

AcPI

Actualizaciones
en
Psicoterapia Integrativa

Editorial

Al entregar el Vol VIII de *AcPI*, nos es de gran satisfacción constatar el constante esfuerzo y dedicación de los profesionales que han optado por el EIS y se han comprometido con su desarrollo. Es así, como el presente número cuenta con trabajos de terapeutas titulados, egresados y en formación dentro de los programas de Psicoterapia Integrativa EIS, dictados por ICPSI.

En este número el lector se encontrará, dentro de los avances en el campo de la psicoterapia, con revisión teórica y reflexiones en torno al aporte de las Neurociencias y un interesante artículo acerca de la utilización del Mindfulness en la infancia. También se presenta un trabajo que nos aporta información actualizada sobre los sustratos biológicos relacionados con el Trastorno de Personalidad Antisocial. Por otra parte, se entrega una extensa revisión y análisis de la Psicooncología y del potencial aporte del Modelo Integrativo Supraparadigmático como una alternativa en el abordaje de pacientes oncológicos.

Dentro de la investigación en el marco del EIS, nos es muy satisfactorio contar con los resultados de un estudio realizado en Bolivia, sobre los factores que intervienen en la salud mental de adolescentes de la ciudad de Sucre, utilizando la Ficha de Evaluación Clínica Integral FECl. Además, se presenta una investigación sobre las características de la población consultante en los Consultorios ICPSI, con el propósito de ir especificando sus características sintomáticas, para poder optimizar las atenciones y hacer más efectivas las intervenciones de la Psicoterapia Integrativa EIS.

En las Reflexiones Integrativas, se ha incluido la presentación realizada en el Seminario de Conmemoración del Día de la No Violencia contra la Mujer, sobre la visión de las Nuevas Masculinidades y su relación e impacto en la Violencia de Género; una temática de gran relevancia en nuestra sociedad. Además, se presenta una interesante recopilación y reflexión sobre los sustratos biológicos del Inconsciente y su aporte para la comprensión y abordaje de las temáticas clínicas. Finalmente, se entrega un trabajo sobre la Neuroplasticidad, relacionado con el, ya mencionado, aporte de las neurociencias a la psicoterapia.

Esperamos que el *Vol VIII de AcPI*, sea de aporte a su labor profesional y les motive a la reflexión en torno a temáticas de relevancia para la búsqueda del conocimiento válido, el desarrollo profesional y para nuestro quehacer práctico.

Verónica L. Bagladi L.
Directora

INDICE

Editorial.	5
Artículos	
¿Quiénes son nuestros pacientes? Desafíos para la Psicoterapia Integrativa <i>Mg. Texia Bejer T.</i>	8
Psicooncología y Modelo Integrativo Supraparadigmático <i>Ps. Tanica Koscina G.</i>	28
Psicoterapia y Neurociencias <i>Ps. Andrea Bunster I.</i>	58
Salud Mental en Adolescentes Bolivianos desde el Enfoque Integrativo Supraparadigmático <i>Ps. Abigail Enríquez C.</i>	81
Infancia y Mindfulness. Una mirada hacia la atención plena en Infancia <i>Ps. Carolina Poblete O.</i>	100
Trastorno de Personalidad Antisocial: Sustratos Biológicos <i>Ps. Paulina Castro R.</i>	116
Reflexiones Integrativas	
Nuevas Masculinidades y Violencia de Género <i>Mg. Ramiro Ramírez S.</i>	136
Biología de lo inconsciente <i>Mg. Santiago Martínez M.</i>	145
Neuroplasticidad y Psicoterapia <i>Ps. Francisca Soto H.</i>	158

Artículos

¿Quiénes son nuestros pacientes? Desafíos para la Psicoterapia Integrativa

Mg. Texia Bejer T.

Abstract

The present research aims to describe the symptomatic and population characteristics in patients coming to the Clinical Section of the Chilean Institute of Integrative Psychotherapy. The purpose is to be able to specify the symptomatic profile that patients show at the beginning of their therapeutic work, after the application of OQ45.2 (Lambert, 2004); but, more than anything, to be able of approaching to the reality of those who consult, in order to optimize the attention and do more effective interventions. Thus, a better knowledge of those who consult, would allow the construction of effective stimuli that mobilize towards change. For this, a sample of adult subjects, consultants to the Chilean Institute of Integrative Psychotherapy and a smaller sample of consulting coming from a clinic dependent on a University, were used as a sample. Descriptive analysis of general characteristics, were performed and after, a comparison was made between the first and the second application of the OQ45.2 questionnaire. The second application was performed between the 10-12 sessions of the psychotherapy process.

Keywords: *Estimulo Efectivo, Psicoterapia Integrativa, OQ45.2*

Resumen

La presente investigación apunta a describir las características sintomáticas y de población, de los consultantes a los consultorios dependientes del Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa. El propósito, es poder ir especificando las características sintomáticas con que llegan, a través de la aplicación del OQ45.2 (Lambert, 2004); pero, más que nada, aproximarse a la realidad de quienes consultan, con el fin de poder optimizar las atenciones y hacer más efectivas las intervenciones. Dado que, una mejor precisión de las características de quienes consultan, permitiría la construcción de estímulos efectivos movilizados hacia el cambio. Para lo anterior, se tomó una muestra de sujetos adultos, consultantes a los Consultorios del Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa; y una muestra menor de sujetos consultantes a un consultorio dependiente de una Universidad. Se realizaron análisis descriptivos de características generales, y luego se compararon una primera y una segunda aplicación del cuestionario OQ45.2. La segunda aplicación, se realizó en las sesiones 10 - 12 del proceso de psicoterapia.

