas en uso por los pacientes.

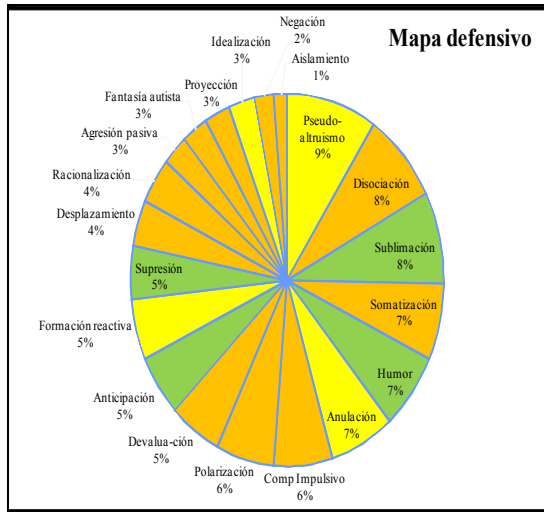
Análisis de un caso particular:



A nivel de cada paciente individual, es posible obtener una “foto” al sistema defensivo en uso al momento de la consulta. En el gráfico que corresponde al ejemplo de un paciente, es posible observar que el estilo inmaduro puntúa significativamente más alto que el estilo neurótico y que el estilo maduro alcanza sólo un 21%.

Si volvemos a la definición de defensas proporcionada por Vaillant, podríamos interpretar que es esperable que el/la paciente afronte los problemas con defensas inmaduras, las que *“son comunes en individuos sanos, de entre 3 y 15 años, en personas con desordenes de personalidad y en adultos en psicoterapia. Estos mecanismos actúan frente al estrés de la amenaza de intimidación interpersonal o por el estrés de enfrentarse a las pérdidas. Socialmente aparecen indeseables y aunque parecen refractarias al cambio, cambian mejorando relaciones interpersonales y/o durante psicoterapias prolongadas”* (Vaillant, 1992, p.244 en Lecaros, 2007)

Desagregando las escalas a nivel de mecanismo, para el mismo correlativo se obtiene lo que podría ser el “*mapa defensivo*”, donde observamos el peso relativo de cada mecanismo de defensa dentro del todo.



Contrastada la variable dependiente “mecanismo de defensa” con la variable independiente “diagnóstico/rasgos” se obtiene chi-cuadrado pearson estadísticamente significativo para los mecanismos “comportamiento impulsivo”, “devaluación” y “formación reactiva”

Mecanismo Comportamiento Impulsivo (Acting Out) \* Diagnóstico Eje II  
Tabla de contingencia

Recuento	Diagnóstico Eje II									Total
	Trastorno paranoide	Trastorno esquizoide	Trastorno antisocial	Trastorno límite	Trastorno histriónico	Trastorno narcisista	Trastorno evasión	Trastorno dependencia	Trastorno obsesivo-compulsivo	
Mecanismo Acting Out	2	0	0	1	0	0	0	0	0	1
3	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
4	1	1	0	0	0	0	0	0	0	2
5	0	0	0	2	0	0	0	0	0	3
6	0	0	0	0	0	2	0	0	1	3
7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
8	0	0	0	4	0	0	0	0	2	8
9	0	0	0	2	0	0	0	1	3	6
10	1	0	0	1	1	1	1	0	2	7
11	0	0	0	3	0	0	0	1	0	4
12	0	0	0	0	1	0	1	2	2	6
13	0	0	0	2	1	0	1	0	0	4
14	0	0	0	1	0	0	0	1	0	2
15	0	0	0	3	0	0	0	0	0	3
16	0	0	1	1	1	0	0	0	0	3
17	0	0	1	1	0	1	0	1	0	4
18	0	0	0	3	0	1	0	1	1	6
Total	2	1	3	24	4	5	3	9	14	65

	Valor	df	Sig. asimétrica (bilateral)	Sig. de Monte Carlo (bilateral)		Sig. de Monte Carlo (unilateral)	
				Intervalo de confianza al 95%		Intervalo de confianza al 95%	
				Límite inferior	Límite superior	Límite inferior	Límite superior
Chi-cuadrado de Pearson	158,024 <sup>a</sup>	128	,001	,019 <sup>b</sup>	,071	,081	
Razón de verosimilitudes	105,750	128	,001	,203 <sup>b</sup>	,195	,211	
Estadístico exacto de Fisher	144,486 <sup>c</sup>		,001	,230 <sup>b</sup>	,225	,241	
Asociación lineal por lineal	,019 <sup>b</sup>	1	,910	,921 <sup>b</sup>	,916	,926	
N de casos válidos	65						

a. 153 casillas (100.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .02.  
b. Basada en 10000 tablas muestreadas con la semilla de inicio 2000000.  
c. El estadístico tipificado es -.101.

Mecanismo Devaluación \* Diagnóstico Eje II  
Tabla de contingencia

Recuento	Diagnóstico Eje II									Total
	Trastorno paranoide	Trastorno esquizoide	Trastorno antisocial	Trastorno límite	Trastorno histriónico	Trastorno narcisista	Trastorno evasión	Trastorno dependencia	Trastorno obsesivo-compulsivo	
Mecanismo Devaluación	2	0	0	1	0	0	0	0	0	1
3	0	0	1	2	0	0	0	0	0	3
4	0	0	0	0	0	0	0	2	1	3
5	0	0	0	3	1	0	0	0	2	6
6	0	0	0	4	1	1	0	0	0	6
7	0	0	0	1	0	3	0	0	3	7
8	0	0	0	3	0	0	0	3	4	10
9	0	1	0	4	0	0	1	1	0	7
10	1	0	0	4	1	0	1	2	0	9
11	0	0	0	1	0	1	0	0	3	5
12	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
13	0	0	0	1	1	0	1	0	0	3
14	0	0	1	1	0	0	0	0	1	3
15	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
16	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Total	2	1	3	24	4	5	3	9	14	65

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Sig. asimétrica (bilateral)	Sig. de Monte Carlo (bilateral)		Sig. de Monte Carlo (unilateral)	
				Intervalo de confianza al 95%		Intervalo de confianza al 95%	
				Límite inferior	Límite superior	Límite inferior	Límite superior
Chi-cuadrado de Pearson	149,954 <sup>a</sup>	104	,002	,029 <sup>b</sup>	,025	,032	
Razón de verosimilitudes	102,991	104	,510	,008 <sup>b</sup>	,007	,010	
Estadístico exacto de Fisher	127,098		,012 <sup>c</sup>	,010	,014	,014	
Asociación lineal por lineal	,003 <sup>b</sup>	1	,954	,981 <sup>b</sup>	,957	,965	
N de casos válidos	65						

a. 128 casillas (100.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .02.  
b. Basada en 10000 tablas muestreadas con la semilla de inicio 2000000.  
c. El estadístico tipificado es ,058.

Mecanismo Formación Reactiva \* Diagnóstico Eje II  
Tabla de contingencia

Recuento	Diagnóstico Eje II									Total
	Trastorno paranoide	Trastorno esquizoide	Trastorno antisocial	Trastorno límite	Trastorno histriónico	Trastorno narcisista	Trastorno evasión	Trastorno dependencia	Trastorno obsesivo-compulsivo	
Mecanismo Formación Reactiva	2	0	0	1	2	1	1	0	0	5
3	0	0	0	2	0	1	0	0	0	2
4	1	0	0	4	0	1	0	1	0	7
5	0	0	0	2	0	0	0	1	2	5
6	0	0	0	1	0	0	0	3	3	7
7	0	0	0	1	0	0	0	0	1	2
8	0	0	2	2	0	0	2	0	1	7
9	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
10	0	0	0	4	0	0	0	2	1	7
11	0	0	0	2	0	2	0	0	2	6
12	0	0	0	1	0	0	0	0	1	2
13	1	0	0	1	1	0	0	0	1	4
14	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
15	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
16	0	0	0	0	1	0	0	1	0	2
17	0	0	0	1	0	0	1	1	0	3
18	0	0	0	1	0	0	1	1	0	3
Total	2	1	3	24	4	5	3	9	14	65

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Sig. asimétrica (bilateral)	Sig. de Monte Carlo (bilateral)		Sig. de Monte Carlo (unilateral)	
				Intervalo de confianza al 95%		Intervalo de confianza al 95%	
				Límite inferior	Límite superior	Límite inferior	Límite superior
Chi-cuadrado de Pearson	171,645 <sup>a</sup>	120	,001	,020 <sup>b</sup>	,017	,022	
Razón de verosimilitudes	97,420	120	,335	,283 <sup>b</sup>	,274	,292	
Estadístico exacto de Fisher	137,118		,321 <sup>c</sup>	,311	,330	,330	
Asociación lineal por lineal	,051 <sup>b</sup>	1	,812	,819 <sup>b</sup>	,809	,824	
N de casos válidos	65						

a. 144 casillas (100.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .02.  
b. Basada en 10000 tablas muestreadas con la semilla de inicio 2000000.  
c. El estadístico tipificado es ,238.

Cruce de Variables	Significativa al 0,05	No Significativa
Mecanismo Sublimación * Diagnóstico Eje II		0,493
Mecanismo Humor * Diagnóstico Eje II		0,784
Mecanismo Anticipación * Diagnóstico Eje II		0,325
Mecanismo Supresión * Diagnóstico Eje II		0,518
Mecanismo Proyección * Diagnóstico Eje II		0,494
Mecanismo Agresión Pasiva * Diagnóstico Eje II		0,326
Mecanismo Comportamiento Impulsivo (Acting Out) * Diagnóstico Eje II	0,037	
Mecanismo Aislamiento * Diagnóstico Eje II		0,957
Mecanismo Devaluación * Diagnóstico Eje II	0,002	
Mecanismo Fantasía Autista * Diagnóstico Eje II		0,609
Mecanismo Negación * Diagnóstico Eje II		0,629
Mecanismo Desplazamiento * Diagnóstico Eje II		0,803
Mecanismo Disociación * Diagnóstico Eje II		0,932
Mecanismo Polarización (Splitting) * Diagnóstico Eje II		0,423
Mecanismo Racionalización * Diagnóstico Eje II		0,214
Mecanismo Somatización * Diagnóstico Eje II		0,214
Mecanismo Amulación * Diagnóstico Eje II		0,670
Mecanismo Pseudo Altruismo * Diagnóstico Eje II		0,968
Mecanismo Idealización * Diagnóstico Eje II		0,580
Mecanismo Formación Reactiva * Diagnóstico Eje II	0,001	

En un segundo análisis, se abrió la variable independiente “diagnóstico/rasgos” en sub-variables; donde cada sub-variable corresponde a un trastorno/rasgo específico, con valores dicotómicos de 0 y 1; 0= si el trastorno NO está presente y 1= si el trastorno está presente y el rasgo. De esta forma se logra tener cada trastorno/rasgos como una variable dicotómica (ausencia o presencia). Se obtiene valores estadísticamente significativos para los mecanismos que aparecen en la tabla ordenados por trastorno. Los mecanismos de “comportamiento impulsivo” “racionalización”, “somatización” y “formación reactiva”, obtienen significancia estadística en más de un trastorno/rasgos. “comportamiento impulsivo” aparece en los Trastornos Antisocial y Esquizoide; el

mecanismo “racionalización” en los Trastornos Antisocial y Límite; el mecanismo “somatización” para los Trastornos Antisocial y Límite; el mecanismo “formación reactiva” para los Trastornos Esquizoide e Histriónico

Mecanismo de Defensa	Diagnóstico/sintomatología Eje II	Sig.asintót 0,05
Comp Imp	Trastorno antisocial	0,008
Desplazamiento	Trastorno antisocial	0,005
Devaluación	Trastorno antisocial	0,001
Humor	Trastorno antisocial	0,028
Polarización	Trastorno antisocial	0,015
Racionalización	Trastorno antisocial	0,004
Somatización	Trastorno antisocial	0,004
Sublimación	Trastorno antisocial	0,015
Anticipación	Trastorno esquizoide	0,010
Comp Imp	Trastorno esquizoide	0,010
Formación Reactiva	Trastorno esquizoide	0,000
Formación Reactiva	Trastorno histriónico	0,014
idealización	Trastorno histriónico	0,058
Racionalización	Trastorno límite	0,055
Somatización	Trastorno límite	0,055
Negación	Trastorno por dependencia	0,015
Proyección	Trastorno por evitación	0,000
Supresión	Trastorno por evitación	0,015

Volviendo al resultado obtenido en términos de la dependencia entre mecanismos y diagnóstico/rasgos para los mecanismos de “comportamiento impulsivo”, “devaluación” y “formación reactiva” del primer análisis y refiriéndonos al marco teórico del Enfoque Integrativo Supraparadigmático con el modelo Supraparadigmático Integrativo y las seis funciones del sistema Self en mente, es posible concluir que las funciones del Self que estarían diferencialmente alteradas son la “función de significación”, la “función de identidad” y la “función de conducción de vida”.

El mecanismo “formación reactiva” está íntimamente relacionado con la *función de significación*; por cuanto apunta a sustituir aquello que resulta inaceptable al Self, ya sea en términos de comportamientos y/o pensamientos / emociones por acciones / pensamientos / emociones aceptables para la persona que los está experimentando; lo cual atenúa la ansiedad y modula la expresión de rechazo que las potenciales situaciones que gatillan dichos mecanismos generan. Mediante este proceso, las personas alteran la significación de tales hechos y debilitan su función de significación.

Por otra parte, el mecanismo “devaluación” está en directa relación con la *función de identidad*, toda vez que minimiza y desvaloriza las cualidades y/o capacidades propias y de los demás alterando la identidad propia y ajena. Al devaluar, el paciente modifica su autoimagen; es decir, la forma en que se percibe, lo que piensa de sí mismo debilitando su autoestima al desvalorizan sus cualidades y lo que es capaz de lograr, se siente incapaz de realizar conductas adecuadas al enfrentarse a determinadas situaciones.

A su vez, el mecanismo “comportamiento impulsivo” (acting out) afecta la *función de conducción de vida* por cuanto el individuo se enfrenta a conflictos emocionales y

amenazas de origen interno o externo a través de la acción más que a través de reflexiones o sentimiento.

*La función de significación involucra la traducción de la experiencia, traducción que puede estar interferida por expectativas irrealistas, por esquemas rígidos, por sesgos atribucionales, por errores cognitivos de diversa índole. En este aspecto, más que el acceso a la realidad “objetiva”, lo que resulta funcionalmente importante es la evaluación de las rigideces y de los sesgos sistemáticos en el procesamiento de la experiencia.* (Opazo, 1983, 1992, 1997, 2001, 2004, 2006, 2007) *¿Cuán bien traduzco mi experiencia?, ¿A qué le presto atención preferente?, ¿Qué me importa más?, ¿Soy capaz de observar desde distintos ángulos?, ¿Evito mirar en algunas direcciones?* (Bagladi, 2009). En lo referido a este punto, existe amplia documentación teórico-clínica que nos señala como en los trastornos de personalidad los sujetos presentan distorsiones siempre presentes, aun cuando pueden ser de grado variable, al ejercer esta función del Self.

*La función de identidad involucra autoimagen, autoestima y expectativas de autoeficacia; lo que hace posible tener un sentido de mismidad o continuidad del sí mismo, a pesar de los cambios ambientales y del crecimiento individual.* (Opazo, 1983,

1992, 1997, 2001, 2004, 2006, 2007) *¿Quién soy?, ¿Cómo soy?, ¿Creo en mí? (Autoimagen – Autoestima – Autoeficacia) ¿Cuánto me conozco?, ¿Cómo me ven?, ¿Cómo quiero que me vean?, ¿Me acepto como soy?* (Bagladi, 2009).

*La función de Conducción de Vida permite controlar, regular y guiar la conducta, favoreciendo la adaptación y desarrollo de la persona. Involucra, entre otros, el despliegue conductual asertivo, un abrirle espacios a la satisfacción de las propias necesidades pero respetando los derechos de los otros.. (Opazo, 1983, 1992, 1997, 2001, 2004, 2006, 2007) ¿Soy capaz de activarme?, ¿de perseverar?, ¿Soy capaz de satisfacer mis necesidades?, ¿Logro postergar mis impulsos?¿Soy consistente con mis nortes?, ¿Cuál es la calidad de mis decisiones?,¿Me comprometo en mi desarrollo personal?* (Bagladi, 2009)

Este hallazgo reviste especial importancia en la medida que posibilita la administración y aplicación diferencial de principios de influencia y conceptos movilizadores que con mayor probabilidad movilicen el sistema psicológico del paciente hacia el cambio en psicoterapia en el área de las problemáticas de la Personalidad.

Lo anterior se ubica en la línea de los planteamientos de Bagladi acerca del operar

diferencial de principios de influencia y conceptos movilizadores en la psicoterapia en trastornos y/o problemas de personalidad (Bagladi, 2001, 2003, 2004,2012).Ejemplo de este operar diferencial serían:

Función alterada	Mecanismo que actúa	Concepto Movilizador para aplicar
Función de Significación	Formación Reactiva	<p><u>Espacios de significación cognitiva:</u> muchas experiencias admiten diferentes significados sin violentar la biología y sin romper con el juicio de realidad. Es el caso de la ½ botella de vino que deja amplios espacios de significación cognitiva</p> <p><u>Egocentrismo semántico:</u> algunas personas asumen que el significado que le otorgan a los hechos y experiencias es el único significado posible. “Lo que significa para mí es lo mismo que significa para ti”</p>
Función Conducción de Vida	Comp Imp Acting Out	<u>Conducta pulsante:</u> cada persona –a través de su conducta- puede activar de mejor o peor forma su propio ambiente social
Función de Identidad	Devaluación	<u>Trasfondo Eficaz:</u> involucra la necesidad de construir una historia, un estado cognitivo, afectivo y una identidad estable, contra los cuales ir recortando como figura cada experiencia puntual.

Mecanismo que actúa	Paradigma	Principio de Influencia
Comportamiento Impulsivo	Biológico	factores hereditarios, neuroticismo

Devaluación	Cognitivo	altas expectativas de auto-eficacia en relación a cierta conducta específica influyen aumentando la probabilidad de enfrentamiento sin ansiedad del objeto relacionado con esa conducta/ auto-exigencias rígidas de perfeccionismo influyen aumentando la probabilidad de que se presente ansiedad
Formación Reactiva	Inconsciente	Los valores específicos de la sociedad, del colegio y especialmente de la familia, influyen aumentando la probabilidad de que ciertas cogniciones y afectos sean marginados de la consciencia. La aceptación en la consciencia de contenidos previamente marginados, influye aumentando la probabilidad de relax en el sistema psicológico de la persona. Awareness Integral: claro en lo cognitivo, con arraigo afectivo y con direccionalidad hacia el cambio

### Conclusiones

Existe dependencia entre mecanismos de defensa y diagnóstico/rasgos Eje II: Tres mecanismos resultan estadísticamente significativos

- Comportamiento impulsivo (Acting Out) (inmaduro,  $p$  0,03)
- Devaluación (inmaduro,  $p$  0,00)
- Formación reactiva (neurótico,  $p$  0,00)

Para sub-variable dicotómica, en esta muestra, se observa uso diferenciado de mecanismos de defensa por trastorno.

Las Funciones del Self que estarían diferencialmente alteradas son

- Función de identidad
- Función de significación
- Función conducción de vida

Por tanto, para la muestra en estudio, es posible concluir que existe relación entre los mecanismos de defensa utilizados por el paciente y el nivel de funcionamiento de su personalidad; fenómeno que se puede abordar ya sea desde los mecanismos utilizados, desde las funciones del self que se encuentran mayormente afectadas, desde el diagnóstico de trastorno de personalidad o subsidiariamente desde lo acentuado de los rasgos de personalidad del paciente.

La aplicación del DSQ-40 permitió capturar el nivel defensivo experimentado por el paciente en ese momento del tiempo; por lo cual es recomendable emplearlo al inicio de la Terapia para orientar diagnóstico y al finalizarla para observar avance; ya que sería esperable observar una disminución en el uso de los mecanismos menos maduros, especialmente de los mecanismos de "Comportamiento impulsivo (Acting Out)", "Devaluación" y "Formación reactiva" y un aumento del uso de los mecanismos maduros. De la misma forma, sería esperable que se fortalecieran las funciones centrales ejercidas por el sistema self, específicamente la función de identidad, la

función de significación y la función de conducción de vida influyendo de manera muy relevante en el bienestar del paciente.

## Referencias

- American Psychiatric Association (2000)** Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed., text rev. Washington: American Psychiatric Association; 2000.
- Andrews, G.; Singh, M., Bond, M. (1993).** The Defense Style Questionnaire. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 246-256
- Bagladi, V. (2004).** Psicoterapia Integrativa en trastornos de personalidad. La integración en Psicoterapia "Manual Práctico". Ediciones Paidós Ibérica, S.A.
- Bagladi, V. (2009).** AcPI Actualizaciones en Psicoterapia Integrativa, Vol. I, 20 – 58 (2009). Publicado On line en Instituto Chile de Psicoterapia Integrativa ([www.icpsi.cl](http://www.icpsi.cl)). Una aproximación clínica al bienestar humano1
- Banicki, K. (2007)** Tesis: Defence Mechanism. The Modern Conceptualization and Measurement. Kraków, 2007
- Bond, M.; Gardner, S.; Christian, J.; Sigal, J. (1983).** Empirical Study of Self-rated Defense Styles. *Arch Gen Psychiatry*, 1983; 40(3): 333-338.
- Bond, M.; Wesley, S. (1996).** Manual for the Defense Style Questionnaire (DSQ).
- Campos, Besser, and Blatt (2011).** The relationship between defenses and experiences of depression: An exploratory study. *Psychoanalytic Psychology* 2011, Vol. 28, No.2, 196-208.
- Cramer, P. (1998).** Defensiveness and Defense Mechanisms. *Journal of Personality* 66:6, December 1998. Blackwell Publishers, UK.
- Cramer, P. (2000).** Defense Mechanisms in Psychology Today. *American Psychologist*. American Psychological Association Vol 55, N° 6, 637-646.
- Cramer, P. (2009).** Seven Pillars of Defense Mechanisms. *Theory in Social and Personality Psychology Compass*, 2008, 2: 1963-1981. Paper presented on June 13, 2009, at the Annual Meeting of the Rapaport-Klein Study Group)
- Fernández-Alvarez, H.; Opazo, R. (2004).** La integración en Psicoterapia
- Freud, S. (1915).** Instincts and their Vicissitudes. The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Volume XIV (1914-1916)
- Mental Health Atlas (2005)** World Health Organization
- Millon, T. & Davis, R.D (2002).** Trastornos de la personalidad en la vida moderna. Barcelona: Masson, S.A.
- Millon, T., Krueger, R., Simonsen, E. (2010).** Contemporary Directions in Psychopathology.
- Opazo, R. (1992, a.)** Fuerzas de Cambio en Psicoterapia: Un modelo Integrativo. In R. Opazo (Ed.), *Integración en Psicoterapia*. Santiago: Ediciones CECIDEP.
- Opazo, R. (1992, b.)** Postulados Básicos de una Psicoterapia Integrativa. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*. Vol. I.N°2.
- Opazo, R., Marchetti, A.M., Suarez, E., y Bagladi, V. (1995).** Symposium "Self System and Principles of Influence: Dialectical Frontiers of Experience within an Integrative Psychotherapy". XI Congreso de la Society for the Exploration of Psychotherapy Integration, SEPI. Washington, D.C.
- Opazo, R. (1997).** In the hurricane's eye: A supraparadigmatic integrative model. *Journal of Psychotherapy Integration*, 7, 17-54
- Opazo, R. (2001).** *Psicoterapia Integrativa: Delimitación Clínica*. Ediciones ICPSI.
- Opazo, R. y Bagladi, V. (2001).** Conferencia "Psicoterapia Integrativa en Trastornos de Personalidad". I Congreso de la Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología. Valencia, España.
- Opazo, R. (2006).** *Psicoterapia Integrativa: ¿Exigencia de los Tiempos?*. De Psicoterapias.com. Buenos Aires, Argentina.
- Opazo, R. & Bagladi, V. (2006).** La Etiopatogenia de los Trastornos de Personalidad en *Revista Psiquiatría.com*, Madrid, España.
- Opazo, R. (2007).** "La investigación en Psicología Clínica en Chile". En Villegas, J.F. & Rodríguez, M. *Historia de Investigación Científica de Psicología en Chile*. Volumen II. *Psicología Educativa y Psicología Organizacional*. Santiago: UCCH.



**Pervin L, John O (eds) (1999).** Handbook of personality, 2nd ed. New York: Guilford, 1999.

**Schnieden, Vivienne (1998).** Synthesis of Psychiatric Cases. Cambridge University Press

**Vaillant, G. & Drake, R. (1985).** Maturity of Ego Defenses in Relation to DSM-III Axis II Personality Disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 1985; 42(6):597-601

**Vaillant, G. (2011).** Involuntary coping mechanisms: a psychodynamic perspective. *Dialogues in Clinical Neuroscience* – Vol 13, N° 3, 2011.

**Vaillant, G.; Bond., M.; Vaillant, C. (1986).** An Empirically Validated Hierarchy of Defense Mechanisms. *Arch Gen Psychiatry*, Vol 43, Aug 1986.

**Vaillant, G.E. (1994).** Ego Mechanisms of Defense and Personality Psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology*, 44-50.

**Widiger, T.A. (2003).** Personality disorder diagnosis. *World Psychiatry*, 131-135

## Impacto diferencial en Abuso Sexual Infantil según Género desde el Enfoque Integrativo Supraparadigmático<sup>5</sup>

*Ps. Mg. Angid Casella M.*<sup>6</sup>

### Abstract

This document discusses, based on interviews with psychologists and social workers, the consequences and concomitant elements of sexual abuse in children and adolescents from Supraparadigmatic Integrative Approach (EIS). It considers gender as a central element in the analysis. In order to contextualize, the study outlines a framework of international and local realities of the problem as well as a theoretical review about it. Therapeutic elements in reparative processes to victims of child sexual abuse are presented, in order to support a corrective emotional experience of the abusive relationship, based on the Integrative Psychotherapy.

**Keywords:** *Sexual Abuse, Supraparadigmatic Integrative Approach (EIS), gender, sequels, integrative therapy.*

### Resumen

El presente documento expone, a partir de entrevistas a psicólogas clínicas y trabajadoras sociales, las secuelas y elementos concomitantes del abuso sexual en niños, niñas y adolescentes desde el Enfoque Integrativo Supraparadigmático, considerando la perspectiva de género como elemento central dentro del análisis. Se plantean además, elementos para el trabajo terapéutico en procesos reparatorios a víctimas de abuso sexual infantil, que permitan apoyar una experiencia emocional correctiva de la relación abusiva, desde la psicoterapia integrativa.

**Palabras Claves:** *Abuso sexual, Enfoque Integrativo Supraparadigmático, género, y terapia integrativa.*

---

<sup>5</sup> Este texto ha sido desarrollado a partir de la Tesis para optar al Grado de Magister en Psicoterapia Integrativa, UAI - ICPSI Santiago Chile.

<sup>6</sup> Psicóloga Clínica, Universidad de Valparaíso. Magíster en Psicología Clínica, mención Psicoterapia Integrativa, Universidad Adolfo Ibáñez – ICPSI. Especialista en Psicoterapia Integrativa ICPSI. Postítulo en Intervención en Violencia Intrafamiliar y Abuso Sexual Infantil, Universidad de Valparaíso. Diplomado en Hipnosis Clínica, Universidad de Valparaíso. Psicóloga Clínica, Fundación Mi Casa, Centro de Intervención en Maltrato Grave CENIM La Pintana, Santiago, Chile. Contacto: [angidcasella@gmail.com](mailto:angidcasella@gmail.com)

## Introducción

Dado que, niños y niñas tienen características y necesidades diferentes que no deben ser homologados al momento de plantear programas, proyectos o modelos de intervención. Del mismo modo, el abuso sexual no es un problema de estudio neutro, sino que tiene un contenido de género específico, las necesidades de cada uno y las formas en que viven el proceso de reparación no sólo están determinadas por elementos de contexto (psico-sociales, económicos, etc.) sino también por factores de género. En este sentido, es fundamental el análisis desde esta perspectiva respecto del fenómeno de abuso sexual en cuanto posibilita el desarrollo de modelos y metodologías sensibles a las diferencias que como sociedad se establecen a hombres y mujeres, determinando así el efectivo logro de los procesos de restitución y reparación de los derechos vulnerados.