Palabras clave: *Estimulo Efectivo, Psicoterapia Integrativa, OQ45.2*

AcPI, 8: 8--27.

* Psicóloga Universidad de la República. Mg© en Psicología Clínica Universidad Adolfo Ibañez. Postítulo en Psicoterapia Integrativa en Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa. Profesor Universidad Santo Tomás. E-mail: icpsi@icpsi.cl; texiabejer@santotomas.cl

El Enfoque Integrativo Supraparadigmático (EIS) tiene ya más de 30 años, este enfoque es propuesto por el Dr. Roberto Opazo y su equipo, y plantea que la comprensión de los fenómenos psicológicos y mentales requiere de una amplia mirada al mundo psíquico del sujeto, concibiendo al ser humano como un sujeto que conoce un mundo objetivo desde una construcción personal y única. Siendo capaz de psicofacturar los estímulos para adaptarse al entorno. Así, el EIS plantea que en la comprensión de cada ser humano habría que considerar los aspectos biológicos, afectivos, cognitivos, inconscientes y a la vez considerarlo inserto y participe dentro de diversos ambientes (familia, grupos, sociedad, cultura, etc.) Es por esto que propone 6 paradigmas (biológico, afectivo, cognitivo, inconsciente, ambiental – conductual y sistémico) que son integrados en el Self, que es eje central, y tiene diferentes funciones, a saber: función de identidad, función de significación, función de auto-organización, función de búsqueda de sentido, función de conducción de vida y función de toma de conciencia que permitirían al ser humano interactuar consigo mismo y con el entorno. (Fernandez-Alvarez & Opazo, 2004). En

el Self se coordina y se reúnen las características individuales y que hacen único al ser humano. Así, las funciones del Self regularían la forma en que el ser humano está en el mundo, y se relaciona tanto consigo mismo como con el entorno. Y sería el encargado de procesar y dar sentido a la experiencia.

Desde el EIS se desprende la Psicoterapia Integrativa EIS (PI-EIS), que implicaría un proceso activo, en donde interactúan tanto paciente como psicoterapeuta; además está diseñado de manera intencional para promover el cambio en el cliente a través de la generación de experiencias nuevas que puedan ser correctivas y/o enriquecedoras. La PI-EIS es dirigida por un profesional o especialista que acuerda objetivos terapéuticos en conjunto con el cliente, y que basa sus acciones en el EIS. Dentro de la PI-EIS, existirían fuerzas de cambio inespecíficas (provenientes de paciente, terapeuta y de la relación) y fuerzas de cambio específicas tales como los principios de influencia. La administración flexible, en el contexto interpersonal, de estos principios de influencia en función a las necesidades del paciente y mirando a los objetivos planteados, dan la materia prima para que, en el contexto

terapéutico, el sistema Self del paciente genere los estímulos específicos, que se transformarían en experiencias movilizadoras de cambio. Así, la PI, es un proceso creativo, sobre bases científicas. (Opazo, 2001, pág. 150-151).

El concepto de estímulo efectivo, es un concepto propio del EIS y hace referencia a aquel estímulo generado en el proceso de psicoterapia, y que realmente moviliza al sistema psicológico del cliente. Vía estímulo efectivo una intervención psicoterapéutica, puede ser acertada y precisa, o transformarse en terapéuticamente inútil e incluso iatrogénica (Opazo, 2011). Dentro del desarrollo de la PI-EIS, se han precisado elementos que ayudarían a potenciar los estímulos efectivos en el proceso terapéutico. Es así que se distinguen los estímulos objetivos, que provienen del terapeuta, y las disposiciones subjetivas que proviene del paciente. Los primeros se centran en las características del terapeuta y en como a través de su experticia va construyendo “un qué adecuado”, “un cómo adecuado” y “un cuando adecuado”, para cada paciente de manera diferencial. Lo segundo, se relaciona más con las características del paciente y en cómo al ir conociéndolo se puede ir estableciendo lo que es más

probable que pueda movilizar al cambio. Es así, como se mencionó con anterioridad, que el psicoterapeuta integrativo busca activa e intencionalmente construir los estímulos efectivos, conociendo las características de la persona que tiene enfrente. A la vez evalúa constantemente los principios de influencia que estarían operando en esta persona, para generar los conceptos movilizadores que le hagan sentido y le lleven al cambio.