Considerando esta necesidad, la escasa información existente sobre el cruce entre género, infancia y maltrato, y la necesidad de relevar las experiencias adquiridas por los profesionales intervinientes en el área, la presente investigación busca analizar desde el Enfoque Integrativo Supraparadigmático el impacto diferencial que tiene el abuso sexual infantil, incorporando la perspectiva de género, aspecto que por mucho tiempo se ha invisibilizado en la intervención reparatoria. En esta línea de investigación, especial importancia adquiere el Modelo Integrativo Supraparadigmático en cuanto aporta riqueza al análisis de los resultados obtenidos, ya que, logra comprender la

complejidad de la problemática del abuso sexual infantil al entregar una mirada que integra distintos enfoques.

## Aspectos generales de la problemática

La violencia intrafamiliar y el maltrato infantil han estado siempre presentes en la historia de la humanidad, mas no siempre han sido consideradas como vulneraciones dado que dependiendo de la cultura y el contexto varía la conceptualización del fenómeno. Pese a ello, es posible señalar en términos generales que con el transcurrir del tiempo, independientemente de la cultura y las creencias particulares de cada nación se ha logrado cierto consenso en lo concerniente al maltrato y el abuso sexual, lo que ha permitido que se adopten normativas tendientes a resguardar de manera efectiva los derechos de los niños considerando sus necesidades particulares. De esta forma, en 1989 la Asamblea General de las Naciones Unidas adopta la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN), tratado internacional que es ratificado por nuestro país en 1990.

Así, el proceso de reconocimiento de esta realidad ha sido el resultado de una co-construcción mental, en el interior de un campo social y durante un periodo histórico, resultado de un largo proceso de cuestionamiento de las representaciones que impedían la aceptación de la existencia de niños maltratados y abusados por los adultos

(Jorge Barudy<sup>7</sup>). Sólo producto de este proceso se ha logrado comprender el fenómeno del abuso sexual desde una perspectiva más amplia en la que se reconoce como parte de una dinámica de violencia.

La violencia, en sus múltiples manifestaciones implica siempre el uso de la fuerza y el poder para producir daño, ya sea, de tipo físico, psicológico, económico, político u otro, en el conviven un "arriba" y un "abajo", reales o simbólicos, que adoptan habitualmente la forma de roles complementarios: padre-hijo, hombre-mujer, etc (Corsi, 1994). Sin embargo, no basta sólo que éstos elementos estén presentes, ya que, para que la conducta violenta sea posible, tiene que darse una condición: la existencia de un cierto desequilibrio de poder, que puede estar definido culturalmente, definido por el contexto u obtenido a través de maniobras interpersonales de control de la relación.

Bajo este supuesto, aun cuando resulta difícil de comprender que la violencia tenga lugar en un espacio tan íntimo como la familia, parece ser que es ese medio el que posibilita atroces manifestaciones de violencia hacia las figuras más vulnerables de este núcleo. De esta forma, se define maltrato infantil como "cualquier acción que produce o puede producir daño en un niño, niña o adolescente, que amenaza y altera su desarrollo normal, y que es directamente

---

<sup>7</sup> Barudy, Jorge "El dolor invisible de la infancia: Una lectura ecosistémica del maltrato infantil" 1998. Ediciones Paidós Iberica, S.A, pág. 32.

atribuible a una persona que se encuentra en una posición de poder respecto a la víctima. Puede manifestarse en forma pasiva (omitir los cuidados o la protección) o activa (agresión directa) (SENAME, en Bagladi, 2010). El maltrato infantil incluye maltrato físico, maltrato emocional o psicológico, abuso sexual, ser testigo de violencia intrafamiliar, explotación, abandono y negligencia.

Al respecto Barudy<sup>8</sup> define como abuso sexual: *"La participación de un niño o de una adolescente dependiente e inmaduro (desde el punto de vista de su desarrollo psicosexual) en actividades sexuales, incitado por un adulto; no estando capacitado para comprender: Esto porque son inapropiadas para su edad y/o su desarrollo psicoafectivo, o bien porque se ejerce bajo presión, ya sea por medio de la violencia o la seducción transgrediendo los tabúes sociales y los roles familiares."* (pág. 37)

Con el objeto de dar forma y perspectiva al abuso sexual, la caracterización del fenómeno en la literatura especializada señala que el grupo etéreo en el que se produce una mayor concentración de vulneraciones sexuales es entre los 6 y los 13 años de edad<sup>9</sup>, siendo el sexo femenino más vulnerable (entre un 55 y 95% de los casos son mujeres las que reportan haber sufrido

---

<sup>8</sup> Barudy, Jorge. "El dolor invisible de la infancia: Una lectura ecosistémica del maltrato infantil". 1998. Editorial Paidós Ibérica. Barcelona, España. (p.37)

<sup>9</sup> Finkelhor, 2005; Onostre, 2000; Urrego, 2007; Roesler & Weissmann-Wind, 1994; López et al., 1994; Sánchez & Martín, 2007.

abuso sexual)<sup>10</sup>. Mientras que en relación a los agresores, entre 90 a 95% de los abusos sexuales son realizados por hombres, siendo la edad promedio de 26 años<sup>11</sup>. Mientras que en relación a la sintomatología asociada a las vulneraciones sexuales, las manifestaciones de la angustia generada tras el evento traumático, pueden ser observables tanto en la esfera cognitiva, emocional, relacional, e incluso biológica, siendo los problemas más comúnmente observados la depresión y ansiedad, pudiendo configurar Trastorno por Estrés Agudo<sup>12</sup> o Trastorno por Estrés Post Traumático (TEPT)<sup>13</sup>, mientras que en la fase crónica se ha señalado que prevalece el síndrome de acomodación a la victimización reiterada (Intebi, 1998)<sup>14</sup>.

Al intentar dimensionar el problema, las cifras resultan ser coherentes con la información antes señalada, la investigación a nivel internacional realizada por WorldSAFE<sup>15</sup> respecto del maltrato en el entorno familiar (comparación entre países a nivel mundial) revela que el maltrato infantil

en sus diversas manifestaciones está presente en todos los países encuestados. Mientras que de los estudios de prevalencia a nivel internacional en relación al fenómeno del abuso sexual el más destacado resulta ser el realizado por Finkelhor (1994), quien comparó 21 investigaciones de diversos países principalmente norteamericanos y europeos, publicadas entre 1970 y 1990, encontrando tasas entre un 7% y un 36% de abuso sexual en mujeres y tasas entre un 3% y un 29% en hombres, posteriormente este estudio fue replicado, actualizado y ampliado por Pereda, Guilera, Forns & Gómez-Benito (2009), encontrando entre 0% y 53% para mujeres y 0% y 60% para hombres.

La realidad nacional no dista en gran medida de las cifras anteriormente señaladas, según información proveniente de la red SENAME<sup>16</sup> cerca del 10% de niños, niñas y adolescentes en Chile son víctimas de algún tipo de maltrato. Al realizar un análisis respecto del tipo de vulneraciones que tienen lugar en nuestro país, es posible apreciar que, independientemente del género de las víctimas, la mayor parte de las vulneraciones se encuentran asociadas a vulneraciones sexuales (abuso sexual, estupro, explotación sexual comercial infantil, sodomía y violación), siendo sólo superadas por la negligencia. Ahora bien, al analizar estas vulneraciones considerando la distribución por sexo, es posible apreciar que el sexo femenino presenta un 17,68% más de

<sup>10</sup> Pereda et al., 2009; Onostre, 2000; Páez & Hernández, 2004; Sánchez & Martín, 2007; Almonte, Insunza & Ruiz, 2002; SENAME, 2009; ACHNU, 2006.

<sup>11</sup> González et al. (2004)

<sup>12</sup> Los criterios para el diagnóstico de Trastorno por Estrés Agudo, según DSM IV y CIE 10 se encuentran en Anexo 1.

<sup>13</sup> Los criterios para el diagnóstico de Trastorno por Estrés Post Traumático (TEPT), según DSM IV y CIE 10 se encuentran en Anexo 2.

<sup>14</sup> Irene V. Intebi. "Abuso sexual infantil, en las mejores familias". Barcelona. Ediciones Granica S.A. 1998.

<sup>15</sup> Tercer Estudio de Maltrato Infantil 2006, UNICEF. Disponible en: [http://www.unicef.cl/archivos\\_documento/175/maltrato%202006%203.pdf](http://www.unicef.cl/archivos_documento/175/maltrato%202006%203.pdf)

<sup>16</sup> Boletín Temático oficial de SENAME, Primer Trimestre año 2011. Fuente: Base Senainfo Servicio Nacional de Menores – 31 de marzo de 2011

situaciones de maltrato en comparación con el sexo masculino, siendo en su mayor parte vulneraciones sexuales (abuso sexual, estupro, explotación sexual comercial infantil, sodomía y violación).

### **Comprendiendo el fenómeno del Abuso Sexual Infantil**

En el entramado de características y elementos que se conjugan en la ocurrencia de un abuso sexual, convergen múltiples factores asociados tanto a características individuales, del entorno y del contexto. Debido a ello, múltiples han sido las investigaciones y conceptualizaciones realizadas en torno a esta sensible temática. De acuerdo a la bibliografía en torno al del abuso sexual infantil, la literatura científica se ha desarrollado principalmente sobre cuatro perspectivas teóricas: psicopatología, aprendizaje social, perspectiva relacional y desde la teoría socio-construccionista.

Mientras que al realizar una revisión evolutiva respecto de la producción teórica frente al fenómeno del abuso sexual es posible distinguir tres grandes dimensiones (figura 1). Dentro de la primera dimensión se encuentran las primeras iniciativas teóricas o modelos de primera generación, las que adoptaron perspectivas teóricas ya existentes para explicar el fenómeno del abuso sexual infantil, siendo la más notable es el modelo psiquiátrico psicopatológico. Con posterioridad, surgen los modelos de segunda generación los cuales reflejan un momento histórico en la evolución de la investigación en torno al fenómeno, así

como también un cambio epistemológico respecto de los de primera generación en tanto reconocen la naturaleza multicausal del fenómeno y la violencia intrafamiliar como una problemática dinámica, lo que se evidencia en el creciente interés por integrar los diversos factores considerados por los modelos anteriores y distinguir entre factores de riesgo y de protección frente a la posibilidad de abuso. De esta manera estas teorías implican un nivel de complejidad mayor, al considerar variables de los padres, del niño y situacionales en una interacción dinámica. Mientras que en la década del 80' surgen las teorías de tercera generación, las que pretenden dar un paso adelante respecto de la búsqueda de las causas que generan el abuso sexual infantil, ya que, si los modelos de segunda generación ponían fin a la simplicidad de los modelos tradicionales poniendo énfasis en la interacción de las variables, los modelos de tercera generación intentan establecer como foco la transición de la descripción a la explicación, así como también una mayor focalización en la naturaleza procesal del abuso sexual, y los procesos psicológicos subyacentes al fenómeno, con gran énfasis en la orientación cognitiva y en la cognición. Desde esta nueva concepción, se incorporan elementos de la teoría socioconstruccionista, que realzan la importancia que la sociedad y la cultura juegan como facilitadoras de la emergencia del abuso sexual, tanto a nivel social como familiar, cuanto se entienden como un contexto más amplio de aprendizaje que establece concepciones acerca de la realidad.

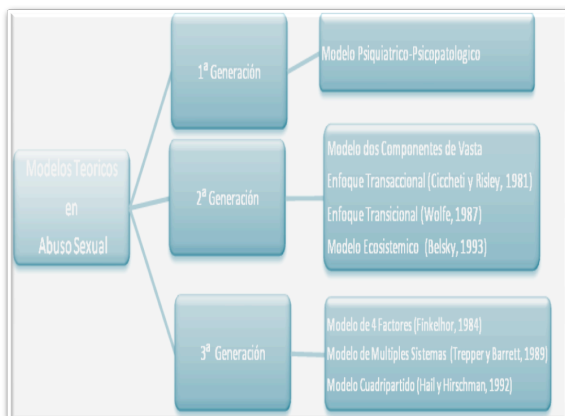


Fig. 1: Evolución de los modelos y teorías desarrolladas en torno al Abuso Sexual Infantil.

## Implicancias de Género

Ahora bien, respecto de la influencia que tiene en la categoría de género en las consecuencias de una vulneración sexual infantil, resulta importante señalar algunos aspectos importantes en torno a esta categoría. Género implica una construcción socio-cultural, dado que hace referencia a lo que los grupos sociales elaboran respecto de lo que se entiende por femenino y masculino, y en consecuencia, de los roles asignados en forma diferencial a varones y mujeres. Asimismo, los roles de género podrían ser entendidos como el conjunto de asignaciones relacionadas con la forma de sentir y actuar que un grupo social señala a las personas que lo componen y, a la vez, la forma como esas personas asumen y expresan en la vida cotidiana esas asignaciones<sup>17</sup>.

<sup>17</sup> Moser, Carolina. Planificación de género y desarrollo. Teoría, práctica y capacitación, Entre Mujeres y Flora Tristán, Lima, Perú. 1995.

Al señalar que género es una construcción socio-cultural, significa que porta elementos simbólicos y materiales, presentes en todas las culturas. Así, el concepto de construcción simbólica alude a elementos culturales simbólicos como el lenguaje, la identidad, los discursos e ideologías que sustentan estos ordenamientos genéricos, y el concepto de construcción social alude a los elementos “materiales” de la cultura, como el trabajo, la política y la economía, que también los regula. De esta manera, se plantea que cada sociedad realiza un proceso de producción de un ordenamiento genérico particular en función de dichas dimensiones, simbólicas y sociales, que devienen en prácticas y discursos acerca de las posiciones que se presentan como reglas o normas que contienen lo que cada sociedad considera femenino y masculino, y la valoración que asigna a cada uno.

## Metodología

A nivel metodológico, es relevante señalar que la presente investigación corresponde a un estudio Exploratorio – Descriptivo, siendo el diseño de tipo no experimental y transversal.

Bajo esta premisa, la muestra se selecciono de manera no-probabilística o “Muestra Dirigida”<sup>18</sup>, a fin de que los integrantes de la muestra poseyeran características similares (trabajar en Programa de Reparación de

<sup>18</sup> **Muestra No Probabilística o Dirigida** hace referencia a que la elección de los sujetos no depende de que todos tengan la misma probabilidad de ser elegidos, sino de la decisión de un investigador o grupo de encuestadores” (Hernández 2003, pp. 327)

DIMENSIÓN	CATEGORÍA	SUBCATEGORÍA
VÍCTIMA	Vivencia Develación Intervención con Víctimas	
FAMILIA	Dinámicas Familiares  Creencias Familiares  Vivencia de la Familia  Intervención Familiar	<i>“Niña provoco Abuso Sexual”</i> <i>“Si no lo hablamos, se olvidará”</i> <i>“Niño víctima de abuso sexual será homosexual”</i> <i>“Niño víctima de abuso sexual será agresor”</i>
ENTORNO	Prejuicios  Estereotipos de Género	Una mujer nunca es agresora sexual  Es más probable que le suceda a una mujer que a un hombre

Maltrato Grave, experiencia profesional en la temática, corresponder a profesionales que desarrollan de manera directa la intervención con los niños o la familia).

Asimismo, la técnica de recolección de datos fue en base a entrevistas semi estructuradas relativas a las implicancias de la categoría de género respecto de las consecuencias -a nivel individual y familiar- del abuso sexual infantil. Dado lo anterior, se busco realizar entrevistas hasta saturar la información obtenida, de manera tal, que el contenido a ser analizado lograra dar cuenta del fenómeno a investigar<sup>19</sup>. Definida de esta

<sup>19</sup> La **saturación** viene a significar la imposibilidad para encontrar nuevos datos que añadan nuevas propiedades a una categoría (Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, P.

manera la saturación teórica, en la presente investigación la muestra estuvo conformada por un total de 10 profesionales de tres Programas de Reparación en Maltrato Grave de la región Metropolitana, a partir de los cuales es posible señalar que se logro generar validez, coherencia y homogeneidad en el discurso obtenido.

El procedimiento para el análisis de los datos fue el análisis de contenido desde el modelo planteado por Krippendorff, a partir del cual surgieron como principales categorías de análisis las que se grafican en el siguiente cuadro:

Fig. 2: Categorías resultantes del análisis de contenido

## Resultados

Ante la complejidad de los elementos que convergen tanto en la etiología como en las consecuencias asociadas a la ocurrencia de un abuso sexual, el Supraparadigma Integrativo permite ahondar, explicar e integrar las diversas aristas que implica el fenómeno.

Si bien resulta ser una temática compleja, tanto a nivel teórico como práctico, ampliar la mirada y tomar en consideración todo conocimiento válido nos permitirá aproximarnos a una respuesta más precisa, completa y aminorar muchas de las preguntas sin respuesta que aún existen. Para esto será necesario considerar las implicancias, y por cierto, diferencias que surgen para el género masculino y femenino

“Metodología de la Investigación”, 2000, Ediciones Mc Graw Hill. Segunda Edición. México. Pág.142).



ante la experiencia de una vulneración sexual por cada paradigma, lo cual, sin lugar a dudas, juega un rol trascendental en predicción y cambio.

En la actualidad el Supraparadigma Integrativo adquiere cada vez mayor fuerza el ámbito de la psicoterapia, en tanto ha logrado demostrar resultados sobresalientes respecto de otras corrientes teóricas. Dicha ventaja no es por cierto fruto del azar, sino que es el resultado de un trabajo permanente desde la década del 80 por parte de los creadores del modelo y colaboradores, por integrar conocimiento válido a fin de superar prácticas eclécticas en la psicología clínica.

Así lo señalan Opazo y Bagladi: *“El Supraparadigma Integrativo se propone integrar todo conocimiento válido y rescatar toda fuerza de cambio aportativa, siendo a la vez muy selectivo, ya que sólo incorpora conocimientos y estrategias aportativos en términos de predicción y cambio; el conocimiento válido es el rescatado, organizado y acumulado en el marco del Supraparadigma Integrativo”* (Bagladi & Opazo, 2006).

Bajo esta perspectiva, y, dado que la devastadora vivencia de un abuso sexual comprende ineludiblemente implicancias de género -por la elección que el agresor hace respecto de la víctima, por los significados que la víctima incorpora tras la experiencia traumática o por las reacciones que la familia y el entorno desarrollan tras la vulneración- resulta trascendental observar desde diferentes ángulos y paradigmas, de manera

tal que sea posible incorporar todas las miradas que permitan seleccionar conocimiento, guiar la investigación y ordenar el conocimiento, aportando profundidad a la comprensión y potencia al cambio no sólo en las víctimas, sino también en las familias, y por qué no decirlo en el entorno en el que se generan esta grave vulneración de derechos.

Los paradigmas que integran la dinámica psicológica desde el Supraparadigma Integrativo -*Paradigma Biológico, Cognitivo, Afectivo, Inconsciente, Ambiental/Conductual y Sistémico*-, posibilitarán la comprensión holística del abuso sexual, al mismo tiempo que permite aprehender la complejidad del fenómeno en tanto resulta ser una experiencia distinta para el género femenino y masculino, a continuación se expone cada uno de ellos.

Desde el **Paradigma Afectivo** es posible apreciar en las víctimas, tanto de género femenino como masculino, una vivencia emocional caracterizada por la inseguridad, temor y vulnerabilidad, siendo la impotencia, rabia y profunda tristeza los sentimientos que componen esquemas afectivos, y que emergen en relación a los recuerdos de la experiencia traumática, en tanto memoria emocional. Si bien, en este sentido no se observa mayor diferenciación respecto del género de la víctima, si es posible apreciar en el género masculino una marcada tendencia a negar y reprimir sus sentimientos en torno a la ocurrencia de una vulneración sexual, observándose por ejemplo mayores dificultades en la develación de la experiencia, debido básicamente a

profundos sentimientos de vergüenza y temor a la estigmatización que componen sus esquemas afectivos, y que además, por lo general se ven potenciados por un procesamiento afectivo deficitario en cuanto el ambiente no ha potenciado su desarrollo. Mientras que en el género femenino los sentimientos ligados a la experiencia abusiva son expresados abiertamente, validándose desde sí mismas la posibilidad a vivenciar el dolor asociado al trauma, observándose un procesamiento afectivo mayormente capacitado para ello.

Vinculado a lo anterior, en el **Paradigma Inconsciente** se observa el predominio de desconfianza básica -transversal al género de la víctima-, y presente fundamentalmente en aquellas vulneraciones de tipo incestuosas. Del mismo modo, la funcionalidad parental y la utilización de mecanismos de defensa como la disociación, regresión y negación no dan cuenta de diferenciación importante respecto del género de la víctima, sino más bien de características relacionadas a la experiencia traumática.

Respecto del **Paradigma Cognitivo**, en base a los resultados obtenidos en el presente estudio, se observa que el impacto generado por la experiencia traumática en víctimas de género masculino se traduce en una profunda incomprensión acerca de: “cómo una figura también de género masculino pudo hacerme esto”, dicho estado de perplejidad tras la ocurrencia del abuso sexual, da paso a la aparición de distorsiones cognitivas, las que se originan en base a la necesidad de tener una explicación a lo ocurrido que sea consecuente con el estado

emocional que presenta. Mientras que en el género femenino no se observa un predominio importante respecto a esta esfera de funcionamiento.

En cuanto **Paradigma Biológico**, desde lo señalado por las profesionales tratantes, de manera indiferenciada tanto víctimas de género femenino como masculino tienden a presentar sintomatología similar asociada a alteraciones del sueño como pesadillas y terrores nocturnos, enuresis/encopresis, cambio de hábitos alimenticios, somatizaciones, retraso generalizado en el desarrollo evolutivo, entre otras.

Del mismo modo, en relación al **Paradigma Ambiental-Conductual** los resultados del presente estudio dan cuenta de cambios radicales de conducta, presencia de hiperactividad o pasividad, fallas tanto en el control de impulsos como en la identificación y expresión emocional, los que se encuentran tanto en víctimas de género femenino como masculino de manera indiferenciada.

Ahora bien, respecto del **Paradigma Sistémico** resulta difícil definir y delimitar en qué medida el comportamiento del entorno - familia y contexto cercano en el que se desarrolla el niño, niña o adolescente- no sólo responde a la ocurrencia de una vulneración de este tipo, sino que también contribuye a la ocurrencia de la misma. Así, en relación a este paradigma en particular es posible observar una clara diferenciación en términos del género de las víctimas, ya que, aquellas de género femenino se encuentran ligadas a dinámicas familiares maltratadoras

o incestuosas, caracterizadas por vínculos afectivos inseguros o ambivalentes, conductas desprotectoras arraigadas, alineación y/o dependencia de la figura materna en relación a la figura agresora, así como presencia de creencias familiares que validan la situación abusiva o que no otorgan credibilidad al relato de la víctima, tales como: “la niña o adolescente provocó el abuso sexual” a través de la cual se tienen de a asignar la responsabilidad de la ocurrencia de la vulneración a la misma víctima. Mientras que en contra parte, en las víctimas de género masculino en general es posible apreciar dinámicas familiares que en su historia han presentado conductas de protección y cuidado hacia los niños de dicho grupo familiar, en las que una vez develada la vulneración sexual existe credibilidad en torno a dicha situación, lográndose activar mecanismos que permiten asegurar la protección de la víctima respecto de una nueva vulneración. No obstante, es posible apreciar que la vivencia de la familia al respecto da cuenta de un profundo impacto en los integrantes del grupo familiar, observándose dificultades para abordar de manera directa la temática, tendiendo a evadirla, y a evidenciar presencia importante de mitos relacionados al abuso sexual, los que se encuentran asociados básicamente al temor a enfrentar las consecuencias que pudiese tener a futuro dicha situación, tales como “Niño víctima de abuso sexual será agresor” y “Niño víctima de abuso sexual será homosexual”. Pese a ello, son familias que en el transcurso del proceso reparatorio dan cuenta de gran compromiso con la terapia del niño, observándose credibilidad, empatía y movilización a fin de facilitar la

superación de la experiencia traumática por parte de la víctima.

La integración de los paradigmas anteriormente descritos, estaría a cargo del **Sistema SELF**, el cual expresa la coherencia y equilibrio homeostático del sistema psicológico. Desde la psicoterapia integrativa se explicará el Sistema **SELF** como una estructura interna integrada, dinámica y organizada, que posee coherencia experiencial, simbolización y reglas de configuración (Valverde y Stoulman, 1997 en Bagladi, 2010), constituyéndose así en especie de procesador central de la experiencia, para lo cual desarrolla cinco funciones esenciales: función de identidad, de significación, de auto-organización, de búsqueda de sentido (Bagladi & Opazo, 2006; Opazo, 2001), de conducción de vida (Opazo, 2007) y de toma de conciencia (Opazo, 2001).

En relación a lo anterior, la **función de identidad** que responde a preguntas como: *¿Cómo soy? ¿Quién soy? ¿Creo en mí? ¿Cuánto me conozco? ¿Cómo me ven? ¿Cómo quiero que me vean? ¿Me acepto como soy? ¿Cómo quiero llegar a ser?* (Opazo, 2001) también se ve afectada de manera diferenciada respecto del género de la víctima. Aun cuando tanto en el género femenino como masculino es posible apreciar profundo menoscabo en el autoconcepto –autoestima, autoimagen y autovaloración- en el género masculino surgen importantes cuestionamientos en torno a la posibilidad de tener una tendencia homosexual, como si la ocurrencia de la vulneración sexual fuese un presagio

respecto de su tendencia sexual futura. Situación que no ocurre en el género femenino, ya que, pese a las dificultades que puedan surgir en relación a la vivencia de un abuso sexual no existe un cuestionamiento en términos de su identidad sexual.

La **función de significación integral** tiene relación con las siguientes preguntas: *¿A qué le presto atención preferentemente? ¿Qué me importa más? ¿Soy capaz de observar desde diferentes ángulos? ¿Evito “mirar” en algunas direcciones? ¿Cuán bien traduzco mis experiencias?* (Opazo, 2001) a partir de ello, esta función es probablemente aquella que da cuenta de un mayor impacto, en cuanto determina en gran medida el sentido subjetivo de la realidad, el que en víctimas de abuso sexual se encuentra caracterizado por inseguridad, impotencia, temor y vulnerabilidad. Dicho sentido subjetivo de la realidad se constituye en una huella afectiva que determina en gran medida la manera en cómo se experimentan nuevas vivencias, sin embargo, dependiendo del género de la víctima se observan distintos matices. En víctimas de género masculino surge una visión amenazante y agresiva del mundo, que se ve acrecentada por una falta de comprensión y perpeljidad respecto de la ocurrencia del abuso sexual –por lo general por parte de una figura también de género masculino. Mientras que en las víctimas de género femenino se observa que surgen asociaciones ligadas a la imposibilidad de resignificar la experiencia en términos de lograr integrar esta experiencia como parte de su continuo vital, y poder establecer una relación de pareja libre de la estigmatización que implica la agresión sexual.

En cuanto a la **función de autoorganización**, que hace referencia a las siguientes preguntas: *¿Qué experiencias me desorganizan? ¿En qué grado? ¿Logro autoorganizarme plenamente? ¿Estoy dispuesto a cambiar? ¿Hasta qué punto? ¿Cuán coherente es mi mundo interno?* (Opazo, 2001), se observa que producto de la experiencia de vulneración sexual surge una sensación de vulnerabilidad inestimable, dada la amenaza que implica para la indemnidad física como psicológica del niño, niña o adolescentes víctima. Así, la devastadora vivencia no puede sino tener un efecto desorganizador, pudiéndose apreciar que tanto víctimas de género femenino como masculino evidencian homogeneidad respecto de la sintomatología que presentan en la esfera conductual, afectiva, cognitiva, emocional y social. No obstante aquello, pareciera ser que el impacto provocado tras el abuso sexual surgen otras funciones que metidiatizan dicha experiencia, favoreciendo la reorganización -tanto en víctimas de género femenino como masculino- de las capacidades con las que cuenta el sujeto.

En consecuencia, el impacto observado respecto de la autoorganización del sistema, también se evidencia en las secuelas que surgen en torno a la **función de toma de conciencia**, la que tiene relación con los focos del darse cuenta: *¿Cómo funciona? ¿Quién soy? ¿Qué me pasa? ¿Qué pienso? ¿Qué deseo? ¿Cuál es mi historia?* Asimismo, tiene relación con la capacidad de libertad de concienciar: *¿Cuál es mi capacidad de observación? ¿Cuál es mi capacidad de introspección?* (Opazo, 2001), dependiendo

de las características de la experiencia traumática -cronicidad, vínculo con el agresor, credibilidad por parte de la familia, dinámicas abusivas desplegadas por el agresor- este elemento variará. No obstante, bajo vulneraciones sexuales de características similares el género masculino tiende a presentar mayores dificultades en el reconocimiento de su posición de víctima, pudiendo observarse que la introyección de creencias, prejuicios y expectativas tanto culturales como familiares mediatizan las posibilidades de procesar la vivencia de una manera más eficiente. Siendo este aspecto medular al momento de lograr la resignificación del abuso sexual vivido, la toma de conciencia cobra especial relevancia para el proceso psicoterapéutico, por lo que la consideración de las diferencias de género referidas por las entrevistadas en el presente estudio podría optimizar de manera sustancial la reparación de las víctimas.

La **función de búsqueda de sentido**: *¿Cuáles son mis valores? ¿Qué guía mis decisiones? ¿Tengo nortes orientadores? ¿Logro actualizar mis potencialidades? ¿Le doy sentido a mi vida? ¿Soy una persona trascendente?* Desde este lineamiento, si bien no es posible apreciar analizar en términos del impacto que tiene la experiencia de vulneración sexual en este aspecto -dado que durante la infancia y adolescencia esta función se encuentra en proceso de desarrollo y consolidación-, desde las familias esta función puede ser determinante en términos de la superación de las secuelas y resignificación de la experiencia abusiva, ya que, en las familias y adultos responsables que acompañan los

procesos de psicoterapia de las víctimas, es posible apreciar que la pertenencia a una religión o presencia de creencias fuertemente arraigadas en relación a una entidad superior posibilita asignar nuevos significados a la vivencia traumática que facilitan la integración de esta situación al continuo vital. Así, es posible observar como grupos familiares que se han visto fuertemente impactados por una experiencia de abuso sexual hacia uno de sus miembros logran reestructurar lo ocurrido como una instancia de aprendizaje y crecimiento.

Respecto de la **función de conducción de vida**, que hace alusión a las siguientes preguntas: *¿Soy capaz de activarme y perseverar? ¿Soy capaz de satisfacer mis necesidades? ¿Logro postergar mis impulsos? ¿Soy consciente con mis nortes? ¿Cuál es la calidad de mis elecciones? ¿Me comprometo con mi desarrollo personal?*, se observa de manera indiferenciada en las víctimas de género masculino como femenino, dificultades importantes para enfrentar situaciones conflictivas o estresantes en lo que respecta al cotidiano vivir. Ello, debido a la impronta que genera la experiencia de abuso sexual en la vida del sujeto -aún mayor en el caso de un ser en desarrollo- donde se ve mermada básicamente la sensación de control, de esta manera la conducta puede adquirir matices diversos ya sea sobre reaccionando (debido a un estado de hiperalerta) o actuando de manera excesivamente pasiva frente a una situación que lo amerita (debido a la sensación de desesperanza).

A partir de lo anterior –la integración de los seis paradigmas y el sistema SELF- se asume que la dinámica psicológica posee un punto de equilibrio homeostático derivado del carácter sistémico de su operar, integrándose los paradigmas por medio de modalidades causales lineal, pero también

circular, encontrándose cada una de las partes interconectadas, a continuación se presenta una representación gráfica del presente análisis.

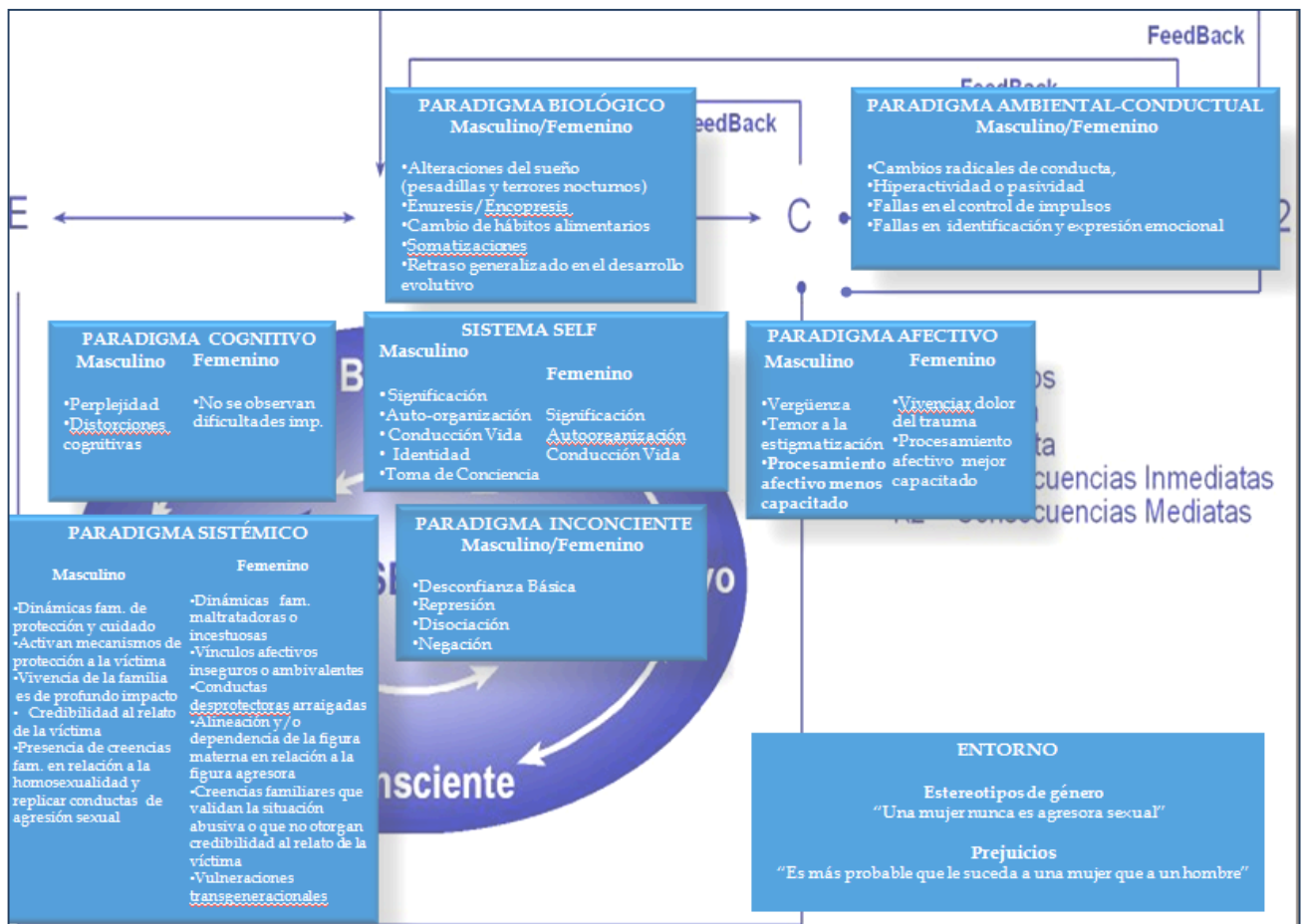


Fig. 2: Resultados del estudio desde el análisis del Supraparadigma Integrativo

## Discusión

El análisis realizado a la luz del Supraparadigma Integrativo reafirma resultados y conclusiones de investigaciones previas referidas en el marco teórico provenientes desde diversas líneas de investigación, siendo relevante destacar como se corrobora y complementa la producción de conocimiento válido desde el Enfoque

Integrativo Supraparadigmático en relación a sensibles temáticas como son el maltrato y el abuso sexual infantil (Ibarra, 2004; Schmidt, 2008).

Así, en términos generales, es posible apreciar que producto de la devastadora experiencia de agresión sexual, se genera en víctimas -tanto de género femenino como masculino- un impacto inestimable, el cual se traduce en consecuencias palpables no sólo en relación a aspectos biológicos, afectivos, cognitivos e inconscientes, sino también en cada una de las funciones del sistema Self, dadas las características estructurantes que una vivencia de este tipo tiene para la personalidad del sujeto, aún más para aquel que se encuentra en pleno proceso de desarrollo. En este sentido, resulta relevante mencionar que independiente del género de la víctima una vulneración sexual ocurrida dentro del espacio intrafamiliar, por parte de una figura significativa, ineludiblemente se encuentra asociada al daño que implica un complejo entramado de dinámicas, significados y roles asumidos e incorporados en relación a la vulneración, así como

sintomatología que da cuenta de severas secuelas en el ámbito psicológico.

No obstante lo anterior, las complejidades de los procesos psicoterapéuticos orientados a la resignificación de la experiencia traumática plantean altas exigencias a los profesionales tratantes a fin de identificar estímulos efectivos y potenciar las fuerzas de cambio en los pacientes, siendo de esta manera relevantes los hallazgos que emergen del presente estudio asociados al cruce de la perspectiva de género y el abuso sexual infantil, lográndose en gran medida aprehender la vivencia de la víctima a partir de la perspectiva del género masculino como femenino frente a la ocurrencia de una agresión en la esfera de la sexualidad. Ello, resulta fundamental al momento de llevar a cabo procesos de psicoterapia, en cuanto acercan al terapeuta a la fenomenología de lo vivido por la víctima, y por lo tanto, a la “esencia” del dolor arraigado en relación a lo vivido.

En este sentido, resulta destacable hacer referencia a los hallazgos obtenidos en el paradigma sistémico, los que dan cuenta de la relevancia que adquieren elementos como la transgeneracionalidad del abuso sexual asociado a la perspectiva de género, toda vez que la escasa funcionalidad de la familia de origen de los padres tiende a reproducirse en la familia actual, siendo la transgeneracionalidad del abuso sexual un elemento decisor, en cuanto la totalidad de los casos que presentan este elemento corresponden a víctimas de género femenino, mientras que las familias de

víctimas de género masculino no presentan este elemento en su historia, reafirmando así lo ya señalado por Barudy<sup>20</sup>, (1998) cuando afirma que: *“Cuando el resultado de la violencia no ha sido verbalizado y/o socialmente reconocido, el riesgo de que se exprese a través de comportamientos violentos sobre otras personas es muy alto. Estas nuevas violencias producirán nuevas víctimas que podrán transformarse a su vez en nuevos victimarios...se crea así la posibilidad de un ciclo de transgeneracionalidad de la violencia”*. (pág. 27).

Un aspecto que más allá del análisis respecto del abuso sexual a un paradigma en particular, sino que tiene relación con una mirada más amplia desde el Enfoque Integrativo Supraparadigmático, es el análisis que se ha realizado en el presente estudio acerca de las implicancias que tienen los estereotipos y prejuicios en torno al género presente en nuestra sociedad, puesto que, la consideración de esta variable en la intervención con niños, niñas y adolescentes que han sufrido vulneración en la esfera de la sexualidad se torna relevante en la medida en que permite identificar sesgos y/o generalizaciones indebidas que redundan en la reproducción de ciertos patrones de conducta violenta que finalmente impiden o dificultan la resignificación de la experiencia traumática,

y por lo tanto el desarrollo integral de niños y niñas.

De esta forma, es posible apreciar que un prejuicio que se encuentra fuertemente arraigado tanto en los profesionales e instituciones intervinientes como en las familias que participan de los procesos reparatorios tiene relación con el género del agresor, ya que, frente a la ocurrencia de una vulneración sexual a priori existe la presunción de que el género del agresor es masculino, descartando toda posibilidad que sea una mujer quien provocaría una vulneración de este tipo. Dicho prejuicio tendría a la base un elemento afectivo importante asociado al estereotipo que como cultura hemos construido respecto del género femenino, relacionando la mujer con el afecto, cariño, fragilidad, frente a lo cual no caben cuestionamientos relativos a una mujer como agresora sexual, lo cual se constituye como un factor de riesgo en sí mismo, ya que, limita las capacidades de los distintos actores que intervienen con niños, niñas y adolescentes de desplegar estrategias de protección e incluso de autocuidado bajo el supuesto “una mujer nunca en agresora sexual”. En este mismo sentido, se observa la atribución de vulnerabilidad -en especial respecto de una agresión sexual- al género femenino como estereotipo de género profundamente arraigado en contextos que intervienen con víctimas de vulneración en la esfera de la sexualidad, tales como colegios, servicios públicos, policías y otros, dicho estereotipo contribuye negativamente en tanto reafirma sentimientos de estigmatización presentes en la víctimas, al mismo tiempo que

---

<sup>20</sup> Barudy, Jorge. “El dolor invisible de la infancia: Una lectura ecosistémica del maltrato infantil”. 1998. Editorial Paidós Ibérica. Barcelona, España.(pág.27)



invisibiliza la vulnerabilidad de la cual también son objeto sujetos de género masculino, limitando incluso sus posibilidades de develar una agresión sexual en consideración del peso cultural que ello tendría.

Las consecuencias de estereotipos y prejuicios de género profundamente arraigados en nuestra cultura, posibilita comprender las distintas dimensiones y trasfondos asociados al fenómeno del abuso sexual en nuestro país, en cuanto permiten comprender las razones del alto porcentaje de víctimas de agresiones sexuales de género femenino presente en las estadísticas oficiales. De esta forma, es posible apreciar que nuestras concepciones acerca de lo femenino y lo masculino facilita, tolera y permite que se produzcan transgresiones sexuales a niñas y adolescentes sin mediar mayor reflexión al respecto, como si fuese parte de una realidad incuestionable que surge a partir de nuestra naturaleza. Dichas premisas se encuentran validadas en nuestro actuar cotidiano interfiriendo incluso en la develación y denuncias de agresiones sexuales a víctimas de género masculino, en tanto invisibilizan la ocurrencia de este tipo de situaciones, cerrando implícitamente la puerta a la posibilidad de “contar lo sucedido”, al tiempo que depositan un manto de secreto en base a supuestos de vergüenza y estigmatización.

Nuestra estructura cultural establece como hegemónico un determinado patrón de masculinidad, cuyos alcances trascienden incluso a los procesos de psicoterapia que

se llevan a cabo con víctimas de abuso sexual, las influencias de aquello se observan tanto en que el género de los profesionales tratantes, los que en su mayoría son de género femenino, así como también en la escasa participación masculina por parte de los adultos responsables en los procesos reparatorios de las víctimas.

La falta de problematización acerca de esta temática, ha llevado a que sólo hasta hace un par de años se haya comenzado a incorporar la perspectiva de género en la intervención psicológica, más una queja constante de los profesionales tratantes tiene relación con que aun cuando se reconoce la perspectiva de género como un elemento que podría aportar a la resignificación de la experiencia traumática en los procesos terapéuticos de niños y niñas que han sido víctimas de agresión sexual, incorporar la perspectiva de género a la intervención resulta ser un elemento difícil de integrar, ya sea, por la falta de espacios a nivel institucional para realizar este tipo de reflexiones a fin de implementarlas como una herramienta efectiva en la intervención, cómo por la carencia de formación y orientación adecuada en relación a esta temática.

Pese a lo anterior, la inclusión real de la perspectiva de género en los procesos reparatorios de vulneraciones sexuales resulta significativo en cuanto aporta riqueza y profundidad a las intervenciones que se puedan realizar en este contexto, facilitando la comprensión de los significados que las víctimas le han asignado a la

vivencia de la experiencia traumática, permitiendo de esta manera un abordaje adecuado dentro de la instancia psicoterapéutica. Asimismo, abre la posibilidad a que se diseñen y desarrollen estrategias de intervención específicas para cada género, por ejemplo, acortando periodos de evaluación -en cuanto se puede indagar en torno a aspectos específicos de la vivencia de la víctima-, abordar conceptos y supuestos existentes en los pacientes en torno a roles y funciones según género o diseñar herramientas que posibiliten indagar en torno a la perspectiva de género en base a la cual se organizan y definen las relaciones al interior de la familia.

## Referencias

- Almonte, C., Insunza, C. & Ruiz, C. (2002).** "Abuso Sexual en Niños y Adolescentes de Ambos Sexos". *Revista Chilena de Neuro-psiquiatría*.
- Arosemena Beitia, D. y Villalobos Greco, Z. (1997).** "Una pesadilla silenciada: sobrevivientes del incesto", Imprenta Universitaria. Panamá.
- Bagladi, V. (2003).** "Variables Inespecíficas en Psicoterapia y Psicoterapia Integrativa". Tesis para optar al Título de Doctor en Psicología. Universidad Nacional de San Luis. Argentina.
- Bagladi, V.; Opazo, R. (2006).** "Etiopatogenia de los Trastornos de Personalidad desde la Psicoterapia Integrativa". *Revista Española de Psiquiatría*. (psiquiatría.com).
- Barilari, Z.; Beigbeder, C.; Colombo R. (2005).** "Abuso y Maltrato Infantil". Cauquen Editora. Argentina.
- Barudi, J. (1998).** "El dolor invisible de la infancia: Una lectura ecosistémica del maltrato infantil". Editorial Paidós Ibérica. Barcelona, España.
- Barudi, J. y Dantagnan, M. . (2005).** "Los Buenos Tratos a La Infancia: Parentalidad, Apego y Resiliencia". Editorial Paidós Ibérica. Barcelona, España.
- Beltrán, C. (2007).** "Características y factores precipitantes asociados al abuso sexual". Revisión Sistemática Universidad Autónoma de Bucaramanga, Bucaramanga, Colombia. Vol. 10 N° 1. Abril de 2007.
- Bordieu, P. (2003).** "La Dominación Masculina", Ediciones Anagrama. Barcelona, España.
- Cantón Duarte, J. y Cortés Arboleda, R. (1997).** "Malos tratos y abuso sexual infantil: causas, consecuencias e intervención". Editorial Siglo XXI de España. Madrid, España.
- Cantón Duarte, J. y Cortés Arboleda, R. (2000).** "Guía para la evaluación del abuso sexual infantil". Ediciones Pirámide. Madrid, España.
- Contreras A, M.; Reyes S., S.,** "Pautas relacionales en familias con violencia intrafamiliar una aproximación hacia la transgeneracionalidad".
- De Barbieri, T. (1993).** "Sobre la categoría de género, una introducción teórico - metodológica". ISIS Internacional, Ediciones de las Mujeres N° 17.
- Del Campo, A. (2003).** "Detección del abuso sexual a menores: definición, prevalencia, indicadores y factores de riesgo". *Revista Pediátrica Atención Primaria*, 5
- Elliott, M., Browne, K. & Kicoyne, J. (1995).** "Child Sexual Abuse Prevention: What Offenders Tell Us. *Child Abuse and Neglect*"
- Fernández, J., Ruiz A., Comas, Ll., Petibó, M., Ibáñez, M. & Bassets, J. (2001).** "Abuso sexual. Experiencia en una Unidad Funcional de abusos a menores". *Anales Españoles de Pediatría*.
- Finkelhor, D. (1993).** "Epidemiological Factors in the Clinical Identification of Child Sexual Abuse". *Child Abuse and Neglect*.
- Finkelhor, D. (1994).** "The International Epidemiology of Child Sexual Abuse". *Child Abuse and Neglect*.
- Finkelhor, D. (2005).** "Abuso Sexual al Menor". México: Ed. Paz México.
- Fuenzalida, I. (2007).** "Una Realidad Transversal: Violencia Contra las Mujeres". *Boletín Jurídico*

- del Ministerio de Justicia, Ministerio de Justicia. Santiago, Chile.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. Y Baptista Lucio, P. (2000).** "Metodología de la Investigación". Ediciones Mc Graw Hill. Segunda Edición. México.
- Henríquez Galindo, S. (2007).** "Violencia y Discriminación a Mujeres de Chile". Boletín Jurídico del Ministerio de Justicia, Ministerio de Justicia. Santiago, Chile.
- Intebi, I. (1998).** "Abuso sexual infantil, en las mejores familias". Barcelona. Ediciones Granica S.A.
- Mera, A. (2007).** "Avances Indispensables: Violencia de Género y Sistema Judicial". Boletín Jurídico del Ministerio de Justicia, Ministerio de Justicia. Santiago, Chile.
- López – Aranguren, E. (2000).** "El análisis de contenido tradicional", Madrid: Alianza.
- Montecino, S. Y Rebolledo, L. (1996).** Serie de Apuntes Docentes 1 "Conceptos de Género y Desarrollo". Programa Interdisciplinario de Estudios de Género, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile. Santiago, Chile.
- Montecino, S. Y Obach, A. (1998).** "Género y Epistemología: Mujeres y Disciplinas". Ponencias presentadas al encuentro de Universidad de Latinoamérica y el Caribe "Género y Epistemología: Mujeres y Disciplinas". Programa Interdisciplinario de Estudios de Género, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile. Santiago, Chile.
- Moser, C. (1995).** "Planificación de género y desarrollo. Teoría, práctica y capacitación". Editorial Entre Mujeres y Flora Tristán, Lima, Perú.
- Opazo, R. (2004).** "Biblioterapia para el Desarrollo Asertivo". 2 Edición. Cyan. Santiago. Chile.
- Opazo, R. (2001).** "Psicoterapia Integrativa: Delimitación Clínica". Ediciones ICPSI
- República De Chile, Ministerio Del Interior. (2009).** "Anuario de Estadísticas Criminales 2008", Tercera Edición. Ministerio del Interior. Santiago, Chile.
- República De Chile, Ministerio Del Interior. (2008).** "Encuesta Nacional de Victimización por Violencia Intrafamiliar y Delitos Sexuales". Ministerio del Interior. Santiago, Chile.
- Trocme, N., Maclaurin, B., Fallon, B., Daciuk, J., Billingsley, D., & Tourigny, M. (2001).** "Canadian incidence study of reported child abuse and neglect: Final Report". Canada.
- UNICEF. (2005).** Documento de Trabajo: "Situación de los niños y niñas en Chile".
- UNICEF. (2007).** "Estado Mundial de la Infancia"
- UNICEF. (2008).** Maltrato Infantil y Relaciones Familiares en Chile
- "La Violencia hacia la mujer en el contexto doméstico" (1994).** Publicado por C.I.M./O.E.A. Para la VI Conferencia Regional sobre la Integración de la Mujer en el Desarrollo Económico y Social de América Latina y el Caribe.
- [www.aperturas.org/articulos.php?id=0000300&a=G  
enero-violencia-y-sexualidad](http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000300&a=Genero-violencia-y-sexualidad)
- [www.seguridadpublica.gov.cl/.../manual de capaci  
tacion en temas victimologicos.pdf](http://www.seguridadpublica.gov.cl/.../manual_de_capacitacion_en_temas_victimologicos.pdf)
- [www.sename.cl/Archivos/violencia\\_intrafamiliar\\_p  
pt.ppt](http://www.sename.cl/Archivos/violencia_intrafamiliar_pt.ppt)
- [http://www.icpsi.cl/articulos/AcPIvol1/historia\\_mod  
ulo integrativo.pdf](http://www.icpsi.cl/articulos/AcPIvol1/historia_modulo_integrativo.pdf)
- Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud, Capítulo 3, página 65. OPS/OMS, 2003. Disponible en: [http://www.paho.org/Spanish/AM/PUB/Violencia\\_2003.htm](http://www.paho.org/Spanish/AM/PUB/Violencia_2003.htm)
- [http://www.unicef.org/mexico/spanish/mx\\_resourc  
es\\_textocdn.pdf](http://www.unicef.org/mexico/spanish/mx_resources_textocdn.pdf)

## **Manipulación Intrafamiliar (MIF): Análisis crítico del Síndrome de Alienación Parental desde el EIS y propuesta de Protocolo de Intervención para Revinculación en casos de MIF<sup>21</sup>**

*Ps. Mg. Bárbara Salinas C.<sup>22</sup>*

### **Abstract**

PAS was coined in 1985 by Gardner, defined as unjustified campaign of the child to denigrate the parent, a definition that has had multiple variations. This research will be based on the conceptualization made by Aguilar (2006). The aim is to carry out a critical analysis of the syndrome and to propose a protocol for re-bonding in cases of PAS. This, in therapeutic processes issued by family courts in Chile, to enrich psychodiagnostic processes and promote a more effective therapeutic work. For the purposes of this research, an exploratory study based on symptomatology will be proposed from the Supraparadigmatic integrative approach (EIS), as a framework using qualitative methodology. Lastly, an intervention Protocol for re-bonding in cases of PAS is presented, which will be validated by Chilean Institute of Integrative Psychotherapy experts in this area.

**Key words:** *Domestic manipulation (MIF) - Alienation Parental Syndrome - Re-bonding -Supraparadigmatic Integrative Approach*

### **Resumen**

El SAP fue acuñado en el año 1985 por Gardner, entendiéndose el SAP como un insulto injustificado del niño hacia uno de sus progenitores, definición que ha tenido múltiples variaciones. En ésta investigación se realizará la descripción a partir de la conceptualización descrita por Aguilar (2006). El objetivo es realizar un análisis crítico del Síndrome y proponer un Protocolo para el trabajo de Revinculación en casos de SAP. Esto, en procesos terapéuticos emanados por los Tribunales de Familia en Chile, para enriquecer los procesos de psicodiagnóstico y promover un trabajo terapéutico más eficaz en casos de Revinculación judicializada. Para efectos de ésta investigación se realizará un estudio exploratorio a partir de la sintomatología que será propuesta desde el Enfoque Integrativo Supraparadigmático (EIS), utilizando como marco guiador la metodología cualitativa. Finalmente se creará un Protocolo de Intervención para Revinculación en casos de SAP, el cuál será validado por expertos en el área, pertenecientes al equipo del Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa.

**Palabras clave:** *Manipulación intrafamiliar (MIF) – Síndrome de alienación Parental – Revinculación – Enfoque Integrativo Supraparadigmático*

---

<sup>21</sup> Este texto ha sido desarrollado a partir de la Tesis para optar al Grado de Magister en Psicoterapia Integrativa, UAI - ICPSI Santiago Chile.

<sup>22</sup> Psicóloga Clínica, Universidad Adolfo Ibáñez. Magister en Psicología Clínica, mención Psicoterapia Integrativa, Universidad Adolfo Ibáñez – ICPSI. Especialista en Psicoterapia Integrativa ICPSI. Contacto: [barbarasalinas@gmail.com](mailto:barbarasalinas@gmail.com)

## Introducción

El Síndrome de Alienación Parental (SAP) fue acuñado en el año 1985 por Richard Gardner, actualmente éste se entiende como: “un trastorno caracterizado por el conjunto de síntomas que resultan del proceso a través del cual un progenitor transforma la conciencia de sus hijos, mediante distintas estrategias, con objeto de impedir, obstaculizar o destruir sus vínculos con el otro progenitor, hasta hacerla contradictoria con lo que debería esperarse de su condición” (Aguilar, 2006).

Así, los actores del SAP son: “*progenitor alienador*” (quien ejerce el SAP), “*progenitor alienado*” (progenitor odiado) e “*hijo alienado*”. Asimismo, el SAP se puede dividir en 3 tipos; *leve, moderado y grave*, definiéndose el tipo de acuerdo los siguientes criterios del Síndrome; Campaña de injuria y desaprobación, Ausencia de ambivalencia, Autonomía del Pensamiento, Defensa del progenitor alienador, ausencia de culpabilidad, escenarios prestados y extensión del odio al entorno del progenitor del alienado.

El problema está puesto en que el SAP presenta una serie de críticas, lo que hace necesario analizar y tomar una postura desde el Enfoque Integrativo Supraparadigmático (EIS). Entre las críticas destacan; las críticas en relación al *género* (la mayoría de los “progenitores alienadores” vendrían siendo mujeres), críticas en relación a las *etapas normativas* (en tanto el SAP no contemplaría la inclusión y diferenciación del

Síndrome por etapas del desarrollo normativo, considerando a todos los “niño/s” por igual), críticas en torno a hechos reales de *abuso sexual* (siendo un riesgo muy alto, dejar a un niño/a cuyas quejas son descalificadas y no escuchadas por considerarlas producto de una programación, en manos de un progenitor alienador), *exclusión* del Síndrome en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, tanto en el *DSM-IV* como en el *DSM-V*, y finalmente, una de las críticas directas que se presenta desde el Enfoque Integrativo Supraparadigmático, tiene relación con la *invisibilización del niño, niña y adolescente* en el SAP, otorgándosele mayor relevancia e interés en la conflictiva entre ambos progenitores, por sobre el “interés superior de los hijos”.

Por lo tanto, desde lo anterior surge la necesidad de tomar una postura desde el EIS frente al SAP, entendiendo que es un Síndrome que, si bien ha sido sometido a muchas críticas, los Tribunales de Familia y profesionales de la salud mental, hasta la actualidad, solicitan evaluaciones y terapias en relación al SAP. Además, no podemos obviar el hecho que muchos pacientes se identifican con las características del SAP lo que nos señala que, llame como se llame, hay un fenómeno que ocurre en el ámbito del sistema familiar y que es causa de malestar en muchas familias.