Para el Psicoterapeuta, es un desafío el poder conocer mejor a la población con la que estaría trabajando, esto le permitiría poder generar intervenciones adecuadas y que hagan más probable el cambio en ellos. Concordante con esto, en investigaciones realizadas se observaría que existen diferencias significativas entre pacientes que desertan y que finalizan un tratamiento, dependiendo de características personales de los pacientes, así como también de la diada que se conforma en el proceso psicoterapéutico. Además existen diferencias significativas en la forma de término de terapia entre pacientes de consulta privada y de consultorio público. Conjuntamente a esto aparece relevante la relación paciente-terapeuta, así como

la construcción de estímulos efectivos, esto permite observar cómo la administración de las variables inespecíficas se pone al servicio de una mejor forma de ayuda a los pacientes (Bagladi, 2003) (Krauss et col, 2006)

En el centro en donde se desarrolló el EIS, existen consultorios de atención psicológica que están enmarcados dentro del enfoque, dichos consultorios surgen en el año 1996 como consultorios para personas de escasos recursos que buscan psicoterapia, si bien sus consultantes provienen de distintos sectores socioeconómicos y de diferentes localidades nacionales, lo que los caracteriza es que no pueden costear los aranceles de consulta particular para la atención psicológica. Las atenciones prestadas en los consultorios incluyen sesiones de psicoterapia, de evaluación diagnóstica, interconsultas y tratamientos psiquiátricos, además de talleres psicoeducativos y psicoterapéuticos y apoyo psicosocial. Las atenciones prestadas a la población adulta e infanto-juvenil en modalidades individual, de pareja, familiar y grupal tienen un arancel que se fija de acuerdo a los ingresos del consultante. En dichos consultorios se realiza instrucción en práctica en psicología clínica y

psicoterapia bajo supervisión directa, estricta y estable, por parte de supervisores acreditados, durante todo el período de formación. Es así que los profesionales que forman parte del equipo estable de atención cuentan con una vasta gama de experiencia y capacitación dentro del EIS.

Es en este contexto que aparece importante poder determinar las necesidades y características de los clientes a fin de poder construir los estímulos efectivos adecuados a cada uno y sus necesidades.

METODOLOGIA

La presente investigación, apunta a describir las características sintomáticas y de población que estarían siendo tendencia en atención en este tipo de modalidad, en consultorios para personas que no presentan recursos suficientes para acceder a una psicoterapia particular. Asimismo, intentara dar indicios de efectividad en la atención entregada.

La población estaría compuesta de pacientes adultos atendidos en los consultorios dependientes del Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa entre

2014 y 2016. Como una forma de ampliar los resultados también se tomaron pacientes atendidos en un consultorio de atención psicológica dependiente de una universidad, que forma a futuros psicólogos, atendidos entre 2015 y 2016

La investigación es un estudio cuantitativo de tipo descriptivo transversal. Se manejaron 4 tipos de muestras

A. Una muestra de $N=785$, de la población general de los consultorios dependientes del Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa (CICPSI)

B. Una muestra de $N= 167$ de pacientes de consultorio universitario (CUN) y que respondieron el cuestionario OQ 45.2, ya sea en primera y/o en segunda aplicación.

C. Pacientes que respondieron el cuestionario OQ-45.2 en dos aplicaciones (inicio de proceso de psicoterapia, sesión 1 o 2; una segunda aplicación, en sesión entre 10 y 12 de proceso de psicoterapia). Esta muestra permitió que existieran pacientes que respondieron solo una aplicación y/o las dos. Estas quedaron conformadas

con $N(\text{CICPSI}) = 2328$ y $N(\text{CUN})= 167$.

D. Una sub-muestra, obtenida de la muestra del punto anterior, de pacientes que respondieron en ambas aplicaciones, es decir una primera y una segunda aplicación, con el fin de evaluar progresos en el proceso de psicoterapia a través de las variaciones en los puntajes de las dimensiones del cuestionario. El número de casos por muestras son $N(\text{CICPSI}) = 123$ y $N(\text{CUN})= 68$.

Al caracterizar las muestras se puede obtener lo siguiente:

Muestra de CICPSI

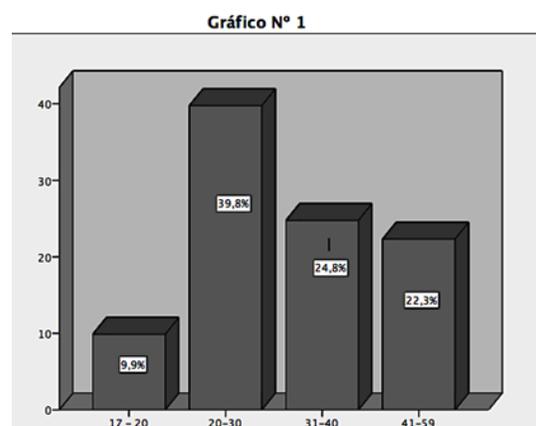
Como se mencionó, la muestra obtenida es de $N= 758$. En la tabla N° 1 se observaría que la mayoría (96,6%) de los consultantes son de nacionalidad chilena, sin embargo, existiría un 3,4 % de otra nacionalidad.

Tabla N°1

CARACTERÍSTICAS GENERALES (N=758)	
Nacionalidad	El 96,6% es Chileno, sin embargo un 3,4% pertenece a otra nacionalidad
Género	EL 66,9% de los pacientes es femenino y el 33,1% masculino
Estado civil	El 77,7% es soltero, el 15,6% casado, el 5,7% separado o divorciado y el resto es otro (casado por segunda
Escolaridad	Menos del 3% solo pre-básica, el 16,8% estudios básicos completos, el 18% estudios medios completos, el 53,3% estudios técnicos completos y el 9,6%
Ocupación	El 31,2% son estudiantes, el 24,4% es profesional, el 23,4% estaría en algún trabajo administrativo o de oficina, y el 7% esta cesante, el 6,6% es dueña de casa
Procedencia	El 69,2% consulta de manera espontánea y el 19,8% consulta de manera no espontánea (inducido por familia, escuela, sistema de salud, etc.