Por otro lado, las **Terapias de Revinculación** han ido tomando fuerza dentro de las solicitudes emanadas por los Tribunales de Familia. En general la “Revinculación” es entendida, por diversos autores, como

aquella tarea de restablecer el contacto entre familiares, la mayoría de los casos, implica recuperar el vínculo parento-filial (entre padre/madre e hijo/s). De esta manera, se entiende que hubo un vínculo previo que existió y que posteriormente se dañó e interrumpió por diversos motivos y períodos variables de tiempo (lejanía, disputas entre progenitores, vulneración de derechos, entre otros). Es importante destacar que las Terapias de Revinculación, debieran generarse en función del interés superior del niño, niña o adolescente (NNA), considerando por lo tanto, que dicho proceso es beneficioso para su bienestar bio-psico-social.

Es así como la configuración del término SAP, junto con la escases de teorías unificadoras y análogas en torno a las Terapias de Revinculación en casos de SAP, configuran la relevancia del presente estudio, el cual consta de los siguientes objetivos generales;

#### **Objetivos**

1. Realizar una revisión teórica y crítica del Síndrome de Alienación Parental y describir e identificar factores parentales que influyen en la dinámica del SAP desde el Enfoque Integrativo Supraparadigmático.
2. Crear y Validar un Protocolo de Intervención para Revinculación en casos judicializados de Síndrome de Alienación Parental (SAP).

#### **Resultados**

Los resultados arrojados del presente estudio serán presentados en concordancia con ambos objetivos generales.

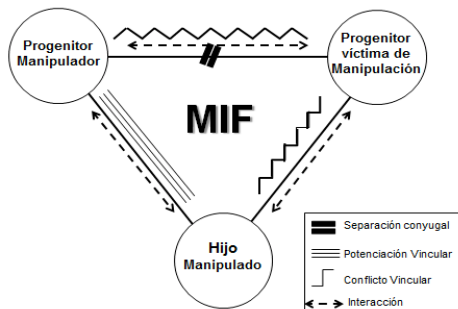
#### **1. Análisis crítico del Síndrome de Alienación Parental (SAP) desde el Enfoque Integrativo Supraparadigmático (EIS): Propuesta de un Nuevo concepto.**

Considerando las investigaciones de los diversos autores abocados a la temática del SAP, es que está claro que hay una manipulación existente dentro del sistema familiar, que genera daños psicoemocionales principalmente en los hijos involucrados. Es por esto que para dar respuesta a este fenómeno, se propone el uso de un nuevo concepto, desde el Enfoque Integrativo Supraparadigmático; la **Manipulación Intrafamiliar (MIF)**. Esta será definida como:

*“Aquel fenómeno de la dinámica familiar caracterizado por un conjunto de conductas problemáticas y/o síntomas que resultan del proceso por el cual un niño, niña o adolescente (NNA) es manipulado por uno de sus progenitores y/u otro adulto significativo de su familia, transformando la conciencia e imagen del otro progenitor, en el hijo, con la finalidad de obstaculizar o destruir el vínculo parento-filial”.*

La Manipulación Intrafamiliar (MIF) se desarrolla a partir de una dinámica disfuncional frente a una ruptura conyugal en donde cada uno de los actores influye de manera importante en la cronificación de los síntomas asociados a la MIF. De esta manera, se esquematizará dicha dinámica en función de los actores involucrados, fijando la mirada

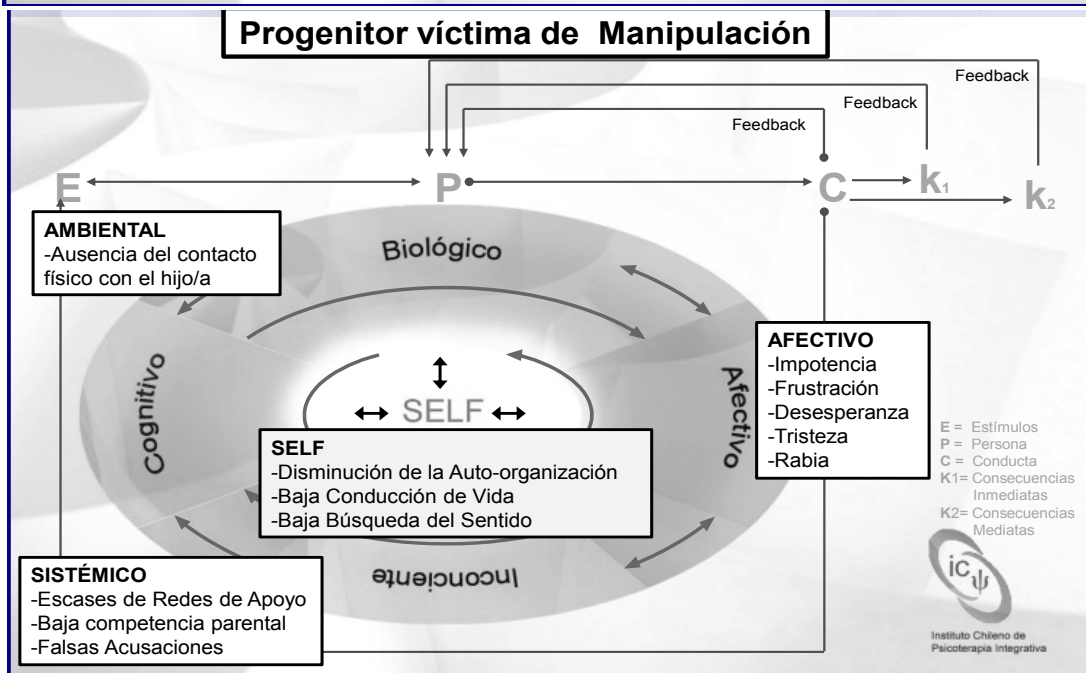
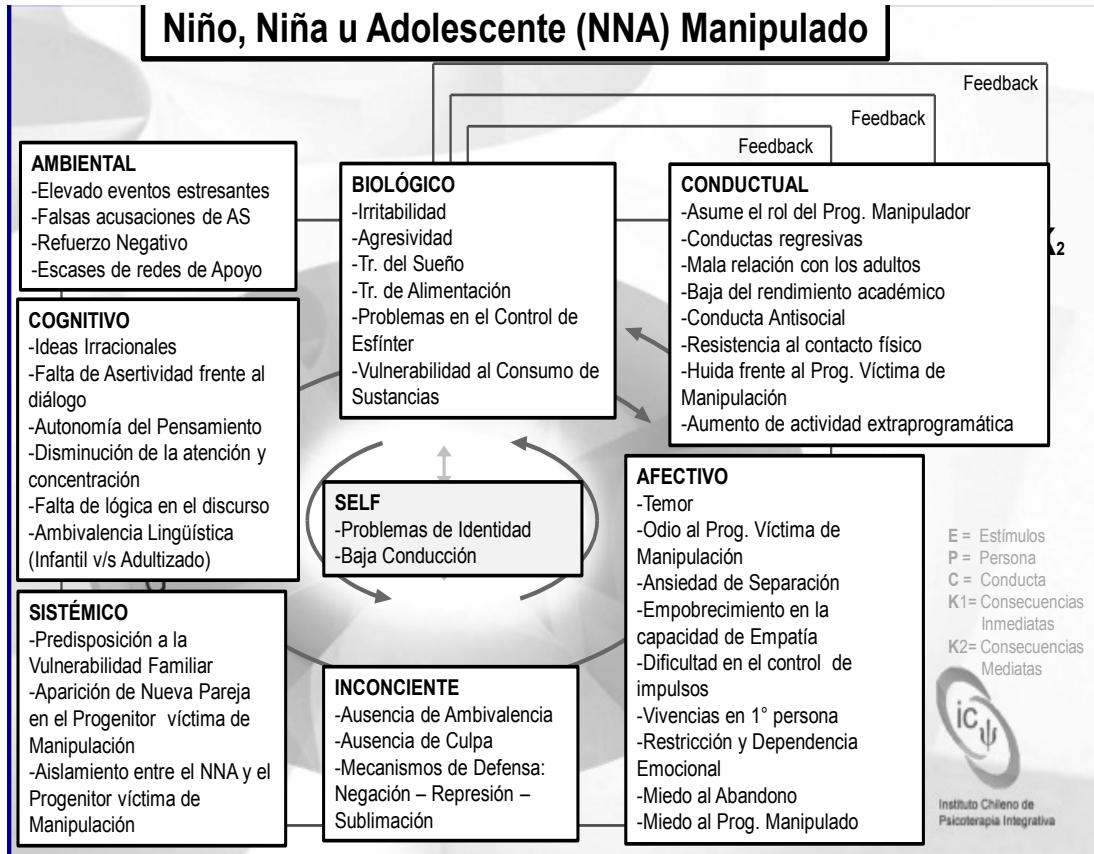
en el *progenitor manipulador*, *progenitor víctima de manipulación* y el *hijo manipulado*, para ello se propone el entendimiento y clarificación de la Manipulación Intrafamiliar a través del siguiente cuadro:



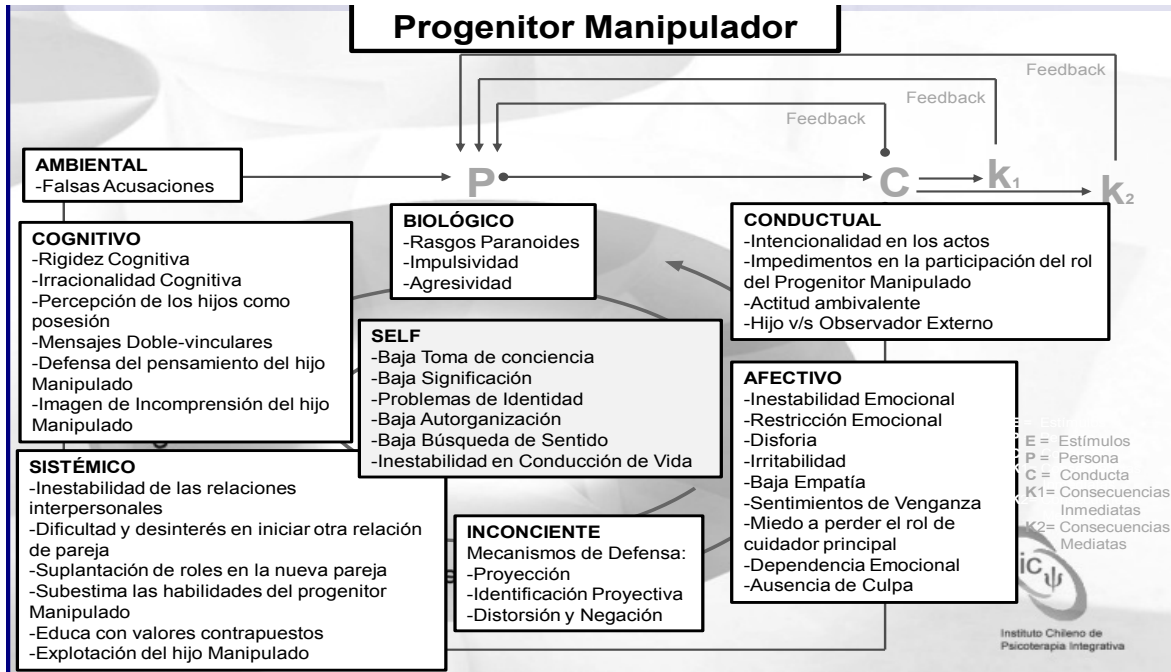
De este modo, se puede observar que existe una interacción bidireccional entre los actores, siendo dicha interacción distinta entre un progenitor y otro, y entre el niño,

niña o adolescente (NNA) y ambos progenitores. Así se observa la separación conyugal entre los progenitores con una interacción conflictiva, una potenciación vincular entre el progenitor manipulador y el hijo, y un conflicto vincular entre el progenitor víctima de manipulación y el hijo manipulado.

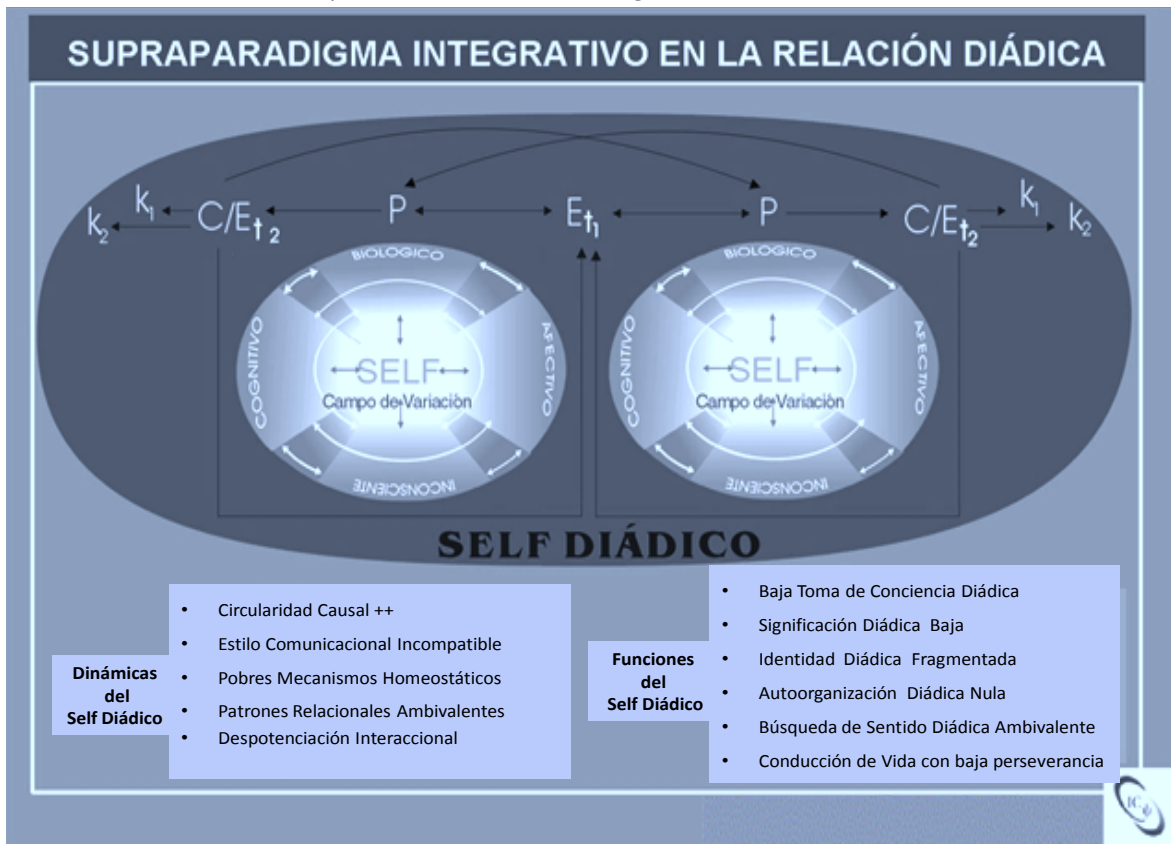
Si organizamos la Manipulación Intrafamiliar (MIF) desde el Enfoque Integrativo Supraparadigmático se obtienen los siguientes resultados:







En relación al SELF Diádico y la interacción con el Diagnóstico de MIF:



## **2. Análisis de la Validación del “Protocolo de Intervención para Revinculación en casos de Manipulación Intrafamiliar (MIF)”.**

El Protocolo de Intervención para Revinculación en casos de Manipulación Intrafamiliar (MIF) fue elaborado en primera instancia por la autora de ésta tesis y posteriormente validado por expertos a través de una encuesta semi-estructurada. De este modo, el Protocolo quedó compuesto por las siguientes fases:

### **Consideraciones Preliminares**

- Variables Institucionales (en relación a la regulación de aspectos económicos, solicitudes de sistema familiar consultante y Ley n°20.584 sobre los “Derechos y Deberes de los Pacientes”).
- Variables del Terapeuta (en cuanto a su formación como profesional, disponibilidad de contacto, emisión de informes, supervisión de los casos y manejo de la confidencialidad).
- Consideraciones Fundamentales del Protocolo (contiene la definición de SAP, definición de MIF, superposición de las 5 fases, consideraciones en relación a las evaluaciones psicológicas y, finalmente esclarecimiento de que el Protocolo no ha sido elaborado para ser aplicado en casos de Abuso Sexual, Maltrato Intrafamiliar ni para situaciones en las que el interés superior del niño está siendo pasado a

- **Fase N°2: Proceso de Evaluación**

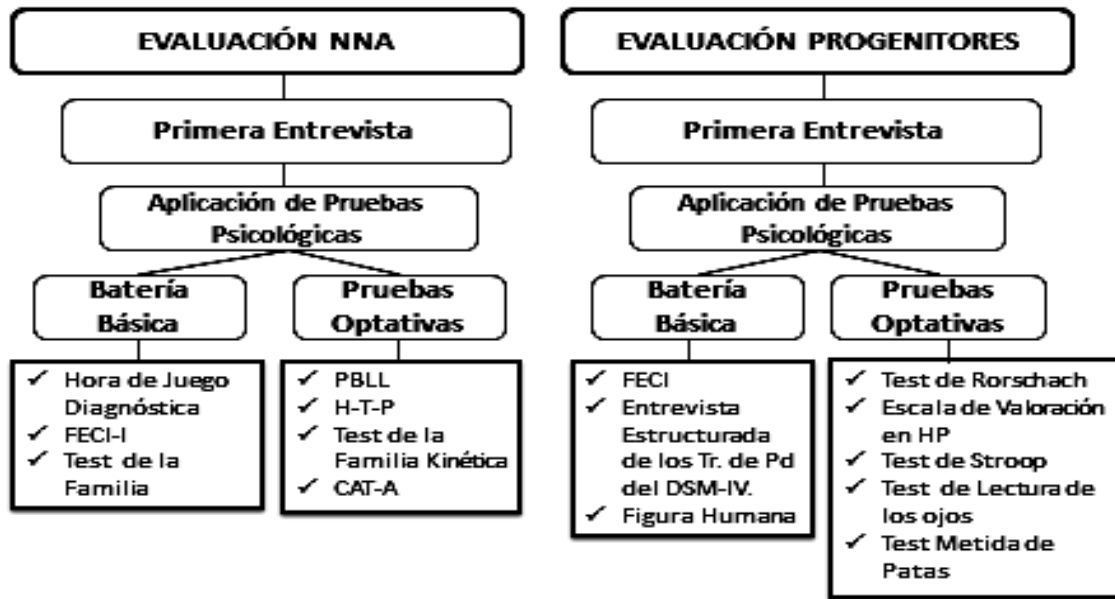
llevar, lo que se da habitualmente en casos de MIF severa).

### **Encuadre**

- Encuadre básico (duración de cada sesión, el costo de ésta, la frecuencia, cuándo avisar la suspensión de una sesión, etc.).
- Encuadre necesario en Terapias judicializadas de Revinculación (entrega de información a progenitores, sesiones a realizar entre cada progenitor con el hijo, dificultades dentro de los procesos judicializados y emisión de informes al Tribunal).

- **Fase N°1: Fase de Ingreso**

- Recepción del Oficio con orden de Revinculación.
- Revisión de la carpeta investigativa.
- Entrevistas de recepción al sistema consultante.
- Reunión de derivación.
- Determinación de la existencia y grado de MIF.
- Asignación del/los terapeuta/s.



▪ **Fase N°3: Fase de Intervención**

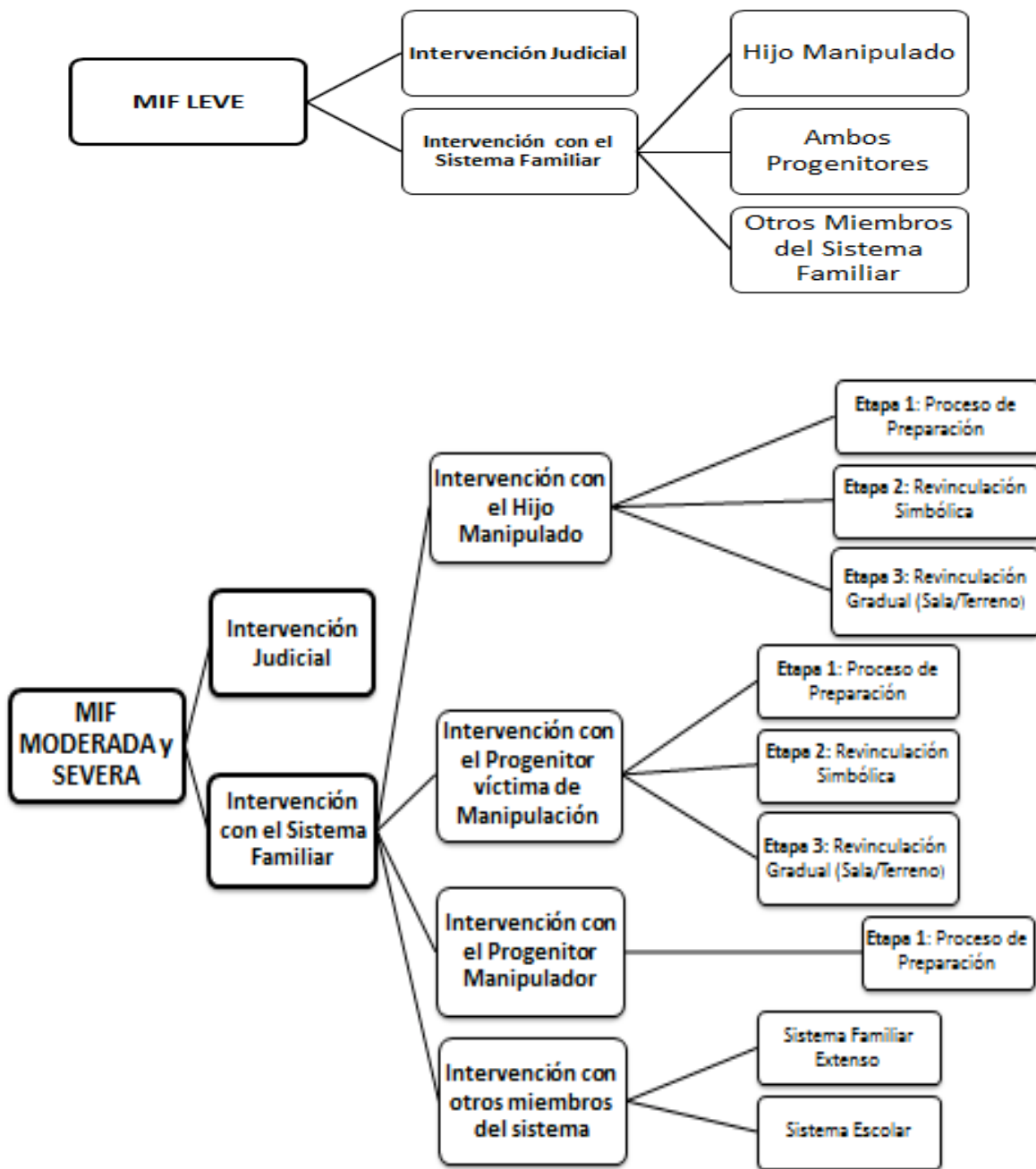
- Etapa n°1: Proceso individual de terapia para el Sistema Familiar.
- Etapa n°2: Ingreso al Taller de Habilidades Parentales.
- Etapa n°3: Reparación del daño emocional del NNA (alianza terapéutica, reparación

del daño emocional asociado a la figura parental dañada).

- Etapa n°4: Evaluación de la relación Costo-Beneficio para delimitar el alcance de objetivos terapéuticos para el inicio del Proceso de Revinculación.

▪ **Fase N°4: Proceso Revinculatorio**

- Intervención en MIF leve
- Intervención en MIF moderada y severa



- Fase N°5: Fase de Seguimiento, Control y Cierre del Proceso de Revinculación

- Información a Tribunales (emisión del último informe al Tribunal competente).

- Cierre del Proceso (monitoreo, últimas sesiones y evaluar la necesidad de continuar con terapias individuales fuera del proceso judicial).

## Conclusiones

Tras el análisis teórico y clínico del SAP, está claro que hay una manipulación existente dentro del sistema familiar, que genera daños psicoemocionales principalmente en los hijos involucrados. Es por esto que para dar respuesta a este fenómeno, **se propuso desde el Enfoque Integrativo Supraparadigmático el uso de un nuevo concepto; Manipulación Intrafamiliar (MIF).**

En Psicología hay que diferenciar entre Investigar, Evaluar e Intervenir, de este modo, intentando contribuir a una Psicología más eficiente, es que se creó un Protocolo de Intervención para Revinculación en casos de Manipulación Intrafamiliar (MIF), el cuál fue validado a través de Expertos.

Considerando los buenos resultados de las encuestas realizadas a los profesionales se puede concluir que el Protocolo de intervención propuesto es coherente con el modelo. Por otra parte, lo relevante de la investigación es que el Protocolo puede ser utilizado en distintos ámbitos psicológicos, tanto en el trabajo clínico como forense.

Por esto se justifica la confección del Protocolo de Intervención en Revinculación para casos de MIF, el cuál reúne antecedentes provenientes de los diferentes paradigmas y la bibliografía del Síndrome de

Alienación Parental existente, datos aportados por quienes traen el motivo de consulta emanados por Tribunales de Familia.

Finalmente, en cuanto a los alcances de este estudio, nos encontramos con la realidad de que el sistema Familiar es muy cambiante, un día nos topamos con una demanda por violencia intrafamiliar, y al mes siguiente con que ésta demanda fue retirada, así también, con reencuentros entre progenitores anteriormente divorciados, etc. Junto con esto, el Sistema Judicial Familiar, también se ve en la obligación de ir modificándose y estructurándose en relación a la dinámica familiar. De esta manera, es que probablemente en algunos años más nos topemos con que éste fenómeno de la dinámica familiar que hemos llamado desde el EIS Manipulación Intrafamiliar, sea incluido dentro del DSM, como Síndrome de Alienación Parental, Manipulación Intrafamiliar o, probablemente, tenga otro nombre. En el fondo, lo que importa, es la necesidad que actualmente existe con respecto a la clarificación de éste fenómeno, lo relevante que salgan a la luz nuevas investigaciones, aportándonos mayor conocimiento válido y especificidad en cuanto a diagnóstico y tratamiento.

## Referencias

- Aguilar, J.M. (2006).** *S.A.P: Hijos manipulados por un cónyuge para odiar a otro.* (3ª ed.) Córdoba: Almuzara.
- Bagladi, V. y Ramirez, R. (2012).** *Procesos de Revinculación desde el Enfoque Integrativo Supraparadigmático.* En prensa.
- Barudy, J. (1998).** *El dolor invisible de la infancia: Una lectura ecosistémica del maltrato infantil.* Barcelona: Paidós.
- Bolaños, I. (2002).** *El síndrome de alienación parental: descripción y abordajes psico-legales.* Psicopatología Clínica, Legal y Forense. Vol 2. N°3. Pp. 25-45.
- Cartié, M., Casany, R., Domínguez, R., Gamero, M., García, C., González, M., & Pastor, C. (2005).** *Análisis descriptivo de las características asociadas al Síndrome de Alienación Parental (SAP).* Psicopatología Clínica, Legal y Forense. Vol. 5, pp. 5-29.
- Escudero, A., Aguilar, L., de la Cruz, J. (2008).** *La Lógica del Síndrome de Alienación Parental de Gardner (SAP): "terapia de la amenaza.* Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq., Vol. XXVIII, n° 102, pp. 283-305, ISSN 0211-5735.
- Gardner, R. (2001).** *Comments on Carol S. Bruch's article 'Parental Alienation Syndrome and Parental Alienation: Getting it Wrong in Child Custody Cases.* Family Law Quarterly. pp. 527-552.
- Intebi, I. (2012).** *Una Sordera Perversa: Debate sobre la revinculación con sus padres de niños y niñas víctimas de abuso.* Diario, p.12, República Argentina.
- Oropeza, J. (2007).** *Síndrome de Alienación Parental Actores Protagonistas.* Revista Internacional de Psicología. Vol.8 No.2. ISSN 1818-1023.
- Quiroga, S., Pérez, M., Cryan, G., Colugio, A., Grubisich, G. (2009).** *Terapias de Re-vinculación Clínica para Padres e Hijos derivados por Instituciones Judiciales.* IV Congreso Marplatense de Psicología Ideales sociales, Psicología y Comunidad. 3, 4, 5 de diciembre de 2009.
- Segura, C., Gil, MJ., y Sepúlveda, MA. (2006).** *El síndrome de alienación parental: una forma de maltrato infantil.* Cuad Med Forense. 12(43-44). pp. 117-128.
- Steffen, M., (2011).** *Papá y mamá los quiero mil: Tuición compartida versus Síndrome de Alienación Parental SAP.* Editorial Forja.
- Tejedor, M. A. (2006).** *El Síndrome de Alienación Parental: Una forma de maltrato.* Colección de Psicología Jurídica. Edit. EOS. Madrid.
- Tejedor, A. (2010).** *Is Parental Alienation a mental disorder?* Gabinete Psicológico. Mieres, Principado de Asturias. ESPAÑA.
- Tesone, S. (2007).** *Revinculación: diferentes abordajes.* Presentado en Mesa redonda, I Congreso Internacional de Violencia, Maltrato y Abuso. Buenos Aires, 4 de Noviembre de 2007.

## Promoción del Apego Seguro desde el EIS

**Mg. Ps. Michell Boye S<sup>23</sup>**  
**Ps. Mg© Marta Quintana B<sup>24</sup>**

### Abstract

This article presents multiple variables of the attachment figures that affect the development of the secure attachment. For this, the investigators made a documental analysis of the existent bibliography organizing it based on the Supraparadigmatic Integrative Approach.

**Keywords:** Attachment, secure attachment, attachment figure, Supraparadigmatic Integrative Approach, paradigm, Self system.

### Resumen

El presente artículo se centra en las múltiples variables del cuidador que influyen positivamente en la generación de un apego seguro. Para lo anterior, se realizó un análisis documental con la bibliografía existente generando un ordenamiento desde la mirada del Enfoque Integrativo Supraparadigmático (E.I.S.).

**Palabras principales:** Apego, apego seguro, cuidador primario, Enfoque Integrativo Supraparadigmático, paradigmas, Sistema Self.

---

<sup>23</sup> Psicóloga Clínica, Universidad Adolfo Ibáñez. Magister en Psicología Clínica, Universidad Adolfo Ibáñez – ICPSI. Especialista en Psicoterapia Integrativa© ICPSI. Diplomado en Psi Clínica mención Neurociencias. Contacto: [michellboye@gmail.com](mailto:michellboye@gmail.com)

<sup>24</sup> Psicóloga Clínica, Universidad Adolfo Ibáñez. Magister© en Psicología Clínica, mención Psicoterapia Integrativa, Universidad Adolfo Ibáñez – ICPSI. Especialista en Psicoterapia Integrativa Infanto-Juvenil ICPSI. Contacto: [marta.quintanab@gmail.com](mailto:marta.quintanab@gmail.com)

## Introducción

La relación entre los niños y sus cuidadores principales (madre, padre, abuelos, etc.) y las consecuencias que surgen de ésta, ha marcado la psicología desde hace varias décadas.

En 1960 el psicoanalista inglés John Bowlby comienza a estudiar los modelos internos de funcionamiento de relaciones interpersonales que se mantienen a lo largo de nuestra vida (Heresia 2012). Para Bowlby era de vital importancia describir y explicar por qué los niños se convierten en personas emocionalmente apegadas a sus primeros cuidadores. De esta manera, a través de diversos estudios, este investigador es el pionero en definir el concepto de *apego*:

*“Cualquier forma de conducta que tiene como resultado el logro o la conservación de la proximidad con el otro individuo claramente identificado al que se considera más capacitado para enfrentar al mundo. Esto resulta sumamente obvio cada vez que la persona está asustada, fatigada o enferma, y se siente aliviada con el consuelo y los cuidados.”* (Bowlby 1995, p. 40)

Tras esta definición surgen diversos investigadores interesados en continuar, ampliar y mejorar la teoría de Bowlby. Mary Ainsworth, Patricia Crittenden, Felipe Lecannelier, Allan Schore y otros psicólogos influyentes, han dedicado su vida a la temática del apego. Cada uno de ellos ha aportado desde distintas visiones material para comprender de mejor manera el apego y sobre todo cómo éste influye en la vida futura de las personas. Sin duda alguna, el apego es fundamental en el desarrollo de cada individuo.

Por lo tanto, tras el análisis de diversas definiciones de apego hemos encontrado que la mejor forma de conceptualizarlo es la siguiente:

El concepto de apego alude a un sistema de comportamiento innato de los seres humanos que es activado en situaciones de aflicción, separación o amenaza y tiene como principal objetivo que la persona sea capaz de recuperar su bienestar a través de comportamientos destinados a recibir apoyo, cuidado y protección del cuidador primario. Es decir, conforma un sistema de regulación diádica entre el cuidador-hijo, siendo



imprescindible para el infante la presencia y disponibilidad del cuidador. Este primer vínculo va a generar una base para la génesis de modelos internos de funcionamiento interpersonal, los cuales se mantendrán a lo largo de la vida. En este sentido, el apego desarrollado en la temprana infancia repercute en la forma de establecer vínculos con las demás personas en todo momento, influyendo de manera significativa en las futuras relaciones interpersonales.

Ainsworth siguió directamente lo postulado por Bowlby y en 1963 comienza una investigación que finalmente concluye con el concepto de “estilo de apego” y la identificación de tres grandes grupos de apego (Ainsworth en Mundaca, 2000 & Lecannelier 2008):

1. Apego seguro
2. Apego ansioso elusivo evitativo
3. Apego ansioso resistente o ambivalente

El estilo de apego corresponde a un conjunto de conductas que presenta el niño frente a su cuidador principal. Estas conductas son un reflejo de lo que internamente le sucede al niño y cómo se van desarrollando sus

representaciones de modelos internos que en el futuro se verán reflejados en la mayor parte de sus relaciones personales.

El apego seguro se expresa en niños con seguridad suficiente para explorar el mundo, tomar decisiones, y en una confianza básica alta que se refleja en una búsqueda de proximidad adecuada. Así mismo, expresan de mejor manera sus emociones junto a una mejor autorregulación.

Los niños con apego evitativo se caracterizan por la respuesta “evitativa” frente a estresores. De esta manera tienden a escaparse de las situaciones que les provoquen malestar emocional no sabiendo enfrentar estas emociones disfóricas.

Finalmente, la característica del apego ambivalente es la ansiedad en la conducta. Son niños que se aferran a su figura de apego y que sufren mucha ansiedad al momento de separarse de ellos.

Sin embargo, la investigación realizada por Ainsworth dejó un grupo de niños de lado, niños que no correspondían a ninguna de las tres categorías señaladas, quienes presentaban las conductas más erráticas

para buscar la proximidad de su madre. Por esto, en 1990 Mary Main desarrolla el concepto de “apego desorganizado”. Estos niños responden de manera caótica frente a su progenitor, llegando incluso a ser violentos físicamente. Sin embargo, los estudios posteriores han demostrado que este tipo de apego se genera en casos de alta violencia intrafamiliar, cuidadores negligentes o abusivos, etc. Por lo tanto, si estamos frente a un niño que presenta un apego desorganizado hay que intervenir de manera directa en la relación con su cuidador principal porque lamentablemente este estilo en la adultez es de alto riesgo.

Crittenden propone que el apego sería un fenómeno diádico en donde tanto las variables del niño como del cuidador principal afectan el desarrollo del apego (Crittenden, 1997). Así, se ha estudiado que ciertas características innatas del niño como el temperamento y ciertas conductas del cuidador principal afectarían directamente. Sin embargo, hasta el día de hoy no existe una sistematización clara donde se reúnan todas las variables estudiadas del cuidador principal que afectan el desarrollo del apego seguro. Dada la relevancia de comprender qué factores del cuidador principal permiten

un mejor desarrollo, se realizó un análisis documental con el fin de sistematizar dicha información.

Actualmente Crittenden y Guidano, guiados por las teorías post racionalistas están estudiando los estilos de apego buscando ampliar el abanico de posibilidades. Ellos postulan que existirían *patrones vinculares* que se clasifican en dos grandes grupos: patrones vinculares que usan la coerción y patrones vinculares que usan la evitación. De esta manera describen ocho diferentes patrones vinculares que se desarrollan del mismo modo que los estilos de apego, a través de una relación diádica. Los grupos que ellos nombran se separan en dos:

1. **Patrones evitativos.** Niños que se alejan de sus padres y buscan la menor interacción posible:
  - a. A1-A2. Niños *inhibidos* con padres explícitamente rechazantes
  - b. A3. Niños *cuidadosos compulsivos*. Corresponden a niños inteligentes, hiperactivos, que se muestran lejanos a los padres.

- c. A4. Niños *complacientes compulsivos*. Que buscan satisfacer las necesidades de sus padres.
- d. A5. Niños *solitarios promiscuos*

## 2. Patrones coercitivos

- a. C activo. Niños que buscan la atención de manera *activa* a través de amenazas o castigos.
- b. C pasivo. Niños que a través de los dolores corporales busca la atención de los padres.
- c. C6 coercitivo. Niños que amplifican su malestar.
- d. C6 evitante. Una mezcla entre los patrones vinculares A1-A2-A3 pero en donde se manifiesta una experiencia de pérdida, tristeza y desesperación.

Desde el primer mes de vida se puede observar cómo se va generando el apego. El modo de interactuar madre-hijo, la búsqueda de proximidad en el niño y en la madre, entre otras características permiten a un observador entrenado identificar claramente el estilo de apego. Sin embargo,

es importante indicar desde ya que el apego podría cambiar, ya que es algo flexible y dinámico que se puede ver alterado por múltiples variables. De esta manera se puede generar apego seguro en el mejor de los casos o inseguro desde un apego desorganizado, al intervenir en ciertas variables como por ejemplo niños que pasan de un ambiente caótico y negligente a familias estables emocionalmente y con altas competencias parentales. También se puede pasar de un apego seguro a uno evitativo si suceden ciertos cambios importantes en los primeros meses de vida, como por ejemplo la muerte de la figura de apego segura que se ve reemplazada por una figura de apego ambivalente o evitativa.

En términos claros el apego trae consecuencias en el desarrollo psicobiológico de los infantes, pudiendo generar un apego inseguro, alteraciones en la mentalización, en la desregulación afectiva e incluso produciendo alteraciones a nivel cerebral.

En el sentido positivo, según Fonagy las conductas de los niños con un apego seguro se basan en interacciones bien coordinadas y sensibles, donde el cuidador no es ni sobre estimulante ni ausente, y es capaz de regular

las respuestas emocionales desorganizadas del niño, por ejemplo rabietas. De esta manera, el niño aprende que las emociones negativas no son tan amenazantes y pueden ser experimentadas sin temor e incluso ser comunicadas. Por lo tanto, el apego seguro trae como consecuencia una mejor autorregulación.

Las consecuencias no sólo se ven en la primera infancia, también en la adolescencia y en la adultez. Podemos observar cómo nuestra primera relación influye sobre el resto de nuestra vida social y sobre todo cómo influye en nuestro mundo interno. De esta manera: *“La evidencia científica ha demostrado que el apego desarrollado en la temprana infancia repercute en la forma de establecer vínculos con las demás personas en la edad adulta, influyendo en las futuras relaciones interpersonales significativas.”* (Farkas et al, 2008).

Realizando una revisión de distintos estudios, entre ellos los de Kobak y Sceery (1988); Kerr, Melley, Travea y Pole (2003) y Consedine y Magai (2003) las consecuencias de no tener un apego seguro para el adolescente y adulto que pertenecen a las

categorías ambivalente o evitativo serían las siguientes:

- Mayor índice de ansiedad y stress
- Mayor índice de hostilidad
- Niveles más bajos de afecto positivo
- Menor energía y concentración
- Mayor nivel de tristeza y apatía
- Mayor nivel de miedo
- Repertorio emocional menos desarrollado
- Menor intimidad a nivel interpersonal
- Mayor percepción de síntomas
- Dificultad para reconocer afectos negativos
- Minimización del afecto

Entonces, comprendiendo la importancia del apego se hace relevante comprender qué factores y variables de la madre o cuidador principal influyen en el desarrollo del apego seguro, ya que sistematizando esta información se podrá realizar una intervención más amplia y completa, ayudando a generar personas con un mejor desarrollo personal.

## Resultados

A través de un análisis documental, en el cual se revisó bibliografía básica relacionada a esta temática como son los estudios de

Bowlby, Fonagy, Crittenden, Ainsworth, Lecannelier, entre otros. Más la revisión de distintos estudios nacionales e internacionales recientes respecto a variables que afectan el desarrollo del apego se obtuvo la siguiente sistematización:

Dentro del **paradigma biológico** se encuentran las siguientes variables:

1. Funcionamiento hormonal
2. Sistema límbico tanto del cuidador principal como del infante
3. Reconocimiento del temperamento, tanto del niño como del cuidador principal
4. Ausencia de psicopatología grave
5. Edad del cuidador principal

El primer punto hace referencia a la carga de oxitocina, vasopresina y cortisol que el cuidador principal libera en la interacción con el niño. Se esperan niveles normales en todas estas hormonas que son las que finalmente permiten el apego desde la biología. El funcionamiento del sistema límbico hace referencia a lo mismo, hay ciertos procesos que pasan por este sistema (como procesamiento emocional, control de

impulsos, etc.) que interfieren en la relación que se genera con el infante.

Por su parte, el reconocimiento del temperamento tanto del niño como del cuidador principal no se refiere a que el niño debe comprender el temperamento del adulto, es el adulto quien debe reconocer el temperamento del niño y al mismo tiempo reconocer el propio. Si no sabemos cómo somos, qué nos afecta y qué nos es difícil más complejo es comprenderlo en un otro.

La ausencia de psicopatología grave se refiere a todas aquellas enfermedades que impiden un funcionamiento normal en el cuidador principal, como depresiones severas, esquizofrenias, etc. Pero es importante indicar que esta variable afecta en tanto no se mantenga al cuidador principal estable. Si hay una madre con un trastorno depresivo en remisión o en tratamiento permitiendo que todas sus funciones se mantengan estables, no debería haber una interferencia en su capacidad de desarrollar apego seguro.

Finalmente, relacionado con la edad se plantea que madres jóvenes podrían tener más dificultades para desarrollar apego

seguro que madres más adultas, debido a la madurez. Es más probable que una mujer de 15 años sea más inmadura y tenga menos herramientas para tratar con las exigencias de ser madre que una mujer de 30 años.

En el **paradigma cognitivo** se encontró lo siguiente:

1. Función reflexiva desarrollada
2. Baja irracionalidad cognitiva
3. Creencias realistas en torno a la parentalidad
4. Nivel de exigencias parentales flexible y realista
5. Estilo democrático de parentalidad

En general las variables mencionadas hacen referencia al conocimiento que tienen los padres sobre lo que se debería esperar o no de los niños, qué expectativas tienen de ellos como padres o cuidadores principales, y de sus hijos. Lo que se postula, es que los cuidadores principales que conocen lo que los niños pueden hacer realmente a ciertas edades, tendrán mayores facilidades para desarrollar mejores relaciones con ellos. Esto se explica debido a que tenderán a generar expectativas más realistas y acorde a lo esperado para su desarrollo evolutivo. Por otro lado, conocer esto les permite a ellos

como padres bajar su nivel de ansiedad, lo que influye positivamente en el apego. Finalmente, el primer punto mencionado: la función reflexiva, es muy relevante, ya que permite al cuidador principal comprender los estados mentales de sus niños sin la necesidad de que ellos hayan adquirido el lenguaje hablado, lo que durante el primer año de vida es fundamental. Si un cuidador principal tiene dificultades graves para comprender si su hijo llora por hambre, por sueño, por miedo, etc. es muy difícil que logre tranquilizar el estado negativo del infante, influyendo negativamente en el desarrollo del apego.

El tercer paradigma a revisar corresponde al **paradigma ambiental conductual**, en donde se observó lo siguiente:

1. Estabilidad tanto a nivel ambiental como familiar
2. Buen manejo en los cambios vitales significativos
3. Bienestar de cuidadores principales
4. Existencia de redes de apoyo
5. Oportunidades de interacción entre cuidadores principales e infante
6. Existencia de hora de juego

7. Calidez en la conducta del cuidador principal
8. Estilo de apego autónomo
9. Búsqueda de proximidad (tanto del niño como del cuidador principal)
10. Repertorio conductual adecuado

En relación a lo ambiental, lo más importante es comprender que donde estamos, lo que nos rodea influye en nuestra persona. Si el ambiente del niño impide que pueda mantener estados de calma, claramente se verá una alteración en el vínculo que genera con su madre, ya que la capacidad de tranquilizar al niño por parte del cuidador principal se verá intervenida. Este paradigma hace alusión a que no solo es el niño quien debe estar tranquilo, del mismo modo también el cuidador principal requiere de un espacio de tranquilidad. No obstante, esto no siempre es posible, por lo que en dicho caso lo relevante será el manejo que tienen los cuidadores principales de las situaciones estresantes que los rodean, entre mejor las manejen menos interferencia tendrán en el desarrollo del apego. Por esto también es importante la existencia de redes de apoyo, familia extensa, amigos cercanos de confianza, incluso un sistema gubernamental que sirva de guarida para los cuidadores

principales en momentos de alto estrés emocional.

En lo conductual es interesante que el niño se convierte también en un actor principal. Esto debido a que un cuidador principal puede tener la mejor intención de generar apego con sus hijos, incluso siendo el adulto perfecto, con todas las variables mencionadas funcionando en su totalidad, si el adulto busca la proximidad pero el niño no responde, habrá un impacto en el apego, ya que el cuidador principal a la larga podría perder el interés en relacionarse afectivamente con el niño, y solo podría hacerlo de modo automático para mantener las necesidades básicas satisfechas. En cambio, si el niño responde a la interacción e incluso busca la interacción con su figura de apego, se generará una red de intercambio entre cuidador y niño que permite el apego. Del mismo modo, si el infante es quien busca la interacción y no la encuentra le sucederá lo mismo que al adulto.

La conducta apropiada hace referencia a la comprensión de los cuidadores principales de cómo comunicar e interactuar con sus hijos según la etapa de desarrollo, pero además al tipo de comunicación que tiene el

cuidador principal en general. Si tiende a mostrarse amenazante es probable que el niño tenga más resquemor en interactuar con dicha persona, lo que a su vez se relaciona con la calidez que pueda transmitir el cuidador principal en sus interacciones.

Por otro lado, el **paradigma afectivo** entrega su cuota de intervención con las siguientes variables:

1. Capacidad autorregulatoria del cuidador principal
2. Estabilidad emocional positiva
3. Seguridad emocional
4. Habilidades de expresión afectiva
5. Empatía
6. Sensibilidad emocional

Desde el mundo afectivo del cuidador principal, una de las primeras variables corresponde a su propia capacidad para regular estados afectivos. Si esta capacidad se ve intervenida es muy poco probable que el cuidador principal logre regular de manera efectiva y eficaz los estados afectivos del niño que tenga a su cuidado. Y como sabemos, la función principal del apego es regular estados afectivos negativos en el niño, devolviendo a la homeostasis el

sistema. Por lo tanto, si el cuidador principal no logra regularse influye negativamente en su capacidad para generar un apego seguro.

La empatía también se relaciona con la función reflexiva pero desde lo emocional, se refiere a la capacidad de comprender emocionalmente lo que el niño siente, sin interferir sus propias emociones en este análisis, lo cual a su vez se relaciona con la sensibilidad emocional. Además, la capacidad de expresión emocional en el cuidador principal, es un factor que permite que se genere apego seguro si es que la expresión es adecuada. Esto no significa en ningún motivo que el cuidador principal no pueda llorar frente a sus hijos, pero significa que pueda enseñarle esa emoción y que mezclado a la capacidad de autorregulación finalmente se convierta en un ejemplo a seguir para el niño, quien aprende a enfrentarse a emociones disruptivas de la manera más sana posible.

En relación al **paradigma sistémico** se encontraron tres variables principales:

1. Control adecuado de la homeostasis
2. Gravitación familiar (media y positiva)



### 3. Relación de pareja positiva y satisfactoria

Para no confundir al lector, el paradigma sistémico no hace referencia a factores ambientales que se representan en el paradigma ambiental-conductual. En este paradigma se hace alusión a dichos mecanismos como la morfogénesis o morfostasis que permiten la mantención del equilibrio del sistema, o en otras palabras la homeostasis. Del mismo modo, se refiere al tipo de relación que existe netamente dentro de la familia o sistema. Pensando entonces en el sistema micro, pues algunos pueden sugerir que la sociedad donde está inmerso el sujeto también representaría un sistema. Esto no es incorrecto, pero dentro del conocimiento que se está aplicando en este paper, la cultura o el ambiente más macro donde se encuentre el sujeto se analiza dentro del paradigma ambiental-conductual.

Entendido esto, se plantean las tres variables mencionadas que más que nada se relacionan con la capacidad del cuidador principal de mantener la homeostasis o como se mantiene la homeostasis dentro de su sistema. En un sistema que constantemente cambia, donde volver a la

normalidad requiere un alto monto de energía, es más probable que cueste generar el mejor apego posible, ya que hay otras variables que estarían interfiriendo.

Así mismo, la gravitación familiar es importante en este sentido, ya que si el cuidador principal se ve poco apoyado por su entorno cercano o no puede tomar decisiones por sí mismo en torno a la parentalidad, es poco probable que viva una parentalidad sana y autónoma. Por lo que se sugiere que la gravitación familiar ideal debería ser media y positiva, lo que quiere decir que lo mejor para el desarrollo del apego es que el cuidador principal cuente con el apoyo de sus familiares pero que estos no sean aprehensivos, o no intervengan directamente en las decisiones en torno al cuidado del niño. Por otro lado, si la forma en que la familia extendida influye es positiva, es más probable que el cuidador principal se sienta capacitado para realizar su rol.

Por último, las relaciones de pareja que mantenga el cuidador principal pueden afectar el desarrollo del apego del niño. Esto no significa en ningún sentido que las familias biparentales y casadas tengan mayor

posibilidad de desarrollar apego seguro que familias con padres separados. A lo que se refiere este apartado se aplica a ambas situaciones, ya que lo importante es el tipo de relación que tienen los padres. Cuando las relaciones entre los padres son más sanas, es menos probable que intervenga en el cuidado hacia el niño. Si las relaciones son negativas, en donde se viven discusiones constantes, o donde simplemente papá y mamá no logran entablar una relación estable, se convierte en un impedimento para desarrollar apego seguro. Esto, debido a que el cuidador principal afectado, al tratar de superar esta situación podría utilizar mecanismos de defensa que impidan seguir desarrollando el mejor apego posible.

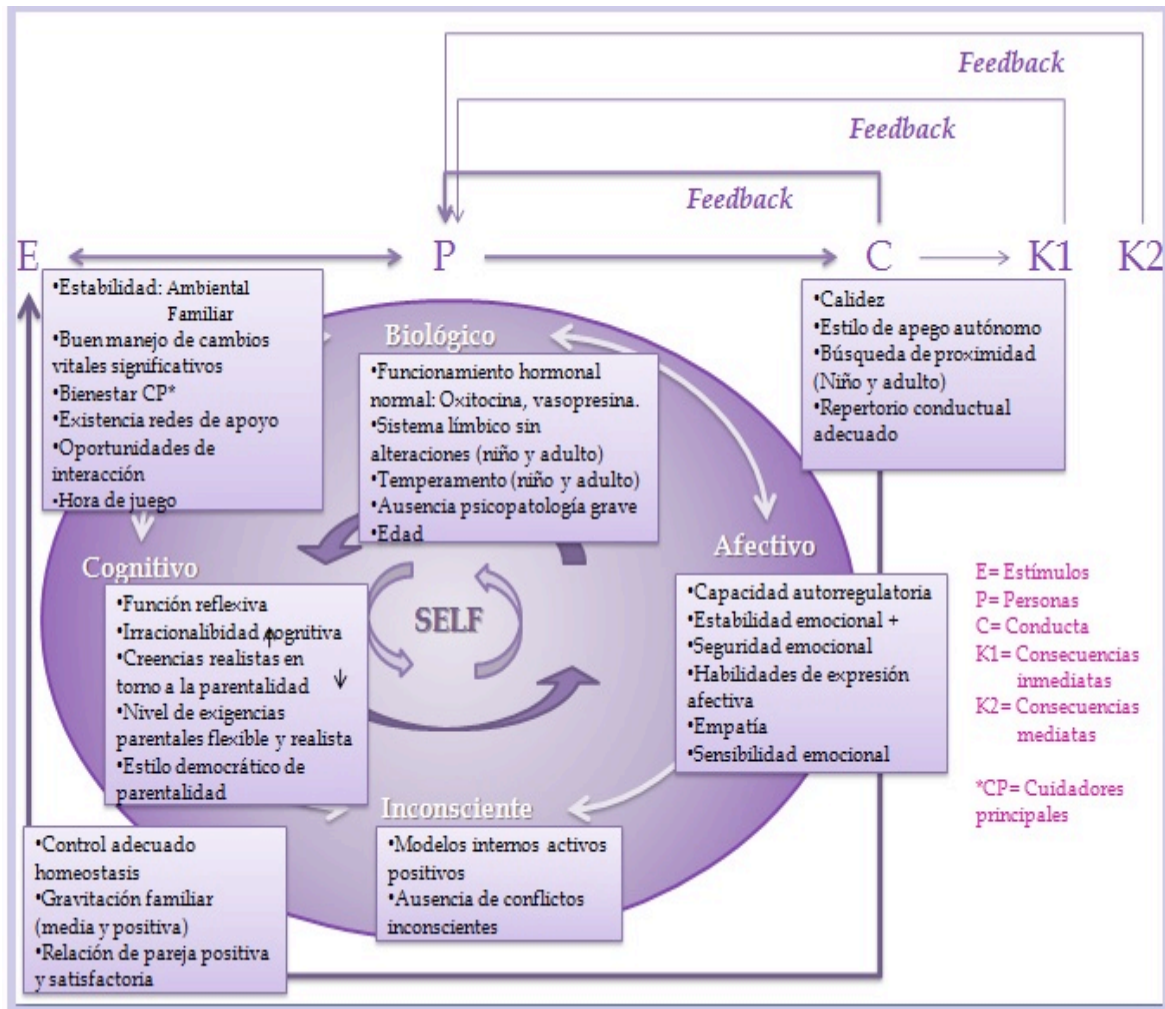
Finalmente, el último paradigma analizado fue el **paradigma inconsciente** del cual sólo se encontraron dos variables claras:

1. Modelos internos activos positivos.
2. Ausencia de conflictos inconscientes

Los modelos internos hacen referencia a lo estudiado por Bowlby (1971), quien plantea que las relaciones que tenemos con nuestros

primeros modelos quedan grabadas como representaciones internas que se convierten en modelos internos. Esto quiere decir que el tipo de relación o el tipo de apego que mantuvo el cuidador principal con su cuidador principal, afectará de alguna manera su modo de interactuar con el niño a su cuidado. Cuando estas interacciones no han sido llevadas al consciente actúan desde esta esfera. Si las representaciones desarrolladas fueron positivas y corresponden a un tipo de apego seguro, no habría de qué preocuparse y es entonces una variable positiva. Sin embargo, si las representaciones son negativas pueden influir negativamente en el desarrollo del apego seguro, y es en estos casos donde hay que intervenir.

Respecto al sistema *Self* no se han encontrado datos suficientes para incluirlo en la sistematización. Se han realizado diversos estudios respecto al *Self* del infante en relación a su estilo de apego, pero no se ha investigado qué y cómo las funciones del *Self* del cuidador principal influyen en el desarrollo de esta relación diádica.



\* Resumen variables que influyen en la génesis del apego seguro desde el EIS

## Conclusiones

Después de estudiar y analizar diversas investigaciones de esta temática, es relevante mencionar algunas definiciones que fueron utilizadas tras el análisis documental:

*“El apego es el pilar de cómo el niño se relaciona con el mundo, y un apego seguro provee una base segura desde la cual los niños aprenden de sí mismos y de los demás.” (Cardemil, 2012).*

Considerando lo anterior, queda de manifiesto la importancia de esta temática, ya que marcará a la persona para la vida.

Por otro lado, el apego que adquiramos podrá ser traspasado a nuestros hijos, siendo entonces de importancia generacional la relación que mantengamos con nuestras figuras de apego.

Dentro de las características más importantes, se concluye que el apego es estable pero puede verse modificado, y depende de múltiples factores. Éste puede ser transformado ya sea ir desde un apego sano-seguro a un apego desorganizado o viceversa. Todo dependerá de las figuras de apego que mantengamos en la primera infancia. Además, si no se tiene un apego seguro proveniente de cuidadores primarios, se puede desarrollar a través de otras figuras significativas. Es decir, podemos mejorar las representaciones internas que mantenemos, siempre que logremos generar al menos con una persona un apego seguro.