Además, se puede observar que el 66,9% de los consultantes son de género femenino y el 33,1% son de género masculino. Por otro lado, el 77,7% de ellos estaría soltero y el 15,6% estarían casados, siendo sólo el 5,7% de personas separadas y/o divorciadas. En relación a la escolaridad, la característica de este consultorio es que el 53,3% tendrían estudios técnicos completos y el 18% estudios de educación media completa. En lo que respecta a la forma de acceder a la consulta, la mayoría (69,2%) consultaría en forma espontánea, sin embargo, un porcentaje no menor, de 19,8%, estaría consultando inducido por algún familiar, o por otro tipo de red.

En relación a las edades, el promedio es de 32,4 años, siendo el sujeto mayor de 59 años y el menor de 17 años. Para efectos del estudio se dividió en rangos de edades, lo que se muestra en gráfico N° 1



Así se puede observar que el 39,8% de la muestra tiene entre 21 y 30 años, el 24,8% tendría entre 31 y 40 años, el 22,3% se encontraría entre los 41 y 59 años y el 9,9% sería menor de 20 años.

En la tabla N°2, se observaría que, en relación a los *motivos de consulta*, el 92,1% presenta motivo de consulta más o menos claro, sin embargo, un 6,2% no presentaría motivo de consulta. Así, dentro de los motivos de consulta el 13,4% presentaría *dificultades en el ámbito afectivo* (ansiedad, depresión, etc.), predominando la depresión (34,1%)

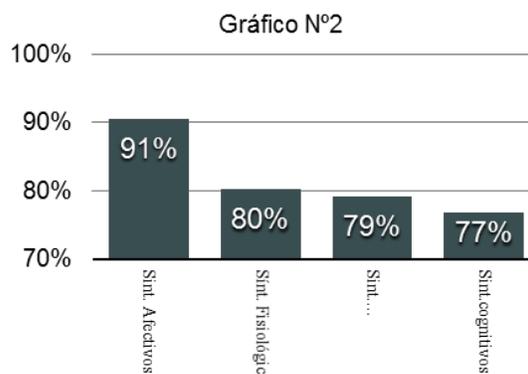
y ansiedad (26,8%) por sobre otros tipos de motivos afectivos. Con menor porcentaje, aparece el duelo (5,7%) como motivo de consulta y le sigue las Crisis vitales (4,1%), luego aparecen las dificultades interpersonales (3,9%) y le siguen los problemas académicos (2,3%) para finalizar con problemas conductuales (1,5%).

síntomas afectivos, el 80,2% mostraría síntomas fisiológicos, el 79,2% presentaría síntomas conductuales y el 76,9% presentaría síntomas cognitivos, al momento de consultar.

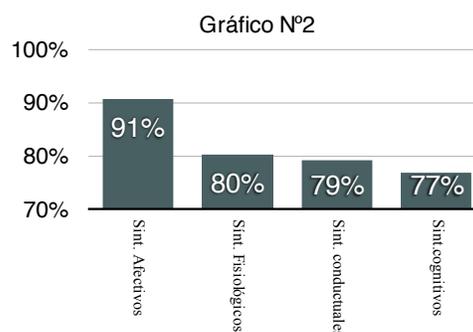
Tabla N°2

MOTIVOS DE CONSULTA	
MC	El 92,1% presenta un motivo de consulta, el 6,2% no presenta MC propio y el 1,1% presentaría motivos vagos
Problema afectivos	El 13,4% de la muestra presenta como MC problemas afectivos: 34,1% Depresión; 26,8% ansiedad; 20,7% Síntomas afectivos mixtos; 8,5% inestabilidad de animo; 3,7% irritabilidad.
Problemas conductuales	El 1,5% de la muestra presenta MC problema conductual: 44,4% Descontrol agresivo, 33,3% inhibición Cdtual, 11,1%
Problemas académicos	2,3% presenta como MC problemas académicos
Problemas interpersonales	3,9% presenta problemas interpersonales; el 47,8% problemas de pareja, 20,6% problemas con diferentes instancias, 20,6% problemas con padres (madre y/o padre) y el 9,5% problemas con hijos
Duelo	5,7% presenta MC como duelo: 54,3% por alguna tipo de pérdida y el 42,9% por muerte de alguien cercano
Crisis vital	4,1% presenta MC crisis vital: 64% crisis normativa y 46% crisis no normativa

En relación a la *sintomatología* que presentan los sujetos de la muestra, en el gráfico N°2, se observaría que el 90,6% de la muestra general, presentaría

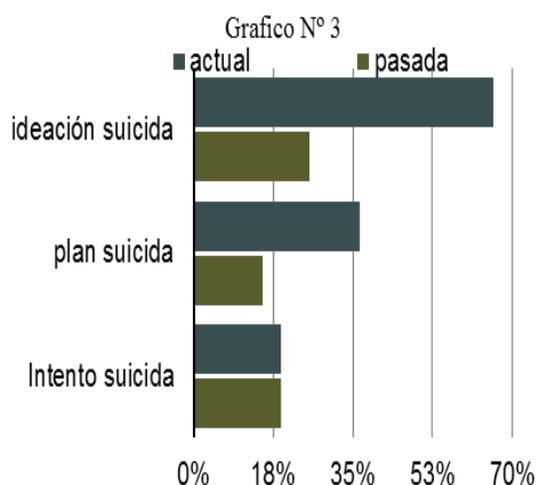


Por otro lado, en el gráfico N°3 se observaría la incidencia de ideación suicida, actual y pasado. Como se puede ver, de los consultantes el 65,8%

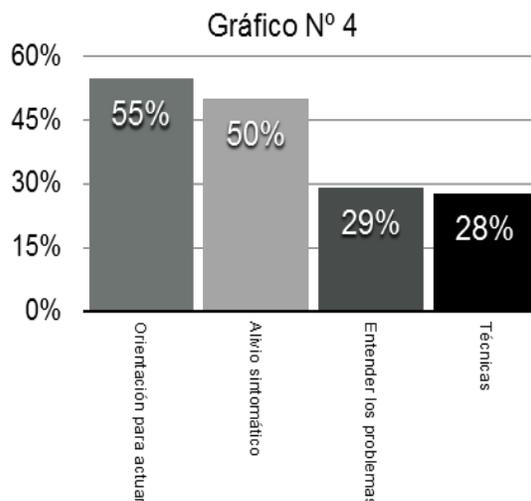


presentaría ideación suicida actual, y de estos el 36,5% manifestaría un plan para atentar contra su vida, sin embargo, el 19,1% habría presentado un intento suicida en la actualidad. De esto también

se puede ver que de la muestra el 25,4% habría presentado ideación suicida en el pasado, con un 15,2% presentando un plan para esto, y el 19,1% habría realizado algún tipo de intento suicida. Llama la atención que el porcentaje de intentos suicidas sea similar en la actualidad y el pasado.



En cuanto a las *expectativas*, aparece que el 97,7% de los sujetos presentaría algún tipo de expectativas en relación a la consulta por atención. En el gráfico N°4 se puede observar la distribución de ellas, así, en los primeros lugares se encuentran orientación para actuar (54,6%) y alivio sintomático (50,1%). Sólo el 29,1% buscaría entender sus problemas y el 27,6% buscara técnicas que le permitan manejarse mejor en el mundo.



En la tabla N°3 se observaría el *grado de motivación* hacia la psicoterapia que los pacientes mostraron en las primeras entrevistas. Como se puede ver, el 78,4% se mostraría motivado a la atención, el 15,7% relativamente motivado, y el 5,8% poco motivado.

Tabla N° 3

MOTIVACIÓN A LA TERAPIA	
Motivado	78,4%
Relativamente motivado	15,7%
Poco motivado	5,8%

En relación a los *antecedentes relevantes*, el 91,0% presentaría antecedentes mórbidos familiares y el 36,4% indicaría problemas con los

padres. Por otro lado, el 16,4% presentaría experiencias de separación. Además, aparece que el 13,6% indicaría haber presentado relaciones disfuncionales y el 13,6% aceptaría haber tenido experiencias de pérdidas, y sólo el 5% indicaría haber sufrido experiencias traumáticas.

En relación al Diagnóstico, la muestra presentaba heterogeneidad de diagnósticos. Sin embargo, se puede observar que al evaluar gravedad de los síntomas y la dificultad de adaptación (Tabla N°4), se encuentra que el 38,8% presenta diagnóstico de moderado, el 38,1% presentaría diagnósticos entre leve y leve a moderado y el 23% mostraría diagnóstico entre moderado a grave y grave.

Tabla N° 4

EVALUACIÓN EJE V DSM-IV	
Categoría	Porcentaje
Leve	13,8%
Leve a Moderado	24,3%
Moderado	38,8%
Moderado a grave	15,1%
Grave	7,9%

Muestra CUN

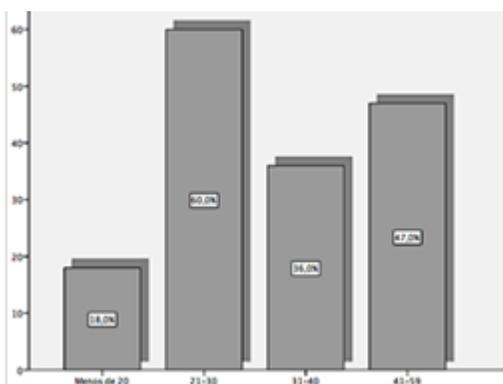
La muestra obtenida del CUN, tiene como finalidad poder hacer alguna comparación y así poder encontrar algunos indicadores de elementos característicos del consultorio ICPSI, a fin de poder precisar con mayor detalle las características de los pacientes que consultan allí. Es así que solo se consideraron algunos datos para poder hacer dicha comparación.

En relación a las características generales (tabla N°5) se observaría que el 67,1% de la muestra corresponde al género femenino y el 32,9% correspondería al género masculino. El 66,5% de ellos estarían solteros, el 18,6% estarían casados, el 10,2% estarían separados y/o divorciados y el resto estaría en categoría de otro estado civil (casado por segunda vez, viudo, etc.). En cuanto a las edades, en el gráfico N°5 se observaría que el 60% de la muestra se ubicaría entre 21 y 30 años, el 47% se ubicaría entre 41 y 59 años, el 36% entre 31 y 40 años y el 18% sería menor a los 20 años

Tabla N°5

CARACTERÍSTICAS GENERALES (N=167)	
Género	El 67,1% de los pacientes es femenino y el 32,9% masculino
Estado civil	El 66,5% es soltero, el 18,6% casado, el 10,2% separado o divorciado y el resto es otro (casado por segunda vez, viudo, etc)
Escolaridad	Menos del 3% solo pre-básica, el 10,2% estudios básicos completos, el 25,7% estudios medios completos, el 34,7% estudios técnicos completos y el 15,6% estudios universitarios completos
Ocupación	El 26,3% son estudiantes, el 13,2% es profesional, el 9,0% estaría en algún trabajo administrativo o de oficina, y el 7,2% esta cesante, el 10,2% es dueña de casa y el 1,5% nunca ha trabajado y el 1,8% es jubilado.