La multiplicidad de factores que afectan el desarrollo del apego seguro se evidencia en cada uno de los paradigmas nombrados en este trabajo. En este sentido es muy

importante contar con una herramienta ordenadora como es el modelo Integrativo Supraparadigmático.

Por otro lado, a pesar que la temática del apego lleva años siendo estudiada aún en el presente los primeros autores como Bowlby y Ainsworth siguen siendo relevantes, manteniendo hasta el día de hoy la misma conclusión: El desarrollo emocional de los niños depende en gran medida de las relaciones interpersonales que mantengan con sus figuras primarias de apego.

Sin embargo, a pesar de los años de estudio y de la numerosa cantidad de investigaciones que se han realizado sobre esta temática, es interesante pero también preocupante que estas investigaciones apuntan sólo a comprobar y demostrar que el apego es crucial para el desarrollo de las personas sin tomar en cuenta qué factores son necesarios para generar el apego seguro. De esta manera, se habla respecto al apego pero muy poco sobre cómo generarlo o cómo intervenir para ayudar a padres a desarrollar apego seguro en sus hijos. Por lo tanto, se transforma en una necesidad para los expertos en apego investigar qué otros factores de los cuidadores principales

podrían afectar este desarrollo. Por ejemplo, dentro de la investigación realizada no se encontró ningún estudio respecto al sistema Self de la madre o del cuidador principal y cómo esto influye en la génesis del apego seguro.

Además, tras analizar el paradigma ambiental conductual se puede cuestionar el manejo social que tenemos actualmente con la primera infancia en nuestro país. Desde el nacimiento, en Chile se actúa contra el apego, los niños crecen sin padres ya que

ambos deben trabajar, incluso tras el nacimiento los recién nacidos son alejados de las madres impidiendo mantener el primer contacto que es fundamental. Con todo esto y sabiendo ya las consecuencias de un apego inseguro o desorganizado en los niños, cabe preguntarse si uno de los factores que influye en el crecimiento de trastornos psicológicos en los niños de nuestro país, correspondería o no a un mal ejercicio de las funciones parentales que impiden el apego seguro.

## Referencias

**Arciero, G (2000);** *Del apego a la psicopatología;* Conferencia, España.

**Bagladi, V (2003).** *Variables Inespecíficas en Psicoterapia y en Psicoterapia Integrativa.* Tesis de Doctorado para obtención del título de Doctor en Psicología, Facultad de Ciencias Humanas, Universidad Nacional de San Luis, Argentina.

**Bowlby, J (1989).** *Una base segura:* Aplicaciones clínicas de una teoría de apego. Barcelona; Paidós.

**Bowlby, J (1993);** *La separación afectiva;* Paidós.

**Cardemil, A (2011);** *Factores parentales que potencian el desarrollo de la capacidad de autorregulación en el niño preescolar: Una mirada desde el Enfoque Integrativo Supraparadigmático;* Universidad Adolfo Ibáñez; Santiago de Chile.

**Daurella, N (2012);** *Trauma y Retraumatización: De Ferenczi a Fonagy, pasando por la teoría del apego y la neurociencia;* Temas de psicoanálisis.

**De la Barra, F., Vicente, B., Saldivia, S., Melipillán, R (2012);** *Estudio de epidemiología psiquiátrica en niños y adolescentes en Chile. Estado actual;*

Revista médica clínica las condes, Vol 23(5), pp 521-529.

**Estrella, P (2009);** *Investigación sobre el estilo de apego en niños preescolares pertenecientes a familias multiproblemáticas;* Subjetividad y procesos cognitivos, pp 45-54.

**Guidano, V (2001);** Conferencia en Chile.

**Farkas, C., Santelices, M., Aracena, M., Pinedo, J (2008);** *Apego y ajuste socio emocional: un estudio en embarazadas primigestas;* Psykhe, vol 17 n°1, pp 65-80.

**Fonagy, P (1999);** *Figuras significativas. Teoría del apego;* Washington DC.

**Gómez, E., Muñoz, Magdalena, M., Santelices, M (2008);** *Efectividad de las intervenciones en apego con infancia vulnerada y en riesgo social: un desafío prioritario para Chile;* Terapia Psicológica, vol 26(2), pp 241-251.

**Grimalt, L., Heresi, E (2012);** *Estilos de apego y representaciones maternas durante el embarazo;* Revista Chilena de Pediatría, vol. 83(3), pp 239-246.

**Gutiérrez, L., Galleguillos, D (2011);** *Desarrollo del vínculo de apego en la diada madre-bebé prematuro, que practicaron el método madre*

*canguro (MMC) en la unidad de neonatología del Hospital San José; Chile.*

**Lecannelier, F (2006).** *Apego e intersubjetividad: influencia de los vínculos tempranos en el desarrollo humano y la salud mental; Serie Universitaria, primera edición.*

**Lecannelier, F., Kimelman, M., González, L., Nuñez, C., Hoffmann, M (2008);** *Evaluación de patrones de apego en infantes durante su segundo año en dos centros de atención de Santiago de Chile; Revista Argentina de clínica psicológica, vol 17.*

**Lecannelier, F., Ascanio, L., Flores, F., Hoffmann, M (2011);** *Apego & psicopatología: una revisión actualizada sobre los modelos etiológicos parentales del apego desorganizado; Terapia psicológica, vol 29(1), pp 107-116.*

**Martínez, C., Santelices, M (2005);** *Evaluación del apego en el adulto: una revisión; Psykhe, vol.14 n°1, pp 181-191.*

**Pinto, F (2007);** *Apego y lactancia natural; Revista Chilena de Pediatría, vol.78(1), pp 96-102.*

**Oliva, A (2004);** *Estado actual de la teoría del apego; Revista de psiquiatría y psicología del niño y del adolescente, vol. 4(1), pp 65-81.*

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

**Pla, F;** *Aportaciones desde la teoría del apego al análisis bionerético.*

**Riquelme, E., Henríquez, C., Álvarez, B (2003);** *Relación entre estilos de apego y teoría de la mente; Psykhe, vol.12 n°1, pp 73-81.*

**Sanchis, F (2008);** *Apego, acontecimientos vitales y depresión en una muestra de adolescentes; Tesis doctorales en red: <http://www.tdx.cat/handle/10803/9262>.*

**Sassenfeld, A (2011);** *Afecto, vínculo y desarrollo del self; Clínica e investigación relacional, vol.5(2), pp 261-294.*

**Schore, A; (2012)** *Vínculo, trauma y salud mental: de las neurociencias a la intervención; Seminario Internacional, Universidad Católica de Chile, Santiago de Chile.*

**Siegel, D., Hartzell, M (2004);** *Parentalidad desde dentro hacia afuera, capítulo 6 "Cómo nos apegamos: Relaciones entre hijos y padres.*

**CNN Chile (2012);** *Chile es uno de los países con mayores problemas de salud mental en niños: <http://www.cnnchile.com/noticia/2012/01/17/estudio-chile-es-uno-de-los-paises-con-mayores-problemas-de-salud-mental-en-nino>*

## Psicocrianza

**Ps. Mg Andrea Cardemil R.<sup>25</sup>**

### Abstract

Current parenting styles present comparative advantages over older models. However, they still have gaps and limitations. According to this, the need arises for a new style of parenting: Psycho-parenting. Psycho-parenting aims to *the appropriate promotion of social and emotional development in children, through a secure attachment relationship between children and their caregiver. It promotes the achievement of development tasks and the regulation of temperamental traits.* For the attainment of these objectives, Psycho-parenting is based on the Supraparadigmatic Integrative approach.

**Key words:** *parenting, parenting practices, parental style, breeding, Psicocrianza, attachment, temperament, developmental stages, Eocus Integrativo Supraparadigmatico (EIS).*

### Resumen

Los actuales estilos de crianza presentan ventajas comparativas frente a los modelos más antiguos. No obstante, siguen teniendo vacíos y limitaciones. En función de esto, surge la necesidad de un nuevo estilo de crianza: la psicocrianza. La Psicocrianza tiene como objetivo *la promoción adecuada de desarrollo socio-emocional en los niños, a través de una relación de apego seguro entre el niño y su cuidador. Promueve el logro de las tareas del desarrollo y la regulación de las disposiciones temperamentales.* Para la consecución de estos objetivos, la Psicocrianza tiene como telón de fondo al Enfoque Integrativo Supraparadigmático.

**Palabras claves:** *crianza, prácticas parentales, estilo parental, estilo de crianza, Psicocrianza, apego, temperamento, etapas evolutivas, Enfoque Integrativo Supraparadigmático (EIS).*

---

<sup>25</sup> Psicóloga Clínica, Universidad Adolfo Ibáñez. Magíster en psicología Clínica, mención Psicoterapia Integrativa, Universidad Adolfo Ibáñez. Especialista en Psicoterapia Integrativa, ICPSI. Diplomado en Terapia de Juego, Violet Oaklander. Diplomado en Manejo Interdisciplinario del Escolar, Pontificia Universidad Católica de Chile. Contacto: [andrecardemil@hotmail.com](mailto:andrecardemil@hotmail.com)

## Introducción

La tesis de que las prácticas parentales influyen en el desarrollo socio-emocional de una persona data desde comienzos del siglo pasado. El mismo Freud en 1905 en su texto *Tres Ensayos* discute acerca de los riesgos que tiene entregarle ternura desmedida a los hijos (Kolubakin, 2012).

Gracias a los avances de la investigación, especialmente de las Neurociencias, lo que antes era mera interpretación y teoría, hoy constituye una evidencia. Esto ha hecho que el estudio de la crianza ocupe uno de los lugares más importantes en la investigación actual, y que muchas prácticas parentales queden obsoletas (como por ejemplo dejar a un niño llorando o meterlo bajo la ducha fría), incluso algunas hasta penalizadas por la ley (como la violencia física).

Hoy sabemos que las características de los niños influyen en las prácticas parentales empleadas, por lo que la crianza está lejos de ser un proceso unidireccional (Lieberman, 1993; Zero to Three, 2012). Junto con lo anterior, sabemos que si bien los primeros años son importantes, no son del todo determinantes. Se ha visto que la plasticidad cerebral permite cambios, obviamente en algunas áreas más que en otras (Eliot, 2000).

Todo esto nos permite decir que *la crianza constituye un proceso complejo, dinámico y bidireccional*.

El boom en el estudio de la crianza nos ha llenado de conocimientos estos últimos 30 años. *El problema es que existe mucha información y poca guía de cómo llevar el conocimiento a la práctica*. Las actuales teorías de estilos parentales tienden a ser reduccionistas, en tanto hacen referencia a sólo una dimensión de la crianza (por ejemplo, disciplina), dejando en silencio las otras. Tampoco entregan luces de qué hacer o cómo integrar aportes de otros autores.

El boom de la crianza también se ha visto reflejado en los padres, quienes cada día están más interesados en saber cómo criar de manera adecuada a sus hijos. Esto ha motivado a muchos profesionales a escribir cómo manejar conflictos comunes en la crianza, como por ejemplo pataletas, dificultades para dormir o comer. *El problema de esto, es que muchos de los consejos que proponen, son eficaces, pero no necesariamente sanos en términos de desarrollo socio-emocional (Sears & Sears, 2001)*.

Según la JUNJI, el buen trato hacia niños y niñas “consiste en responder a sus necesidades de cuidado, protección,



educación, respeto y apego, asegurando el desarrollo de sus máximas potencialidades en un marco apropiado de afecto, empatía, comunicación, resolución no violenta de los conflictos y uso adecuado de la jerarquía” (2009. P.9). Esta definición, confirma que las prácticas parentales, para ser adecuadas, no sólo deben ser efectivas, sino también deben potenciar al máximo las posibilidades de un niño y promover su adecuado desarrollo socio-emocional.

En función de todo lo anterior, se hace necesario generar un modelo que permita resolver los conflictos y llenar los vacíos existentes. Es en este escenario, que propongo un nuevo estilo de crianza: **la Psicocrianza**.

La Psicocrianza se basa y nutre de los avances de la Psicología, especialmente de los aportes de la investigación y del Enfoque Integrativo Supraparadigmático. Es un estilo de crianza que tiene como propósito, no sólo resolver los conflictos y dificultades que se van presentando, sino también promover un adecuado desarrollo socio-emocional en los niños y adolescentes.

*La Psicocrianza se construye sobre tres pilares fundamentales: apego, etapa evolutiva y temperamento.* Estos pilares actúan en todo momento como directrices

que guían la interacción con los niños y la integración de los aportes existentes.

Para una mejor comprensión, se partirá por definir y diferenciar algunos conceptos centrales: crianza, estilo y práctica parental. Posterior a esto, se describen los estilos parentales más conocidos.

### **Crianza, Estilo y Práctica Parental**

**Criar** es el acto de promover y brindar soporte a la actividad física y al desarrollo emocional, social e intelectual de un niño o niña, desde su nacimiento hasta la edad adulta. Por lo general, esta actividad es llevada a cabo por los padres biológicos, en interacción con el gobierno y la sociedad (Wikipedia, 2013a). No obstante, hoy en día se habla de cuidadores más que padres, ya que a veces son otras personas los que llevan a cabo esta tarea (Barudy, 2005).

La crianza es una actividad compleja, que involucra distintas y variadas conductas específicas, que trabajan tanto de manera individual como en conjunto para influenciar el desarrollo de un niño (Darling & Steinberg, 1993).

Se denomina **prácticas parentales** a las conductas específicas que un cuidador utiliza para criar a su hijo (por ejemplo para

entrenar control de esfínter, para acostarlo, etc.). Mientras que al patrón general de crianza se denomina **estilo parental**.

Darling y Steinberg en el año 1993 señalan que “el estilo parental es el clima emocional en el cual los padres crían a sus hijos” y que éste estaría dado por el conjunto de prácticas parentales empleadas para ello.

Es importante mencionar, que a pesar de que las conductas específicas influyen en el desarrollo de un niño, sea demostrado que *son menos importantes que el estilo parental a la hora de predecir bienestar psicológico* (Darling, 1999). Y que por esta razón, obsérvalas de manera aislada, puede ser confuso, tanto para la investigación como práctica clínica.

Lo anterior ha llevado a que el estudio de la crianza y su impacto en el desarrollo y bienestar de los niños, se centre más bien en el estilo parental que en prácticas parentales aisladas.

También es importante diferenciar práctica parental de técnica. Una **técnica** es un procedimiento o conjunto de reglas, normas o protocolos, que tienen como objetivo obtener un resultado determinado (Wikipedia, 2013b). Por lo que podríamos decir que las técnicas se transforman en

prácticas parentales cuando son empleadas por los padres de manera constante. Pero no toda práctica parental es una técnica necesariamente.

Finalmente, se debe definir estilo de crianza. Aunque la literatura tiende a usar indistintamente estilo de crianza con estilo parental, no son lo mismo. *Mientras el estilo parental habla acerca del clima emocional generado por las prácticas parentales, el estilo de crianza habla acerca del clima emocional generado por los estilos parentales*. Uno abarca al otro.

En función de lo anterior, el estilo de crianza va a ser más o menos sano, en función de cuán adecuados sean los estilos parentales empleados, y cuán coherentes sean éstos entre sí.

## **Estilos Parentales**

### **Principales Categorizaciones**

El estudio de los estilos parentales data desde alrededor de 1920. A la fecha, se han creado distintas categorizaciones para clasificar y caracterizar las distintas formas en que los padres llevan a cabo la tarea de criar. A continuación se exponen algunas de las más conocidas.

La psicóloga Diana Baumrind en el año 1967 realizó un estudio con más de 100 preescolares, a través del cual identificó 4 dimensiones importantes de la crianza: (1) grado de control (estrategias disciplinarias), (2) afecto en la relación, (3) estilos comunicacionales (entre el padre y el hijo) y (4) exigencias de madurez y control. A partir de estas dimensiones y los resultados de su investigación, propuso tres estilos parentales: *autoritario*, *permisivo* y *autoritativo*.

Años después, Maccoby y Martin (1983) redefinieron los estilos parentales propuestos por Baumrind, en función de dos dimensiones importantes: responsividad-no responsividad y exigencia-no exigencia. En esta re-definición, propusieron una cuarta categoría: *crianza negligente o no involucrada*.

En el año 1970 Hoffman propone categorizar los estilos parentales en función de las estrategias de autoridad empleadas: *afirmación de poder*, *retirada de afecto* e *inducción*.

En desacuerdo con estos autores, el psicólogo estadounidense John Gottman, propone categorizar los estilos parentales en función de cómo los padres reaccionan y responden a las emociones de sus hijos.

Refiere que la mayoría de las teorías existentes apuntan a los malos comportamientos de los niños, dejando fuera las emociones que están detrás de estos malos comportamientos. Y que la meta final de criar a un niño, no debería ser simplemente que sea obediente y complaciente, sino sano emocionalmente.

En función de esto, reconoce 4 estilos parentales: *Descartamiento*, *desaprobación*, *no intervencionista* y *entrenamiento en la emoción* (Talaris Institute, 2001).

### **Limitaciones en las categorizaciones de los estilos de parentales**

La creación de categorías de estilos parentales ha sido tremendamente aportativo en el mundo de la psicología, especialmente en lo que refiere al ámbito de la crianza. No obstante, presentan algunas limitaciones:

- *Reduccionismo*: En cuanto a los estilos parentales, la mayoría de las categorizaciones fueron creadas en función de una dimensión específica de la crianza. Por ejemplo, Hoffman creó sus categorías en función de las estrategias de autoridad empleadas, dejando fuera muchos otros aspectos importantes de la crianza. El *gran problema de esto, es que al construirse en*

*base a una dimensión específica, el estilo parental queda reducido a ella, dejando fuera otros aspectos importantes de la crianza.*

Gottman intenta romper con este aspecto reduccionista, proponiendo categorizar los estilos parentales en función de algo más amplio y transversal: las emociones. Esto le permite abordar implícitamente<sup>26</sup> otros aspectos importantes de la crianza (conductuales y vinculares) y superar las limitaciones de los otros enfoques a centrarse exclusivamente en los disciplinar. No obstante, su teoría sigue teniendo vacíos importantes, en tanto no incluye aspectos evolutivos, ambientales, parentales y temperamentales.

- *Confusión en la práctica:* Uno de los grandes problemas de las categorías reduccionistas, es que *aconsejan cómo actuar en sólo un área de la crianza, dejando un vacío en otras.* Un padre puede saber cómo actuar en el momento de establecer

---

<sup>26</sup> Al decir “implícitamente” me refiero que no los aborda ni trabaja de manera directa. No obstante, sus planteamientos son coherentes con estos conceptos. Por ejemplo, no habla de “apego” pero promueve prácticas parentales coherentes con la teoría de apego.

un límite, pero no necesariamente en el momento de contener o regular las emociones de su hijo. Esto puede generar confusión, tanto en los padres como en el niño. En el peor de los casos, un padre podría incluso aplicar prácticas de crianza incoherentes entre sí.

- *Falta de integración:* Actualmente no existe ninguna teoría ni modelo que intente integrar de manera coherente los distintos estilos parentales propuestos. El que sean reduccionistas, no significa necesariamente que sean malos. Todo lo contrario, pueden ser muy buenos en el tema que abordan. *El problema es el vacío que dejan en otras áreas y la falta de nexos entre una teoría y otra.*

La falta de integración no sólo se da entre los distintos estilos parentales propuestos, sino también a nivel de técnicas. Actualmente en el mercado y en el mundo académico abundan un sin número de técnicas que no están asociadas ni incluidas en ninguna teoría o estilo parental en particular. Esto genera una dificultad en los padres, quienes son finalmente los que tienen que decidir qué hacer y qué no hacer.

El gran problema de la falta de integración, es que finalmente queda en manos de los padres, quienes no tienen por qué estar

entrenados para saber qué es lo correcto o coherente entre sí. El sentido común o la intuición a veces no bastan, especialmente cuando se tiene un hijo más difícil.

- *Efecto generalizador*: Otra limitación de los actuales estilos parentales es que son de carácter universal. Es decir, proponen una manera genérica y estándar de cómo lo padres deben actuar ante ciertas situaciones, sin considerar las características individuales existentes en cada niño y en cada padre. Esto genera dificultades, errores y/o vacíos en la práctica.

Al revisar las limitaciones que tienen las actuales categorizaciones de estilos parentales, *queda en evidencia la necesidad de generar un nuevo modelo parental*, que pueda:

- Aplicarse en todas las dimensiones de la crianza.
- Permitir un actuar coherente entre las distintas dimensiones de la crianza.
- Incorporar características idiosincráticas (tanto del niño como del padre).
- Integrar los aportes de las distintas categorías y técnicas ya existentes.

Para poder lograr esto, necesitamos algo más amplio que un estilo parental, en tanto éste se limita a una dimensión específica de la crianza y a un número determinado de prácticas parentales. Propongo por lo tanto, que los esfuerzos deberían centrarse en construir, delimitar y estudiar un **estilo de crianza** más que un estilo parental.

Recordemos que estilo de crianza es el clima emocional generado por los estilos parentales empleados. En función de lo cual, se dice que un estilo es más o menos sano dependiendo de cuan adecuados sean los estilos parentales empleados, y cuán coherentes sean éstos entre sí.

## Estilos de Crianza

### Principales Estilos de Crianza

Actualmente el estilo de crianza más importante es **crianza con apego** también conocido como “crianza respetuosa” o “crianza natural”. El término crianza con apego (attachment parenting en inglés) fue acuñado por el pediatra William Sears, quien es reconocido como el fundador de este movimiento (Wikipedia, 2013c).

La crianza con apego está basada en la teoría de apego y psicología del desarrollo, y tiene como objetivo, promover prácticas

parentales que generen apego seguro entre el bebé y su cuidador.

Sears & Sears (2001) refieren que la crianza con apego constituye una forma antigua de criar a los bebés presente en las principales culturas tradicionales. Según este autor, esta forma antigua y natural de criar a un hijo, se habría perdido y/o distorsionado tras el boom de consejos y teorías de distintos profesionales. Desde su filosofía, toda madre instintivamente sabe qué hacer. Sólo tiene que pasar tiempo con su bebé.

A pesar de que estos autores dicen estar en contra de las reglas y métodos (2001), plantean que existen 7 principios en la crianza con apego. Los llaman los **Baby B'S** porque en inglés todos empiezan con una b. Estos son:

1. Vincular desde el nacimiento (Birth Bonding)
2. Amamantar (Breastfeeding)
3. Tomar en brazos (Baby Wearing)
4. Dormir con el bebé (Bed-sharing)
5. Creer en el llanto del bebé (Belief in Baby's cries)
6. Cuidarse de otros consejos de crianza (Beware of baby trainers)
7. Equilibrio y límites (Balance and Boundaries).

Actualmente Sears tiene muchos seguidores. Uno de los más importantes es una asociación sin fines de lucro que se llama **Attachment Parenting International (API)**. Esta asociación, tiene como objetivo principal, estudiar temáticas relacionadas a la crianza y apoyar a padres de todas partes del mundo a criar a sus hijos bajo la filosofía de crianza con apego. Para lograr esto, tienen 8 principios básicos (API, 2013):

1. Preparación para el embarazo, el nacimiento y paternidad
2. Alimentación con amor y respeto
3. Responder con sensibilidad
4. Contacto corporal
5. Participar activamente en las rutinas del sueño
6. Proporcionar amor y cuidado constante
7. Usar disciplina positiva
8. Procurar un equilibrio entre la vida personal y vida familiar

De esta filosofía y principios, se han creado otros movimientos que se escapan de la esfera de la psicología, que apoyan el parto natural, la alimentación orgánica, la elección libre de vacunas, entre otras cosas (Wikipedia, 2013c).

## **Fortalezas y debilidades de los actuales estilos de crianza**

En primer lugar, la crianza con apego, al ser al ser un estilo de crianza y no un estilo parental, rompe con los aspectos reduccionistas tratados anteriormente. Ya no se habla de una dimensión específica de la crianza (como por ejemplo disciplina), sino de algo presente en todas las dimensiones: la relación entre el cuidador y el niño. Se entiende de ello, que el actuar del cuidador, independiente de la dimensión en que se encuentre, debe ser coherente con los principios de apego. A partir de esto, podemos ver que la crianza con apego cumple con dos de los requisitos que buscamos: *aplicarse en todas las dimensiones de la crianza y permitir un actuar coherente entre las distintas dimensiones de la crianza.*

Además de esto, al buscar la promoción de algo transversal (apego seguro), agrega un plus en lo que refiere a la crianza, en tanto *propone un fin mayor que va más allá del manejo o de la extinción de una determinada conducta, que es la promoción de desarrollo socio-emocional sano.*

El punto *incorporar características idiosincráticas (tanto del niño como del*

*padre)* se cumple a medias, en tanto no hay ningún principio que lo incorpore de manera explícita. Pero en la práctica (cuando explican el *know how* o dan consejos), a veces hacen referencia a ciertas predisposiciones temperamentales difíciles. El problema es que al no incorporar las características idiosincráticas como un principio, no logran darle la cabida e importancia que ameritan, tanto en lo práctico como en lo teórico. Por lo tanto, esto constituye una limitación del modelo.

En cuanto al otro punto, *integrar los aportes de las distintas categorías y técnicas ya existentes*, la crianza con apego, específicamente la promovida por la API, integra algunos elementos (como por ejemplo la disciplina positiva), pero no tiene normativas que permitan evaluar qué cosas integrar y que cosas no integrar. Por lo tanto, esto también constituye una limitación.

Otra limitación del modelo crianza con apego, a mi parecer, es plantear que la madres instintivamente saben qué hacer. No siempre es así. A veces el instinto maternal se ve afectado por patologías psiquiátricas o por problemas de la propia crianza no resueltos. A veces se tiene instinto maternal sólo ante ciertas situaciones o ciertas etapas del desarrollo (por ejemplo, una madre

puede instintivamente saber que debe consolar a su bebe cuando llora, pero no necesariamente saber cómo establecerle límites a un hijo en plena crisis de adolescencia). En el peor de los casos, a veces ni siquiera hay instinto maternal.

De lo anterior, se desprende una idea importante: *los cuidadores deberían ser instruidos en ciertos temas importantes para el desempeño de su rol* (como el apego y las etapas evolutivas en las cuales se encuentran sus hijos). Bajo esta idea, los padres que instintivamente saben cómo proceder, encontrarán seguridad y refuerzo en los conocimientos que se les entreguen; mientras que los que no (ya sea porque no saben o están equivocados), encontrarán una guía clara sobre qué hacer y qué no hacer. Dado el impacto que tiene la crianza en el desarrollo socio-emocional de una persona, no deja de ser importante que los padres sepan qué hacer. Más todavía, si hoy en día contamos con investigación que avala cómo actuar.

Es importante aclarar, que la API, a diferencia de los planteamientos de Sears, menciona que es muy importante que los padres sean instruidos en ciertos temas. El primer principio dice “prepararse para el embarazo, para el nacimiento y para la

paternidad” (API, 2013). Pero se centran principalmente en los primeros años de vida, y no cuentan con un listado ni un programa de las cosas mínimas que un padre debería saber. Hacen énfasis en que los padres deberían instruirse cuanto pueden en desarrollo evolutivo, pero no en otras temáticas. Esto es un punto que se debería desarrollar más.

Otra limitación, es que la crianza con apego se *centra mayoritariamente en los primeros años de crianza*. Si miramos los principios que promueven, nos podemos dar cuenta que la mayoría se limitan a los cuidados de un bebé (lactancia, rutinas de sueño, etc.). Si bien la API, a diferencia de Sears, promueve principios más genéricos (como la disciplina positiva, equilibrio entre la vida personal y familiar), tiende a explicarlos desde los primeros años del bebé, dejando en incógnita y a la imaginación del lector, cómo aplicarlos en etapas evolutivas posteriores.

En consideración a lo anteriormente expuesto, se hace necesario generar un nuevo estilo de crianza, que incorpore los aportes de los modelos anteriores, y de respuesta a sus limitaciones. Retomando todos los puntos, este nuevo estilo de crianza debería:



- Aplicarse en todas las dimensiones de la crianza.
- Permitir un actuar coherente entre las distintas dimensiones de la crianza.
- Incorporar características idiosincráticas (tanto del niño como del padre).
- Integrar los aportes de las distintas categorías y técnicas ya existentes.
- Tener un objetivo final que guíe toda práctica parental.
- Considerar la instrucción como base.
- Aplicarse en todas las etapas del desarrollo.

A continuación expongo los planteamientos básicos de lo que podría ser un nuevo estilo de crianza: **la psicocrianza**.