Gráfico N°5



En relación a la presencia de *sintomatología*, en la tabla N°6 se observaría que predominaría la sintomatología afectiva, 84,4%. El 57,5% presentaría síntomas fisiológicos y el 56,3% presentaría síntomas cognitivos,

siendo que el 45,2% presentaría síntomas fisiológicos

Tabla N° 6

PRESENCIA DE SÍNTOMAS	
Síntomas afectivos	84,4%
Síntomas conductuales	57,5%
Síntomas fisiológicos	45,2%
Síntomas cognitivos	56,3%

Se observaría en la tabla N° 7, que, al evaluar *gravedad de los síntomas y la dificultad de adaptación*, el 65,4% de ella se encontraría en categoría de moderado, el 18,2% entre leve a moderado, el 11,9% en leve y el 4,4% entre moderado a grave y grave.

Tabla N° 7

EVALUACIÓN EJE V DSM-IV	
Categoría	Porcentaje
Leve	11,9%
Leve a Moderado	18,2%
Moderado	65,4%
Moderado a grave	1,8%
Grave	2,4%

INSTRUMENTO

El instrumento utilizado es el cuestionario OQ 45.2, que es un cuestionario de auto aplicación con una alta sensibilidad y confiabilidad para la medición cuantitativa de resultados psicoterapéuticos (De la Parra, 2002). Evalúa tres dominios o dimensiones, a través de 45 ítems (Lambert et al 1996): 1) síntomas y malestar subjetivo (SD), llamado también incomodidad sintomática, corresponde a síntomas depresivos y angustiosos, somatizaciones, conductas adictivas y autodestructivas; 2) relaciones interpersonales (RI), que hace referencia a aspectos de la vida familiar y de pareja, amistades y conflictos interpersonales, aislamiento e inadecuación; y 3) rol social (RS), que estaría relacionado con rendimiento laboral, distracción y tiempo libre. Las tres áreas del cuestionario, evaluadas pre y post tratamiento son capaces de reflejar algún grado de "cambio psíquico".

Es una escala tipo Likert en donde el sujeto responde en 4 categorías la que se puntúa entre 0 y 4, entregando un puntaje para cada escala. Así, se considera que en puntaje total el punto de corte es de 73 puntos, es decir, si el sujeto obtiene mayor puntaje se supone

que manifestaría desajuste. La escala de síntomas y malestar subjetivo presenta un punto de corte de 43, cualquier puntaje por sobre este indicaría que el sujeto estaría manifestando alto malestar sintomático. Por otro lado, la escala de relaciones interpersonales tiene un corte de 16 puntos, es decir, un puntaje mayor que esto daría cuenta de que el sujeto presentara desajuste en el ámbito interpersonal. Y por ultimo, la escala de rol social, presenta un puntaje de corte de 14, es decir, cualquier puntaje mayor que este indicaría que el sujeto presentaría desajuste en el rol que presenta en el mundo (Lambert et col, 2004)

ANÁLISIS DE DATOS

Los datos se analizaron con el Programa Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS versión 20.0), se realizaron análisis descriptivos de frecuencias y porcentajes. Además, se utilizó la prueba t-Student para comparar los resultados de las dimensiones del cuestionario OQ, en primera y segunda aplicación. Así se obtuvieron indicadores estadísticamente significativos de las variables analizadas.

RESULTADOS¹

CICPSI

Al analizar la muestra general, de aquellos sujetos que respondieron la primera aplicación y de aquellos que respondieron la segunda aplicación por separado, se obtiene lo indicado en la Tabla N°8. Como se puede apreciar, en las medias de la escala total, ambas aplicaciones están con un puntaje mayor al de corte, esto indicaría que aparecería alto malestar en los dos momentos de evaluación. Sin embargo, se apreciaría que en la segunda aplicación habría una disminución que no es significativa. Además, se observa que en las dimensiones de SD y RI, tanto en primera como en segunda aplicación, las medias aparecerían por sobre el puntaje de corte. Sin embargo, en la dimensión de RS, se puede ver que la media en la segunda aplicación aparecería por debajo del puntaje de corte.

Tabla N° 8

	Primera Aplicación (N= 2180)				Segunda Aplicación (N=215) <small>(p<0,001)</small>			
	SD	RI	RS	Total	SD ₂	RI ₂	RS ₂	Tot ₂
Media	63,1	20,3	14,9	98,4	52,3	17,9	12,9*	83,1
Desviación	17,9	4,7	4,7	24,11	23,1	5,1	5,1	31,2
T-student	163,7	198,7	145,9	190,6	35,3	54,8	39,2	41,6

¹ Los puntajes de corte de las escalas, son: SD = 12; RI= 16; RS= 14 y Total = 73

Al realizar el análisis anterior, pero diferenciando por género y por rango de edad (Tabla N°9), se observaría que, si bien las medias totales en la segunda aplicación disminuyeron, aún se mantienen por sobre los puntajes de cortes. Además, se puede observar que, en el rango de 31 a 40 años, aparecería mayor diferencia entre las medias totales de primera y segunda aplicación. Conjuntamente se puede ver en la variable RS, que, aunque en todos los rangos de edad, en la segunda aplicación se obtuvo una media menor al puntaje de corte, en el rango de edad 41 a 59 años se observa la media con el puntaje mas bajo. Además, en el rango menor de 20 años, se observa el puntaje mayor en la variable RS, en segunda aplicación.