### **Psicocrianza**

La Psicocrianza es un nuevo estilo de crianza que nace de la necesidad de tener un modelo que guíe el actuar parental hacia la adecuada promoción de desarrollo socio-emocional en los niños y adolescentes.

Los actuales estilos de crianza que tienen este objetivo, presentan limitaciones que no permiten alcanzarlo a cabalidad. Por lo mismo, surge la necesidad de un nuevo

estilo, que sea capaz de rescatar los aportes y superar las limitaciones de los anteriores.

### **Características de la Psicocrianza**

*- La Psicocrianza es un estilo de crianza que promueve adecuado desarrollo socio-emocional en los niños.*

Al ser un estilo de crianza, puede aplicarse en todas las dimensiones de la crianza. Junto con lo anterior, al tener un objetivo mayor, permite que todas las prácticas parentales sean coherentes entre sí, independiente de la dimensión o situación en que se encuentren. En todas las dimensiones el actuar parental tendrá un mismo sello: promover adecuado desarrollo socio-emocional en sus hijos.

Tener un objetivo mayor, también tiene otros beneficios. Por una parte, *permite guiar el actuar y la motivación del cuidador*. Habrá veces que las prácticas parentales sugeridas no extingan de inmediato una conducta disruptiva, pero el tener un sentido de lo que se está haciendo y porqué se está haciendo, permite que los cuidadores sean perseverantes y no caigan en prácticas parentales inadecuadas por desesperación. Por ejemplo, el abordaje de las pataletas sugerido por Psicocrianza puede no ser tan rápido como la ducha de agua fría, pero a

diferencia de este último, además de extinguir la pataleta, busca promover adecuado desarrollo socio-emocional. Tener este norte, permite que los padres sea más perseverantes en su actuar y más tolerantes a los tiempos de aprendizaje de los niños.

- *La Psicocrianza plantea que el adecuado desarrollo socio-emocional se alcanza a través de la promoción de apego seguro entre cuidador y niño, el logro de las tareas del desarrollo y regulación de las disposiciones temperamentales.*

Estos objetivos constituyen los pilares de la Psicocrianza. Se sabe que a través de ellos se logra promover el adecuado desarrollo socio-emocional, en tanto fueron seleccionados en función de los avances en las neurociencias los últimos 30 años.

Estos pilares actúan en todo momento como directrices. En primer lugar, *guían la interacción entre los cuidadores y los niños.* Mientras un cuidador actúe acorde a ellos, va a estar en lo correcto. Por lo que siempre se debe preguntar si lo que está haciendo es coherente con los postulados de apego seguro, con el logro de las tareas del desarrollo y la regulación de las disposiciones temperamentales. En segundo lugar, *guía la selección de aquello que se va a considerar como válido.* Psicocrianza considera como

válido sólo aquellos conocimientos que son coherentes con sus pilares.

- *La Psicocrianza tiene como telón de fondo al Enfoque Integrativo Supraparadigmático para la consecución de sus objetivos.*

### **El Enfoque Integrativo Supraparadigmático**

(EIS) fue creado por el psicólogo Roberto Opazo en el año 1983. A diferencia de otros modelos que buscan la integración a nivel de técnicas y/o teorías, el EIS la busca a nivel de paradigmas (biológico, ambiental-conductual, cognitivo, sistémico, afectivo e inconsciente). Esto le permite integrar todo conocimiento valioso, provenga éste de una técnica, de un enfoque, de un autor o de una investigación (2001).

Por sus características, el EIS presenta ventajas comparativas frente a otros modelos. Si bien sus raíces son clínicas, sus beneficios son tales, que permiten abordar otras áreas de la psicología, como desarrollo personal, educacional, organizacional y crianza.

La Psicocrianza utiliza el EIS para el almacenamiento ordenado y funcional de la información. A través del modelo, describe cada una de las etapas evolutivas de manera completa y profunda.

Similar al punto anterior, la Psicocrianza utiliza el modelo, para describir cómo lograr sus objetivos en cada una de las etapas del desarrollo. Esto, además de beneficios didácticos, permite encauzar distintas fuerzas de trabajo hacia el logro de un mismo objetivo, permitiendo de esta forma, alcanzarlo de manera más fácil y efectiva.

El modelo permite visualizar la dinámica psicológica en 360°. Esto tiene muchos beneficios, tanto comprensivos como prácticos. Por un lado, se pueden comprender de manera profunda los distintos fenómenos (etapas y tareas del desarrollo, apego). Y por otro lado, los objetivos se pueden abordar de manera más completa y estratégica.

La Psicocrianza también se alinea con los planteamientos epistemológicos y científicos del EIS.

- *La Psicocrianza se aplica a todas las etapas evolutivas de la crianza*

La Psicocrianza describe lo que le pasa al niño y a su entorno significativo en cada una de las etapas evolutivas desde el EIS. Esto permite tener un panorama claro, profundo, descriptivo y funcional de lo que ocurre en

cada etapa. Esto le permite a los padres prepararse, entender mejor a sus hijos y por lo tanto tener un mejor manejo parental.

Además de la descripción evolutiva, la Psicocrianza también abarca desde el EIS, cómo lograr cada uno de los objetivos en cada una de las etapas. Esto es importante, ya que los estilos de crianza tienden sólo abarcar los primeros años.

- *La Psicocrianza considera que para lograr la adecuada promoción de desarrollo socio-emocional en los niños, los cuidadores deben instruirse en ciertas temáticas y habilidades.*

Hoy en día se enseña a ser buen profesional, pero no necesariamente a ser buen padre. Conocido es el dicho <<los niños llegan al mundo sin un manual>>. Si pensamos en el impacto que tiene la crianza en el desarrollo socio-emocional de una persona, esto no debería ser así. Menos, si hoy en día contamos con el conocimiento de cómo hacer las cosas de manera correcta.

La Psicocrianza plantea que para poder lograr sus objetivos, los cuidadores deben ser instruidos en ciertos temas relevantes, como el apego y las etapas evolutivas. Los padres que instintivamente saben cómo proceder, encontrarán seguridad y refuerzo en los planteamientos; mientras que los que no (ya

sea porque no saben o están equivocados), una guía clara sobre qué hacer y qué no hacer.

Dado que no se puede tener una receta para todo, las directrices cumplen un rol fundamental. Los padres al conocer las directrices, pueden tomar adecuadas decisiones de cómo actuar frente a una determinada situación. Y si las directrices no son suficientes, consultar a un profesional.

## Conclusiones

El estudio de la crianza es cada día más importante. Esto ha permitido que hoy contemos con muchas investigaciones y conocimientos acerca de cómo se debería criar a los niños. Producto de esto, muchas de las prácticas y estilos parentales, que por años lideraron el actuar de miles de padres, hoy en día se encuentran obsoletas, algunas incluso hasta penalizadas por la ley.

Si se hace un análisis crítico de las prácticas y estilos parentales vigentes, se puede ver que muchas de ellas presentan limitaciones, tales como reduccionismo, confusión, generalización y falta de integración. Existe un modelo en particular, crianza con apego, que resuelve gran parte estas limitaciones, pero no del todo.

La Psicocrianza llega a resolver este dilema. Nutriéndose de los beneficios del Enfoque Integrativo Supraparadigmático, es un estilo parental que busca en todo momento, promover adecuado desarrollo socio-emocional en niños y adolescentes. Esto lo logra a través de una relación de apego seguro entre el niño y su cuidador, el logro de las tareas evolutivas y la regulación las disposiciones temperamentales.

Al revisar las características de la psicocrianza, se puede ver que este nuevo estilo de crianza, cumple con los requisitos que buscamos. En este sentido, se podría decir que constituye un gran aporte al mundo de la psicología, tanto en el área clínica como de crianza y desarrollo.

No obstante, está recién partiendo. Aún queda mucho por investigar y por integrar. Pero al tener directrices claras y el Enfoque Integrativo Supraparadigmático como telón de fondo, constituye un terreno seguro y fértil sobre el cual seguir avanzando.

## Referencias

- Attachment Parenting International (2013).** API's eight principles of parenting. Extraído el 14 de Noviembre 2013 de: <http://www.attachmentparenting.org/principles/principles.php>

- Baumrind, D. (1967).** Child-care practices anteceding three patterns of preschool behavior. *Genetic Psychology Monographs*, 75, 43-88.
- Baumrind, D. (1991).** The influence of parenting style on adolescent competence and substance use. *Journal of Early Adolescence*, 11(1), 56-95.
- Barudy, J. Dantagnan, M. (2005).** Los Buenos tratos en la infancia: Parentalidad, apego y resiliencia. Barcelona: Gedisa.
- Darling, N. & Steinberg, L. (1993).** Parenting Style as a context: An Integrative Model. *Psychological Bulletin*, 113, 487-496.
- Darling, N. (1999).** Parenting styles and its correlates. Clearinghouse on Elementary and Early education. EDO-PS-99-3. Extraído el día 14 de Noviembre 2013 de:  
<http://ecap.crc.illinois.edu/eearchive/digests/1999/darlin99.pdf>
- Hoffman, M. (1970).** Conscience, personality and socialization techniques. *Human development*, 13, 90.
- JUNJI. (2009).** Política de buen trato hacia niños y niñas. Santiago: Unidad de Comunicaciones JUNJI.
- Kolubakin, M. (2012).** Función Parental: un recorrido en la obra de Sigmund Freud. Investigación, sistematización e implicancias. Tesis para optar al grado de Magíster. Extraído el día 06 de Octubre 2013 de:  
[http://www.academia.edu/1897097/Tesis\\_Funcion\\_parental\\_un\\_recorrido\\_en\\_la\\_obra\\_de\\_Sigmund\\_Freud\\_Investigacion\\_sistematizacion\\_e\\_implicancias](http://www.academia.edu/1897097/Tesis_Funcion_parental_un_recorrido_en_la_obra_de_Sigmund_Freud_Investigacion_sistematizacion_e_implicancias)
- Maccoby, E. & Martin, J. A. (1983).** Socialization in the context of the family: Parent-child interaction. In P. H. Mussen & E. M. Hetherington, *Handbook of child psychology: Vol. 4. Socialization, personality, and social development (4th ed.)*. New York: Wiley.
- Maccoby, E. (1992).** The role of parents in the socialization of children: An historical overview. *Developmental Psychology*, 28, 1006-1017.
- Opazo, R. (2001).** Psicoterapia Integrativa: Delimitación Clínica. Santiago de Chile: ICPSI.
- Sears, W. & Sears, M. (2001).** The Attachment Parenting Book. Estados Unidos: Little, Brown and Company.
- Talaris Institute (2011).** Los estilos de crianza. Extraído el 14 de Noviembre 2013 de:  
<http://www.parentingcounts.org/professionals/parenting-handouts/informacion-para-los-padres-los-estilos-de-crianza.pdf>
- Wikipedia (2013a).** Crianza de los hijos. Extraído el 14 de Noviembre 2013 de:  
[http://es.wikipedia.org/wiki/Crianza\\_de\\_los\\_hijos](http://es.wikipedia.org/wiki/Crianza_de_los_hijos)
- Wikipedia (2013b).** Técnica. Extraído el 14 de Noviembre 2013 de:  
<http://es.wikipedia.org/wiki/T%C3%A9cnica>
- Wikipedia (2013c).** Crianza con apego. Extraído el 14 de Noviembre 2013 de:  
[http://es.wikipedia.org/wiki/Crianza\\_con\\_apego](http://es.wikipedia.org/wiki/Crianza_con_apego)

## **Trastorno Bipolar Y pareja: El efecto del Trastorno Bipolar en la pareja, un estudio exploratorio desde el Enfoque Integrativo Supraparadigmático**

**Mg. Ps. Viviana Lara F.**<sup>27</sup>

### **Abstract**

This exploratory study seeks to bring us closer to understanding the dynamics of a couple where one of the members has a Bipolar disorder. It takes the couple's relationship as a central axis, which belongs to the systemic paradigm in the Supraparadigmatic Integrative Approach. It seeks to describe and understand what happens in terms of communication, decision-making, life as a couple, parenting and working. Similarly, it seeks to know and understand how these couples handle their affections, and the consequences and effects the bipolar disorder brings to the couple. For this research, an interpretative analysis was performed using triangulation, to compare the results obtained by the research participants with the researched literature and information provided by a group of experts. Through the use of various tools and methods, triangulation seeks to study the impact, consequences and problems that the bipolar disorder can have within couples.

**Key words:** *Bipolar Disorder- Couple - Supraparadigmatic Integrative Approach*

### **Resumen**

Este estudio busca acercarnos a comprender la dinámica de pareja en donde uno de los miembros padece de un Trastorno Bipolar. Toma como eje central la relación de pareja, la cual pertenece al paradigma sistémico en el modelo integrativo Supraparadigmático. Se busca poder describir y comprender qué sucede en cuanto a la comunicación, la toma de decisiones, la vida en pareja, la crianza de los hijos y la vida laboral. De la misma manera, busca conocer y entender cómo estas parejas manejan sus afectos y qué consecuencias y efectos ha traído el trastorno bipolar para la diada. Para esta investigación, se realizó un análisis de tipo interpretativo utilizando la triangulación para comparar los resultados obtenidos a través de las participantes de la investigación con la literatura investigada y con la información aportada por un grupo de expertos. La triangulación busca a través del uso de varios instrumentos y métodos, estudiar el impacto, consecuencias y problemas que acarrea el trastorno bipolar en las parejas.

**Palabras clave:** *Trastorno Bipolar- Pareja- Enfoque Integrativo Supraparadigmático*

---

<sup>27</sup> Psicóloga U. Católica Santa María La Antigua, Panamá. Magíster en Psicología Clínica, mención Psicoterapia Integrativa, Universidad Adolfo Ibáñez – ICPSI. Especialista en Psicoterapia Integrativa , ICPSI. Contacto: [viviana\\_ines@hotmail.com](mailto:viviana_ines@hotmail.com)

## Introducción

Esta investigación surge a partir de que el trastorno bipolar ha ido en aumento, es decir, es un trastorno clínico que está en auge y que se encuentra dentro de un contexto social y cultural marcado por el prejuicio, por el estigma y por premisas de inestabilidad y agresividad en la persona que lo padece. A pesar que sí se presenta una inestabilidad en el estado de ánimo, es algo controlable por medio de psicofármaco y psicoterapia y aunque es una enfermedad para toda la vida y debe aceptarse como tal, si se encuentra la ayuda y tratamiento adecuado la persona puede vivir y desarrollar una vida funcional y adecuada en todas las áreas.

Se conoce que el trastorno bipolar es una alteración primaria del estado afectivo, con una psicopatología estable y prolongada, con una alta heredabilidad y vulnerabilidad genética (Bagladi, 2011). Además, ciertas investigaciones han dado a conocer que el trastorno bipolar tipo I es el menos frecuente con una prevalencia de 1%, en cambio, el trastorno bipolar tipo II tiene prevalencia de 10-25% (Bagladi, 2011).

Cabe destacar, que es un trastorno difícil de diagnosticar por lo que los pacientes que lo

padece pasan años sin saber con certeza que es lo que les pasa y los tratamientos muchas veces son infructíferos, porque son medicados como pacientes con depresión unipolar. También, es importante mencionar que en cuanto al factor de género y al factor biológico, es un trastorno que prevalece más en mujeres que en hombres debido a que es un trastorno afectivo, es decir, un trastorno que afecta la estabilidad emocional.

Este estudio exploratorio se centra en una muestra de tres participantes bipolares de sexo femenino con pareja estable entre los 25 y 55 años de edad con el fin de poder comprender no sólo que sucede con estos pacientes bipolares, sino también, entender que sucede en la dinámica de pareja en donde uno de los miembros padece este trastorno clínico. Por consiguiente, es una investigación que toma como eje central la relación de pareja, la cual pertenece al paradigma sistémico en el modelo integrativo. Dicha investigación busca poder describir y comprender que sucede en cuanto a la comunicación, la toma de decisiones, la vida en pareja, la crianza de los hijos, la vida laboral y en los momentos de crisis. De la misma manera, busca conocer y entender como estas parejas manejan sus afectos y que consecuencias y efectos ha traído el trastorno bipolar para la diada.

Para poder comprender en cuanto a el efecto del trastorno bipolar en la relación de pareja y en relación a la investigación y su metodología, a las participantes se les hizo una entrevista semi- estructurada, se les aplicó la escala de satisfacción de pareja perteneciente a la Ficha de Evaluación Clínica Integral (FECl), la cual es propia del Modelo Integrativo Supraparadigmático y se recogió información para estructurar genogramas. Además, se realizó un panel de expertos compuesto por tres expertas psicoterapeutas de familia, pareja y de terapia individual, para ampliar mucho más la información obtenida y poder triangular estos contenidos ya mencionados con el marco teórico encontrado para el estudio.

A partir de la información e instrumentos ya señalados, se desarrolló una investigación cualitativa a partir del estudio de casos de tipo descriptivo, el cual se centra en la experiencia personal de las participantes encontradas. Así mismo, el panel de expertos también es a partir de la experiencia clínica de las psicoterapeutas convocadas. A partir de esto, se buscó analizar y triangular la información a partir de la integración por paradigmas pertenecientes al Enfoque Integrativo Supraparadigmático (EIS) y el concepto de

SELF Diádico que este modelo también propone en cuanto a la pareja.

El motivo para la realización de este estudio surge con el fin de poder aportar nuevos datos no sólo sobre el trastorno bipolar como tal, sino también aportar nuevos antecedentes relacionados a la dinámica de pareja en donde uno de los miembros que la conforma es paciente bipolar. De esta manera, no sólo se podrá comprender mejor el efecto que tiene dicho trastorno para la diada, sino que también permitirá desarrollar más y mejores técnicas y estrategias para abordar dicha problemática en el contexto psicoterapéutico tanto a nivel individual como de pareja y así generar fuerzas de cambio en los pacientes con este trastorno.

Es importante mencionar que esta investigación tiene relevancia, ya que a pesar que se han hecho estudios sobre el trastorno bipolar tanto a nivel mundial como en el Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa (ICPSI), han sido muy pocos los relacionados a el trastorno bipolar y la dinámica de pareja, tanto en el mundo de la investigación como en el ICPSI.

Finalmente, este estudio comienza con los objetivos y la pregunta de investigación. Es



seguido de un marco teórico que conforma por el EIS junto a la integración de sus seis paradigmas y funciones del sistema SELF. Luego se explica la Ficha de Evaluación Clínica Integral (FECl), donde se evalúa cada escala que la conforma, debido a que es uno de los instrumentos escogidos para recabar y analizar la información obtenida para dicho estudio. A continuación se describe bibliografía relacionada al trastorno bipolar, a los sustratos biológicos de dicho trastorno y otros aspectos relevantes característicos de este. De igual forma, se describe literatura en base a la pareja, a sus etapas, al ciclo vital familiar y conceptos del EIS relacionados a la pareja como el concepto de SELF Diádico. Además se presentan investigación tanto del EIS relacionadas al trastorno bipolar e investigaciones relacionadas a la pareja y el trastorno bipolar. Teniendo la teoría a la base, posteriormente se explica la metodología utilizada, los resultados, el análisis en donde se triangulan dichos resultados, para finalizar así con las conclusiones, bibliografía y anexos, los cuales contienen las transcripciones de las entrevistas, del panel de expertos, los genogramas y la escala de satisfacción de pareja del FECl.

## Metodología

La metodología de la presente investigación es cualitativa. Se utiliza el estudio de casos con tres pacientes bipolares de sexo femenino. La Investigación Cualitativa es definida por Sampieri, como aquella donde se estudia la calidad de las actividades, relaciones, asuntos, medios, materiales o instrumentos en una determinada situación o problema. La misma procura por lograr una descripción holística, esto es, que intenta analizar exhaustivamente, con sumo detalle, un asunto o actividad en particular. La investigación cualitativa se interesa más en saber cómo se da la dinámica o cómo ocurre el proceso en que se da el asunto o problema (Sampieri, et als, 2006).

Tal como se explica anteriormente, para esta investigación se trabajó con tres participantes del sexo femenino entre los 25 y 55 años de edad, con pareja estable y distintas profesiones. Las tres participantes tienen Trastorno Bipolar tipo II. Para este estudio pusieron como criterios para poder participar del mismo, tener una pareja estable, haber sido diagnosticado con trastorno bipolar, ser paciente bipolar entre los 25 y 55 años, con hijos o sin hijos, con disposición a participar en la investigación y

podiendo tener cualquiera de los tipos de trastorno bipolar existente.

Los datos se obtuvieron a través del genograma, el FECl y una entrevista semi – estructurada y así entender y comprender el impacto del trastorno bipolar en la dinámica de pareja, cómo asume cada miembro de la pareja esta enfermedad, qué consecuencias ha traído a su entorno y que información arroja cada pareja concerniente a cada paradigma del EIS y las 6 funciones del Self diádico. Primero se realizó la entrevista a cada participante, las cuales compartieron su vivencia en cuanto a la vida de pareja. Luego, se procedió a que cada participante respondiera en su respectiva entrevista, la escala de satisfacción de pareja del FECl. Por último, se conversó sobre cada una de las familias de origen de las participantes, para poder construir los genogramas y conocer más sobre la estructura familiar. Por otro lado, para este estudio también se toma en cuenta la opinión de tres expertas en la materia, es decir, psicólogas especializadas en familia y pareja. Su opinión fue recogida a través de un formulario contentivo de preguntas abiertas.

Para esta investigación, se realizó un análisis de tipo interpretativo utilizando la triangulación para comparar los resultados

obtenidos a través de las participantes de la investigación con la literatura investigada, con el fin de poder obtener los resultados y las conclusiones que nos permitan conocer los efectos del trastorno bipolar en la dinámica de pareja. La triangulación busca a través del uso de varios instrumentos y métodos, estudiar el impacto, consecuencias y problemas que acarrea el trastorno bipolar en las parejas.

Es decir, el análisis, realizado través de la Triangulación, consiste en un procedimiento que determina ciertas intersecciones o coincidencias a partir de distintas apreciaciones y fuentes informativas. Es el contraste de las diferentes percepciones que conduce a interpretaciones consistentes y válidas (Guardián – Fernández, 2007). En este caso en particular la triangulación consiste en contrastar lo expresado por los diferentes autores con las entrevistas hechas a las tres participantes con sus respectivos genogramas, con sus respuestas en el FECl y con las entrevistas realizadas a las tres expertas en la materia, enfocándose en los seis paradigmas del Enfoque Integrativo Supraradigmático incluyendo el Self Diádico, dado que la investigación se enfoca en la pareja.

## Resultados

A partir de los genogramas, la escala de satisfacción de pareja del FEI y de lo expuesto por las psicoterapeutas entrevistadas, se vuelve a la pregunta inicial: *¿Qué efectos tiene el Trastorno Bipolar en la dinámica de parejas chilenas, desde el EIS?*, para así poder explicar que en primera instancia el trastorno bipolar afecta la vida del paciente que lo padece, es un trastorno que se vuelve difícil de llevar debido a los prejuicios sociales y a que es difícil de diagnosticar. Los pacientes pasan por muchos tratamientos e instituciones sin saber qué tienen, llegando a sentirse desesperanzados y que no tendrá cura su malestar, ya que pasan por muchos tratamientos traumáticos e infructíferos. Es importante que el paciente sienta que tiene redes de apoyo, por lo que también es importante el tratamiento farmacológico y la terapia, ya sea individual o de pareja para que el trastorno merme lo menos posible la estabilidad y la dinámica de la relación.

Este trastorno se vuelve un aspecto determinante y definitorio en la relación de pareja, ya que la pareja desenvuelve su dinámica a partir de este, sobre todo si se acepta como una condición y se integra a la diada. Dicho trastorno afecta aspectos como

la comunicación, la vida en pareja, el clima emocional, la toma de decisiones, la crianza y relaciones con los hijos, la vida laboral y social.

Es un trastorno que influye enormemente la biología, las cogniciones, emociones, afectos, conductas y ambiente del paciente que lo presenta y a partir de esto perturba lo que es su sistema de pareja y familiar. La dinámica de pareja se desenvuelve a partir de las crisis del paciente bipolar, es decir, las depresiones, irritabilidad o fases hipomaniacas determinan no sólo la relación, sino el modo en que se relacionan a nivel de comunicación, toma de decisiones, resolución de conflictos, crianza de los hijos, actividades en conjunto, entre otros. Como consecuencia de la presencia del trastorno bipolar estas relaciones se ven mermadas, lo que trae conflictos a nivel económico, de comunicación, infidelidades, falta de tiempo para estar juntos, distanciamiento, peleas y falta de sintonía en cuanto a la crianza de los hijos.

Este tipo de parejas invierten un alto costo energético en su relación, por lo que su satisfacción de pareja puede ser desde muy baja hasta muy alta dependiendo de cómo lo perciban los miembros que la conforman. El SELF Diádico de estas parejas se ve afectado

en todo sentido, afecta la toma de conciencia diádica, la identidad diádica, la auto-organización, la significación diádica, la búsqueda de sentido diádica y la conducción de vida diádica. A partir de esto, también se merman los estilos comunicacionales, la homeostasis, los patrones interaccionales, la causalidad circular y la potenciación Interaccional de la pareja.

Para el miembro de la pareja que no padece el trastorno se vuelve todo un desafío, ya que deben aprender no sólo a sobrellevar la condición de su pareja, sino a diferenciar cuando está por aproximarse una crisis, teniéndose que volver casi “sensores”. Es por esto que al principio se sienten nerviosos sin saber qué hacer, pero con el paso del tiempo no sólo pueden desenvolverse bien con su pareja, volviéndose contenedores en momentos de crisis.

A los miembros de la pareja que no son bipolares, también les tiende a pasar que con el paso del tiempo se sienten agotados, frustrados y solos porque sienten que su pareja no es el acompañante que está “codo a codo” en todas las circunstancias. Así mismo, les afecta a nivel laboral y les afecta su rendimiento a nivel general, debido al

agotamiento que tienen por ser y sentirse cuidadores. Por esta razón, las pacientes bipolares tienden a sentirse muchas veces como “un hijo más”, ya que se sienten relegadas a un segundo plano, donde no pueden participar de grandes decisiones, debido a su condición.

En cuanto al rol parental, se han visto impedidas para poder cumplir este rol al 100%, porque han caído en depresiones o en fase de hipomanía en donde no han podido cuidar como desean de sus hijos, siendo en algunos momentos madres ausentes. A partir de lo mencionado, los hijos también se afectan, no sólo en cuanto a lo académico y/o conductual, sino que heredan la condición de debido a la alta heredabilidad que tiene el trastorno bipolar. Al mismo tiempo, los hijos tienden a enrabiarse con sus padres, a guardar rencor y a perder el respeto ante la figura de autoridad que puede ser la madre o el padre, porque los ven como personas inestables.

Para entender mejor los resultados y lo que se concluye, se hace esta integración a partir del EIS, es decir, se señalan los aspectos relevantes relacionados a cada paradigma y al SELF Diádico.



## Conclusiones

Los resultados obtenidos en esta investigación, permiten se puede hablar de factores de riesgo y factores protectores, ya que el trastorno bipolar aunque es una condición para toda la vida, si se diagnostica y trata a tiempo, permite que la persona lleve una vida saludable, funcional y adecuada tanto en el área laboral, personal, interpersonal, como también de pareja. Como factores de riesgo se pueden considerar: la vulnerabilidad biológica debido a la alta heredabilidad del trastorno, el perfil de personalidad, ya que dicho trastorno tiene comorbilidad con el Trastorno de personalidad Borderline, en donde la persona es inestable emocionalmente, siendo esta la principal característica del trastorno bipolar, lo que lleva entonces a la demora del diagnóstico y/o a un mal diagnóstico, porque la persona puede ser diagnosticada con un trastorno de personalidad, cuando en realidad lo que tiene es un trastorno bipolar. Además, el desarrollo dentro de un sistema familiar disfuncional, en donde hay dobles vínculos, violencia de cualquier índole, inestabilidad emocional, problemas con el manejo de los afectos, mal manejo de los límites, de las recompensas y castigos, padres con tendencia a depresión, entre otros, llevan al

desencadenamiento y desarrollo psicopatológico y agravado de dicho trastorno.

Dependiendo del tipo de trastorno que padece la persona dependerá su pronóstico y su tratamiento, como también definirá su funcionalidad frente al mundo y ambiente que lo rodea. El ambiente que rodea a la persona, también puede llevar al desarrollo del trastorno bipolar, aumentando la probabilidad de padecerlo si la persona es expuesta a estresores, si vive experiencias traumáticas a lo largo de su vida, si hay inestabilidad en el hogar, si sus necesidades no son satisfechas, entre otros. De igual forma, el nivel socio – cultural también se convierte en un factor de riesgo cuando la persona no tiene un buen nivel educacional, lo que lo lleva a desconocer aspectos relevantes sobre el trastorno bipolar y no le permite darse cuenta a tiempo de su padecimiento, lo que le lleva a consultar de manera tardía.

Cabe destacar, que así como existen factores de riesgo, también existen factores protectores, los cuales pueden evitar que el trastorno se gatille en la persona y/o empeore su salud y funcionalidad. Algunos de estos serían: evitar estresores, es decir, una vez que ya se conoce que la persona

padece el trastorno bipolar, su entorno tanto familiar, como interpersonal, laboral y de pareja, debe trabajar para evitar situaciones que generen estrés y conflicto y que puedan gatillar crisis en el paciente y que el diagnóstico y conocimiento temprano del trastorno bipolar evita crisis fuertes, hospitalizaciones, un mejor pronóstico y un tratamiento más fructífero y eficaz con una mejoría estable en el tiempo.

Así mismo, la Psicoeducación es un aspecto importante tanto para el paciente bipolar como para todos los que le rodea, ya que permite un mejor manejo de la enfermedad, despeja dudas y permite un mejor entendimiento, lo que permite tanto al paciente como a sus familiares encontrarle 'sentido' al trastorno, es decir, se les amplía el campo de consciencia llevando a un mejor entendimiento sobre el porqué de la conductas, afectos y cogniciones que presenta el paciente. Los recursos económicos son un factor protector, ya que dependiendo del nivel socio- económico de la persona, así mismo podrá tener acceso a los psicofármacos y centros de tratamiento de dicho trastorno.

En cuanto a las relaciones de pareja es importante el que se conozcan, dejen pasar el tiempo y formen una relación sólida, en

donde se sientan capaces de manejar la enfermedad y que la integren como una condición en la diada. Entonces, a partir de esto llevar la relación al nivel de la convivencia o matrimonio y así la vida en pareja será más funcional y adecuada, sin tanto conflicto y separación a futuro. Una vez que se ha conformado una familia, es trascendental no tener el trastorno bipolar como tabú, sino todo lo contrario, debe ser un tema que se pueda hablar dentro del sistema familiar para que sea manejado como tal, es decir, a modo familiar y para que el sistema familiar funcione adecuadamente, se deben impartir reglas, límites y repartir la tareas de la casa y responsabilidades entre los miembros, criando a sus hijos como un equipo

A partir de lo encontrado en esta investigación es importante generar mayor consciencia en la población y en aquellas parejas en donde uno de los miembros padece trastorno bipolar, por medio de campañas, seminarios de orientación, psicoeducación y técnicas y estrategias, tanto para la pareja como para la familia completa, en donde se haga relevancia del uso de psicofármacos y de la terapia como el tratamiento más completo que dará solución y bienestar. De igual manera, este estudio es una fuente, una referencia tanto para estas

parejas como para futuras investigaciones ligadas a esta temática.

## Referencias

- American Psychiatric Association (2000).** *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., Text Revision). Washington, DC.
- Bagladi; V (2010).** Material de clase: Enfoque Integrativo Supraparadigmático y Psicoterapia de Pareja. ICPSI. Santiago, Chile.
- Bagladi; V. (2011).** Material de clase: Psicoterapia Integrativa en Trastorno Bipolar. ICPSI. Santiago, Chile.
- Bejer, T. (2010).** ACPI Actualizaciones en Psicoterapia Integrativa. Vol. II, 38-51.
- Burgess; W. (2011).** Guía del Bipolar: preguntas y respuestas más comunes. Robinbook. Barcelona, España.
- Correa; E, Silva; H, Risco; L. (2006).** Trastornos Bipolares. Mediterráneo. Santiago, Chile
- Dore; G. y Romans; S. (1999).** El impacto del Trastorno Bipolar En la familia y pareja. *Journal of affectivedisorder*, 67, 147- 158.
- Eguiluz; L. (2003).** Dinámica de la familia: un enfoque psicológico sistémico. Pax. Mexico, DF.
- Gallego – Pérez; J. (1995).** La Vida de pareja: Evolución y problemática actual. Sesabastián. Madrid, España.
- Guardián-Fernández, A. (2007).** El paradigma cualitativo en la investigación socio-educativa. San José, Costa Rica.
- Holmgren G; D., Lermarda S; V., Cortés; C., Cárdenas; I., Aguirre; K., Valenzuela; K. (2005).** Alteración del funcionamiento familiar en el Trastorno Bipolar. *Revista Chile de Neuro- psiquiatría*. 43, 275-286.
- López; A. (2003).** Trastorno Afectivo Bipolar; La enfermedad de las emociones. EDAF. Madrid, España.
- Mares; R. (2012).** Para comprender la Bipolaridad; El trastorno de las emociones. Tomo. México, DF.
- Miklowitz; D. (2004).** El trastorno bipolar una guía práctica para familiares y pacientes. Paidós. Barcelona, España.
- Morris; C, Maisto; A. (2001).** Psicología. Prentice Hall. México.
- Mcknight; D, Gullick; E y Nelson-Gray; R. (1989).** Patrones Interaccionales de pacientes bipolares y sus parejas. *Journal of Psychopatology and BehavioralAssesment*, 11, 269, 288.
- McGoldrick; M, Gerson; R. (2000).** Genogramas en la evaluación familiar. Gedisa. Barcelona, España.
- Opazo; R. (2001).** Psicoterapia Integrativa: Delimitación Clínica. Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa. Santiago, Chile
- Pittman; F. (1990).** Momentos Decisivos. Tratamiento de familias en situaciones de crisis. Paidós. Buenos Aires, Argentina
- Roizblatt; A. (2006).** Terapia familiar y de pareja. Mediterráneo. Santiago, Chile.
- Romo Lizárraga; G. (2008).** Trastorno Bipolar. Una guía para el paciente y su familia. Quarzo. México, DF.
- Ruiz; M, Picota de Tapia; E. (1998).** Introducción a la Terapia Familiar. Universidad Santa María La Antigua. Panamá, República de Panamá
- Russo; Á, (1999).** Cuando el amor termina. Investigación. Panamá, República de Panamá.
- Sampieri; R, Fernández- Collado; C y Lucio P. (2006).** Metodología de la Investigación. Mc. Graw Hill. México.
- Sierra; P, Benavent; M, Yañez; P, Pino; N y Asunción Livanos; L. (2007).** Vivir con un trastorno Bipolar: ¿Qué opinan los pacientes? *Archivos de Psiquiatría*, 70, 43- 64.
- Simoneau; T. Miklowitz; D, y Saleem; R. (2007).** Expresion de emociones y patrones interaccionales en las familias de pacientes bipolares. *Journal of Psychology*. 107, 497- 505.
- Tapia Villanueva; L. (2009).** Procesos y dimensiones en los sistemas de pareja: Diferenciación, cuidado, poder, intimidad emocional y pasión amorosa. Instituto Chileno de Terapia Familiar. Santiago, Chile.
- Vallejo Ruiloba; J. (2003).** Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. Masson. Barcelona, España.



**Vicencio; J. (2011).** Mapas del amor y la terapia de pareja. Pax. México, DF.

**Wadeson; H. y Fitzgerald; R. (1971).** Relacion Marital en Maniacos- Depresivos. Journal of nervous and mental disease. 153, 180- 195.

**Willi, J. (1995).** La pareja humana: relaciones y conflictos. Morata. Madrid España

## Una Mirada a la Realidad de los Inmigrantes Latinos en Washington, DC y el Estado de Maryland en EE.UU.

*Ps.Mg. Mónica Fuentes C.<sup>28</sup>*

### **Abstract**

The following paper systematizes the learning from the experience of working with groups of immigrant men and women in the State of Washington, DC, as well as a review of articles and studies available in fields related to social services. It seeks to be an exploratory and qualitative approach to the life status of immigrants in the area of EE.UU., to offer some keys that allow to be better prepared to face the immigration phenomenon in Chile and the mental health needs that will arise as a result of it.

**Key words:** Immigration - Social services - Mental health

### **Resumen**

El siguiente trabajo sistematiza el aprendizaje obtenido de la experiencia de trabajo con grupos de hombres y mujeres inmigrantes en el estado de Washington, DC, como también de la revisión de artículos y estudios disponibles en campos relacionados con los servicios sociales. Busca ser un acercamiento exploratorio y cualitativo a la situación de vida de los inmigrantes en la zona de EE.UU., para ofrecer algunas claves que permitan estar mejor preparados para enfrentar el fenómeno inmigratorio a Chile y las necesidades de salud mental que surgirán a raíz de éste.

**Palabras clave:** Inmigración – servicios Sociales – Salud Mental

---

<sup>28</sup> Psicóloga Clínica, pontificia Universidad Católica de Chile. Magister en Psicología Clínica, Universidad Adolfo Ibáñez – ICPSI. Especialista en Psicoterapia Integrativa© ICPSI. Contacto: [icpsi@icpsi.cl](mailto:icpsi@icpsi.cl)

## Introducción

Hace 10 años atrás, en Chile vivían cerca de 184.464 inmigrantes, de los cuales 48.176 eran de Argentina y 37.870 de Perú (1). Según estimaciones del Departamento de Extranjería y Migración del Ministerio del Interior, para el año 2009 (las cifras del Censo de 2012 no están disponibles aún) el total de inmigrantes habría crecido a 352.344, y mientras los argentinos han aumentado a 60.594, los peruanos han llegado a ser 130.859 (2).

Estos números muestran un crecimiento explosivo de la población peruana residente en nuestro país, que cambia de manera importante la fisonomía demográfica de Santiago, que es donde viven más del 60% de los inmigrantes (1). Sin embargo, aún existe poco conocimiento acumulado respecto a los desafíos generales y a las necesidades particulares que fenómenos sociales como éstos plantean a los profesionales de la salud mental.

Entre el 2012 y el 2013 tuve la oportunidad de participar en Washington, DC como voluntaria en una investigación realizada por una de las principales universidades de esa ciudad, cuyo objetivo era identificar y disminuir el riesgo de depresión post parto

entre mujeres latinas en la zona. También como voluntaria, trabajé co-facilitando grupos de consejería para hombres latinos en recuperación por alcoholismo y abuso de sustancias en una organización sin fines de lucro ubicada en uno de los barrios con mayor población latina en el Distrito de Columbia, y co-facilitando grupos de consejería para mujeres latinas víctimas de violencia doméstica como parte de un programa gubernamental en el Estado de Maryland, EE.UU.

El siguiente documento sistematiza algunas de las cosas que aprendí a partir de esas experiencias, como también de la revisión de artículos y estudios disponibles y de las conversaciones que sostuve con otros chilenos residentes en DC que trabajan actualmente en campos relacionados con los servicios sociales. Y busca ser un acercamiento exploratorio y cualitativo a la situación de vida de los inmigrantes en esa zona de EE.UU. para, así, ofrecer algunas claves que permitan estar mejor preparados para enfrentar el fenómeno migratorio desde Perú (u otros países) a Chile y las necesidades de salud mental que surgirán a raíz de éste.

## **La población latina: quiénes son**

EE.UU. es por lejos el principal país de destino de los inmigrantes en el mundo, y la población latina ahí es actualmente la mayor minoría racial. Según la U.S. Census Bureau, en el 2010 los latinos representaban el 16.3% de la población total en el país, llegando a más de 50 millones de personas. De estos, casi 55.000 viven en Washington, DC y un poco más de 470.000 en el Estado de Maryland (3).

A diferencia de lo que pasa a nivel nacional, donde los mexicanos representan cerca del 65% del total de latinos residentes, tanto en Washington, DC como en Maryland, éstos son en su mayoría provenientes de El Salvador (cerca de un 17% de la población total de inmigrantes de DC y el 26% de la de Maryland), seguidos -pero muy de lejos- por México en ambos lugares (4).

En los años 60 y 90, EE.UU. abrió sus fronteras a cantidades masivas de personas provenientes de El Salvador, Guatemala y Nicaragua, que buscaban escapar de la guerra en su país, y muchas de ellas se acogieron a las leyes que les otorgaron residencia permanente algunos años después. En el caso de México, el origen del flujo migratorio se produjo, en gran medida, luego de la segunda guerra mundial, a raíz del Programa Bracero

entre ese país y EE.UU., que entregó visas de trabajo a una gran cantidad de personas mexicanas y que se extendió hasta 1964.

Después de esto, muchos mexicanos y centroamericanos han venido a EE.UU. siguiendo los pasos de sus antepasados, pero cerca del 60% lo ha hecho ingresando de manera clandestina al país y se encuentra actualmente en calidad de indocumentado (5).

## **Lo que los mueve: una vida mejor**

No es ninguna sorpresa que los inmigrantes siembran esperanzas de una vida mejor en el lugar al que llegan. Y eso es especialmente así EE.UU., el país de las oportunidades. Sin embargo, si bien la idea de una vida mejor está íntimamente relacionada a la posibilidad de juntar dinero, también muchos de los inmigrantes lo que buscan es salir de situaciones de menoscabo personal y social que envuelven más elementos que sólo el económico.

Quienes han llegado a EE.UU. provienen de países mucho más pobres económicamente, pero además suelen pertenecer a las clases más pobres de esos países, y sus condiciones de vida han estado marcadas no sólo por la pobreza, sino por la violencia, la falta de educación (de hecho, en DC el 44% de los

latinos no terminó el colegio y el 32% no tiene más de 1° medio) (6), el hacinamiento, el desempleo, la guerra, las drogas y distintos niveles –pero casi siempre severos- de disfuncionalidad familiar.

No es raro, entonces, escuchar en las mujeres explicar su decisión de salir de su país como una forma de escapar de situaciones de maltrato doméstico, abuso sexual, hostigamiento o directa explotación.

Entre los hombres, por su parte, la motivación económica pareciera ser más evidente, aunque esta motivación a veces nace no desde ellos mismos, sino desde los padres o abuelos, quienes esperan que su hijo o nieto “cumpla con su deber” de cuidarlos y los presionan para que emigren a un lugar donde puedan generar suficientes ingresos para compartir con ellos. De hecho, cerca del 89% de los latinos que viven en EE.UU. envía dinero a su país de origen (7). Allá, las familias se observan unas a otras y ven cómo el nivel de vida de una u otra mejora con lo que reciben desde el extranjero, y por ello éste se convierte en una de las formas preferidas y promovidas de protección y retribución. A veces, incluso, la resistencia de una persona de venir a EE.UU. es vista por las familias como irresponsabilidad o ingratitud.

En general, la idea de venir a EE.UU. se suele alimentar –y se hace posible- porque muchos latinos tienen parientes que ya han emigrado antes (muchos de ellos en las olas inmigratorias antes descritas). Estas personas no sólo representan un modelo a seguir, en términos de prosperidad, sino que constituyen una ayuda práctica, ya que suelen ser quienes reciben a los nuevos llegados en sus casas, los ayudan a conseguir sus primeros trabajos y facilitan su proceso de inserción entre la comunidad residente.

## **Dos familias**

Muchas de las mujeres inmigrantes que llegan a EE.UU. lo hacen dejando hijos en sus países de origen. Son ellos, y la posibilidad de otorgarles un futuro mejor, uno de los principales motores de su partida. Sin embargo, esa decisión se carga con mucho pesar, ya que les significa no sólo la distancia física con ellos sino la delegación de tareas de crianza y autoridad en otros familiares (comúnmente abuelos, tíos o hermanos mayores).

La falta de recursos y, sobretudo, la irregular situación inmigratoria de muchas de estas mujeres, no permite que ellas puedan viajar a sus países, por lo que la distancia se hace más grande y larga, muchas veces para siempre. Hay ocasiones en que son los hijos los que

logran ir a visitar a su madre en EE.UU., pero cuando lo hacen, para las mujeres resulta difícil relacionarse con ellos y manejarlos, ya que les resultan distantes, y desafiantes, haciéndoles sentir –y pagar- el costo de los años de lejanía.

Entre los hombres, es bastante común saber que han dejado a sus esposas e hijos en sus países de origen, con la promesa de juntar dinero y regresar, pero muchos de ellos inician nuevas relaciones y tienen hijos en EE.UU., manteniendo con ambas familias lazos afectivos y responsabilidades económicas. Los hijos que nacen en ese país automáticamente se convierten en ciudadanos americanos no importando el estatus legal de sus padres pero ellos, por su parte, se mantienen como ilegales (5).

El costo emocional que tiene tanto para hombres como para mujeres el dejar atrás a las familias es enorme, y estas personas cargan con un inmenso sentimiento de tristeza y soledad, marcada además por la culpa de no estar al lado de quienes los necesitan. Estos sentimientos conviven con la idea (pero no siempre la convicción) de estar haciendo lo mejor para ellos. Y esta permanente ambivalencia en muchos casos deriva en desórdenes afectivos y en un consumo abusivo de alcohol o sustancias (8).

## **Experiencias de traumatización**

Cuando uno escucha las historias personales de latinos inmigrantes en EE.UU., es posible constatar que muchos de ellos cargan con experiencias traumáticas (y sintomatología postraumática) de diversa índole; algunas ocurridas dentro del ámbito de la intimidad durante su vida en sus países de orígenes, tales como maltrato físico severo o abuso sexual, o del entorno social reinante en esos lugares, tales como ser víctimas de secuestros o violaciones, o tener parientes cercanos que se encuentran desaparecidos o han sido asesinados por delincuentes comunes, la guerrilla o los carteles de drogas.

Si no es el caso, o adicionalmente, la experiencia de cruzar la fronteras de manera ilegal suele ser de por sí muy dura y conlleva casi siempre peligro de accidentes, amenazas de muerte del “Coyote” o las personas a cargo del grupo, ser testigo de muerte de personas, ver cadáveres en el camino o presenciar el abandono en la mitad del desierto de quienes son demasiado débiles y les fallan las fuerzas para continuar el camino. Además, tanto durante la espera para ser trasladados a donde comienza la caminata como durante ésta, muchas mujeres son violadas.

Y por si esto fuera poco, ya una vez en EE.UU., los inmigrantes son presa fácil de robos, engaños y abusos en el entorno doméstico o laboral.

Esta exposición a eventos de carácter traumático, como lo indican numerosos estudios, se relaciona también con abuso de sustancias en esa población (8).

### **Un idioma que cuesta asimilar**

La gran mayoría de los inmigrantes latinos llega a EE.UU. sin manejar el idioma inglés, siendo sólo capaces de decir algunas frases y, a veces, menos que eso. En Maryland, por ejemplo, cerca del 70% de los inmigrantes mexicanos y centroamericanos tienen un limitado dominio de ese idioma, más bajo aún que quienes vienen del sudeste asiático, que alcanzan a un 56%. Encima de eso, con el paso de los años, sólo el 23% de los latinos llegará a hablar inglés con fluidez (9).

Esta situación probablemente se debe a que los inmigrantes latinos tienden a desenvolverse en círculos sociales donde se habla su mismo idioma, trabajan en labores donde no es indispensable el manejo del inglés y, en sus casas, más de la mitad sólo habla español (9). Los inmigrantes latinos poseen, además, un bajo nivel de manejo lector y escrito de su propio idioma, lo que les

dificulta aún más el aprendizaje de un nuevo idioma. Y a esto se suma la sanción social que el propio grupo de referencia aplica a quienes se salen de la norma y comienzan a hacer avances en este sentido, reconociendo los logros pero, a veces también, ridiculizando los esfuerzos.

Tanto en el Distrito de Columbia como en Maryland existen programas gratuitos de enseñanza de inglés, pero para la población inmigrante resulta difícil poder aprovecharlos, principalmente porque el tiempo y la energía se focaliza en el trabajo (muchos tienen más de un empleo) y/o en las tareas del hogar. Y además no parece existir un real sentido de urgencia frente a este tema.

Lo cierto es que para desenvolverse entre pares, para hacer las compras y para acceder a trabajos simples, el idioma español –al menos en esta parte de EE.UU.- parece suficientemente funcional. Sin embargo, lo cierto es que por esta razón, muchos hombres y mujeres nunca podrán acceder a trabajos de mejor nivel (5) ni tampoco transitar hacia una plena interculturalidad.

La buena noticia es que esta situación se revierte para aquellos latinos que, siendo hijos de inmigrantes, nazcan en EE.UU. De estos, cerca del 88% aprenderá a hablar

fluidamente el inglés. Y esta cifra aumentará a 94% con la tercera generación (9)

### **Trabajos precarios**

Entre 1990 y el 2000, más del 50% del crecimiento de la fuerza laboral en EE.UU. provino de los inmigrantes. En Maryland, entre el 2000 y el 2006, el número de trabajadores inmigrantes jóvenes (entre los 25 y los 34 años) aumentó un 28% mientras que el número de trabajadores norteamericanos en ese rango de edad disminuyó un 11% (10).

La población latina en DC entre el 2005 y el 2007, tuvo ingresos promedio anuales de \$25,853 (un poco más de \$1.000.000 mensual) (5). Estas cifras aumentan un poco en Maryland, pero aún así, es compartido por distintos estudios que los inmigrantes latinos son los que tienen en promedio los sueldos más bajos en comparación a otras etnias de inmigrantes en EE.UU. (5).

En gran medida, esto se debe a que, de todos los inmigrantes, los latinos poseen la más baja escolaridad entre los inmigrantes de ese país, y además muchos de ellos cuentan con una situación migratoria irregular y pobre manejo del inglés. Según The Urban Institute, estas barreras son mucho más prevalentes entre los inmigrantes mexicanos y

centroamericanos, que aquellos provenientes de otras partes del mundo (10) y esos factores determinan que los latinos se desenvuelvan principalmente en oficios manuales (construcción y mantenimiento, especialmente) o en aquellos llamados “low skilled jobs” (como cocinar, servir mesas o hacer aseo) (11). Se dice que los latinos hacen el trabajo que los americanos no están dispuestos a hacer, pero que tampoco lo están otras minorías, siendo no poco común ver a latinos cocinando en restaurantes del barrio chino de DC o a latinos contratando a otros latinos para que cuiden a sus hijos o limpien sus casas.

Los “low skilled Jobs” son trabajos que suelen darse en ambientes de poca seguridad y ser muy precarios en términos de estabilidad y condiciones laborales, y muchos trabajadores latinos sólo logran llegar a fines de mes a partir de la suma de sueldos que perciben de distintos empleos simultáneos (6). Aún así, el salario recibido en EE.UU. es un monto de dinero impensable en los países y realidades desde donde provienen los inmigrantes, y les permite enviar dinero a sus familias en sus países de origen y solventar sus gastos en Norteamérica. Asimismo, los hijos de inmigrantes tendrán en EE.UU. un sueldo 25% mejor que el de sus padres.

No son pocos los inmigrantes latinos que manejan la expectativa de poder estudiar una



carrera universitaria en EE.UU. Sin embargo, la prioridad siempre será el trabajo (o los trabajos), por lo que no quedan suficientes horas del día para continuar la educación. A estos se suma un problema aún mayor: sólo pueden acceder a créditos para financiar los estudios quienes tienen los papeles de inmigración al día. Como esto no es así para la gran mayoría de los inmigrantes, el no poder contar con esta fuente de financiamiento hace prácticamente imposible costear cualquier forma de educación superior.

### **El apoyo de la comunidad**

Pese a los bajos ingresos, el uso de los programas sociales entre los latinos es muy bajo. Durante el 2008, en Washington, DC sólo el 5% de los inmigrantes aplicó al programa Ayuda Temporal para Familias Necesitadas (TANF) y sólo el 4% usó las estampillas de alimentos que se entregan a los niños nacidos en el país. Esto puede deberse a barreras de lenguaje, confusión acerca de las reglas para ser elegibles o al hecho de que muchos de los inmigrantes cree que los procedimientos de verificación de datos para la aplicación pueden generarles problemas con los servicios de inmigración (6). También los latinos son resistentes a utilizar los servicios de salud mental

disponibles, pese a que muchos de ellos son gratuitos.

Sin la ayuda del Gobierno, la comunidad se convierte en la principal fuente de apoyo y asistencia social. Los inmigrantes latinos encuentran en otros inmigrantes la fuente de ayuda en temas prácticos (como el cuidado de los niños y aviso ante oportunidades de trabajo) y también amigos con quienes compartir momentos de esparcimiento.

Es común que las comunidades inmigrantes vayan poblando ciertos barrios, en los cuales comienzan a surgir restaurantes o tiendas donde se ofrece la comida originaria, y lugares donde se reúnen a bailar o a celebrar las fiestas nacionales. Este apego a las tradiciones parece jugar un importante rol en la construcción de identidad del inmigrante, quien se aferra a los sabores, olores y sonidos conocidos como una manera de acortar la distancia emocional entre EE.UU. y sus orígenes.

Otro importante recurso con que cuentan los inmigrantes latinos, es la fe que profesan hacia Dios. La mayoría de ellos son católicos o evangélicos, y activos practicantes de su religión. La iglesia constituye, entonces, otro punto de reunión y apoyo para las familias, ya que ésta no sólo les provee un lugar para la oración, sino comida, ropa y actividades para los niños. Además, las personas reconocen

abierta y activamente tener mucha fe en un poder superior que los guía, cuida y ama incondicionalmente, y eso actúa como un importante factor protector ante las dificultades, ya que ofrece un espacio de cobijo y contención permanente, ilimitado e inextinguible.

### **Comentarios finales**

El camino de los inmigrantes latinos en EE.UU. es, en muchas maneras, un camino sin retorno. La familia y la historia queda atrás, y aunque muchos cobijan la esperanza de volver algún día, la ilegalidad migratoria hace inviable esa opción. Y los años pasan, y los padres y abuelos mueren sin recibir una última visita, y los hijos crecen sin que se pueda ser parte de ese proceso.

Y una vez que se ha pisado tierra norteamericana, la vida cambia drásticamente, de una manera irreversible. Se pierden los puntos de referencia, los códigos comunes, la comodidad de moverse en espacios conocidos. Y el día a día se convierte en una lucha constante por recorrer el camino a la prosperidad, la cual no sólo tarda en llegar sino a veces nunca llega del todo.

Seguramente ser latino en EE.UU. es muy distinto que ser un peruano en Chile o un

chileno en Japón. Sin embargo, el camino de un inmigrante seguramente estará siempre habitado por la nostalgia, la culpa, la esperanza, la negación y la idealización. Y es probable que todos compartan el anhelo interior de encontrar en esos lugares oportunidades que no veían posibles –al menos para ellos- en sus países de origen, que todos sufran la severidad de un entorno que sabe y toma ventaja de sus necesidades y carencias, que todos se sientan extraños en una sociedad extraña cuyos elementos culturales les costará asimilar y que nunca los reconocerá como uno de ellos. Pero es probable que todos sepan también que si se acorazan y perseveran en sus esfuerzos, estarán más cerca de hacer la diferencia, tal vez no para sus propias vidas, pero sí para la de sus descendientes. Y que ese es su principal legado.

### **Referencias**

- (1) INE, Censo 2002.
- (2) **Ministerio del Interior de Chile (2008)**  
Departamento de Extranjería y Migración, INFORME ANUAL 2008. Ministerio del Interior, Chile.
- (3) **U.S. Census Bureau, 2010.**
- (4) Overview of Hispanic Community in Maryland. Department of Legislative Services Office of Policy Analysis Annapolis, Maryland, June 20.08
- (5) **Brick, K., Challinor, A., Rosenblum, M. (2011).** Mexican and Central American Inmigrants in the United States. Washington, DC. Migration Policy Institute.

- (6) Commey, J., Tatian, P., Castaneda, R., Grosz, M., Freiman, L. (2009).** State of Latinos in the District of Columbia. Preparado por The Urban Institute para La Oficina de Asuntos Latinos de Washington, DC.
- (7)** Hispanic Immigrants in the Washington, DC Metropolitan Area: Findings on Common Values, the American Dream, & the Political Process Study Prepared for the Congressional Hispanic Leadership Institute and Ayuda, Inc. By Impacto Group LLC , July 20, 2007.
- (8) Álvarez, J., Jason, L, Olson, B., Ferrari, J, Davis, M. (2007).** Substance Abuse Prevalence and Treatment Among Latinos and Latinas, National Institute of Health.
- (9)** English Usage Among Hispanics in the United States. Pew Hispanic Research Center, 2007.
- (10) Capps, R. y Fortuny, K. (2008)** The Integration of Immigrants and Their Families in Maryland: The Contributions of Immigrant Workers to the Economy. The Urban Institute para Annie E. Casey Foundation.
- (11) U.S. Bureau of Labor, 2008.**