Tabla N° 9

Prueba t-student primera y segunda aplicación por rango de edad (p<0,001)								
	<20		21-30		31-40		41-59	
	primera N=166	segunda N=8	primera N=647	segunda N=57	primera N= 395	segunda N= 41	primera N= 367	segunda N=22
SD	63,2	60,6	64,5	53,7	62,8	45,7	64,1	52,5
IR	20,7	17,8	20,6	18,5	20,6	16,9	21,4	18,5
RS	14,8	13,7	15,2	12,7	14,9	12,2	15,2	11,7
Total	98,8	92,2	100,4	85,1	98,4	74,9	100,7	82,8

La variación de las medias entre la primera y la segunda aplicación de

acuerdo al género, se ilustra en la tabla N° 10.

Tabla N° 10

Prueba t-student primera y segunda aplicación por género ($p < 0,001$)				
	Femenino		Masculino	
	primera N=1046	segunda N=65	primera N=580	segunda N=50
SD	64,7	53,9	62,3	53,1
IR	20,9	18,3	20,5	18,2
RS	15,2	12,8	15,1	12,9
Total	100,9	85,1	97,8	84,3

Se aprecia que no habría disminuciones importantes entre los puntajes de primera y segunda aplicación, sin embargo, llama la atención que en la segunda aplicación las medias de RS, en ambos géneros, aparecen bajo el puntaje de corte.

CUN

En la muestra del consultorio universitario, se obtiene lo indicado en la tabla N°11. Se puede observar que las medias de los puntajes totales en la segunda aplicación esta bajo el puntaje de corte, asimismo las medias de las escalas de IR y RS en la segunda aplicación, se encontrarían bajo los

puntajes de cortes respectivos. Conjuntamente, la media del puntaje SD, en la segunda aplicación, se encuentra bajo el puntaje de corte.

Tabla N° 11

	Primera Aplicación (N=167)				Segunda Aplicación (N=68) ($p < 0,001$)			
	SD	RI	RS	Total	SD ₂	RI ₂	RS ₂	Tot ₂
Media	43,8	16,4	13,9	73,9	37,5	15,4	11,5	63,6
Desviación	16,9	8,2	6,4	25,5	17,7	7,4	5,1	25,3
T-student	33,3	25,9	28,5	37,3	17,4	17,3	18,5	20,5

Al analizar la muestra por rango de edades, solo aparecen significativos los rangos de edades, menos de 20 años, entre 21 y 30 años y entre 41 y 59 años (Tabla N°12). Se aprecia que la media según rango de edad, de los puntajes totales en la primera aplicación, se encontraría por sobre el puntaje de corte, excepto el rango de edad "menor de 20" que se encontraría por bajo el puntaje de corte. En la segunda aplicación, se observa que todas las medias se encontrarían por debajo del puntaje de corte. Las medias de la escala IR, se encuentran bajo el puntaje de corte y también disminuirían, aunque no muy significativamente, lo mismo sucedería con la escala RS.

Tabla N° 12

Prueba t-student primera y segunda aplicación por rango de edad (p<0,001)						
	<20		21-30		41-59	
	primera N=18	segunda N=9	primera N=60	segunda N=22	primera N= 47	segunda N=25
SD	40,7	29,2	41,6	33,0	46,5	38,7
IR	15,8	13,1	16,5	14,7		
RS	12,3	8,9	15,5	11,5		
Total	67,2	51,2	74,0	60,9	76,1	65,5

Al hacer la comparación por género (Tabla N° 13) se observa que sólo aparecen significativos los puntajes totales, SD y RS. Así, en la primera aplicación, en la escala total, el género femenino muestra la media de los puntajes por sobre el puntaje de corte y el género masculino bajo el puntaje de corte; sin embargo, ambos géneros muestran sus medias de puntajes de la segunda aplicación en rango bajo el puntaje de corte. También se puede observar que las medias de los puntajes de SD, en mujeres en primera aplicación están sobre el puntaje de corte y en segunda aplicación estaría por debajo el puntaje de corte. En hombres, ambas aplicaciones se encontrarían bajo el puntaje de corte, mostrando igual disminución entre la primera y la segunda aplicación. Conjuntamente se observa, que las medias de los puntajes de RS en ambos géneros estarían, en la

primera aplicación por sobre el puntaje de corte y en la segunda aplicación por bajo el puntaje de corte.

Tabla N° 13

Prueba t-student primera y segunda aplicación por género (p<0,001)				
	Femenino		Masculino	
	primera N= 43	segunda N=43	primera N=25	segunda N=25
SD	50,8	40,2	39,8	33,0
RS	14,5	12,3	13,5	10,1
Total	81,8	67,5	69,2	57,1

Primera y segunda aplicación en la misma muestra

Al realizar el análisis en las mismas personas que respondieron la primera y la segunda aplicación el cuestionario, y estuvieron sometidas a un proceso de psicoterapia, en los centros mencionados. Se obtiene los puntajes entregados en las tablas siguientes

Como se puede ver en la tabla N°14, en la muestra del CICPSI, sólo aparecen cambios significativos en los puntajes de primera y segunda aplicación en las escalas de IR y RS. No apareciendo disminuciones significativas en las escalas total ni de SD.

Tabla N° 15

Tabla N° 14

PRIMERA Y SEGUNDA APLICACIÓN EN LOS MISMOS SUJETOS								
CEIS N= 123								
	Total		SD		IR		RS	
	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª
Media	97,8	93,3	62,1	60,7	20,6	19,1	15,1	13,5*
Desviación	22,6	26,7	17,1	19,7	4,5	4,4	6,1	4,7
T-student	1,492		0,577		2,805		2,378	
sig.	0,138		0,565		0,006		0,019	

Así, aunque en la escala de IR hay un cambio significativo, las medias se mantienen sobre el puntaje de corte, es decir hay disminución del malestar, pero igual hay malestar. Por otro lado, en la escala RS aparece una disminución significativa, es decir los sujetos pasarían de un malestar significativo a un bajo malestar en esta escala.

De la misma manera, se puede observar que en muestra de CUN (tabla N°15), solo aparecen significativas las diferencias entre las escalas total, SD y RS. Así, se observa disminución en la escala total, a un valor bajo el puntaje de corte. En relación a la escala SD, aparece disminución significativa hacia un rango bajo el puntaje de corte. En cuanto a la escala RS, el puntaje disminuiría bajo el puntaje de corte de manera significativa.

PRIMERA Y SEGUNDA APLICACIÓN EN LOS MISMOS SUJETOS								
COTRO N= 68								
	Total		SD		IR		RS	
	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª
Media	77,1	63,6	46,6	37,5	16,5	15,4	14,1	11,5
Desviación	24,6	25,3	16,6	17,7	7,1	7,3	4,9	5,1
T-student	4,698		4,145		1,300		4,262	
sig.	0,000		0,000		0,198		0,000	

Al realizar el análisis por rango de edad en la muestra CICPSI, no aparece cambios significativos. Sin embargo, al realizar este análisis en la comparación por género, se observaría que habría disminución significativa de puntajes en la escala IR en mujeres, aunque ambos puntajes se mantienen por sobre el puntaje de corte. En cambio, en el género masculino, no aparecerían diferencias significativas entre las dos aplicaciones.

En el análisis por rango de edad, en la muestra CUN, aparecen diferencias significativas en las medias de SD, IR, RS y total del rango de edad 21-30. Se observa que el puntaje de SD es alto y no habría diferencias significativas (estadísticamente), sin embargo, en la segunda aplicación el puntaje es más bajo que el puntaje de corte. En las otras escalas habría una disminución significativa y los puntajes de segunda

aplicación se ubicarían bajo el puntaje de corte.

Además, en el rango 41-59 años, aparecen diferencias significativas entre los puntajes de las escalas de SD y total. Siendo el puntaje total el que puntuaría más bajo que el puntaje de corte. En el análisis por género se obtiene que tanto mujeres como hombres presentarían un cambio significativo en las escalas de SD, RS y total. Las mujeres bajarían el puntaje a un rango menor que el de corte, mostrando mejoría en las escalas. Los hombres, por su lado, también mostrarían mejoría en SD, sin embargo, tanto RS como total, aunque hay cambio, se mantendrían bajo el puntaje de corte.

CONCLUSIONES

Como se observa esta investigación es un intento inicial de poder definir las necesidades de nuestros pacientes, las realidades sociales y políticas influyen en quienes, y cómo consultan, por ejemplo, como veíamos actualmente habría un 3% de pacientes que serían inmigrantes (una realidad cada vez mayor en Santiago). Es decir, provienen de otra forma de ver, evaluar, procesar el mundo, para un especialista en Psicoterapia Integrativa EIS esto debe representar un desafío en

el que se replantee, la forma de intervenir. No se puede hacer lo mismo que se hacía hace unos años atrás.

La inmigración es un fenómeno contingente en nuestro país, y la mayoría de los inmigrantes actuales no están en condiciones de costear una atención psicológica particular. Es así, que es esperable que el porcentaje de pacientes extranjeros aumentase a nivel de consultorios en general. Esto impone un nuevo desafío al quehacer del Psicoterapeuta Integrativo, ya que implicaría el poder adaptar las estrategias que son más bien idiosincráticas, a las características y necesidades de nuestra cultura a personas que proviene de otras realidades y culturas, pero que están insertas en la nuestra.

Otro aspecto importante a destacar es que en el consultorio ICPSI el 63,1% de los pacientes recibidos presentarían un nivel de adaptación (Eje V DSM-IV) de Leve - moderado y el 23% estaría en categoría Grave. En el consultorio universitario el 83,6% estaría en categoría Leve-moderado y el 4,4% en categoría grave. Esto implicaría que, en los Consultorios ICPSI, los pacientes que se presentan tienden a ser de un nivel de complejidad mayor que el del consultorio

universitario, esto también es consistente con el nivel de experticia de los profesionales del consultorio ICPSI. Y que, en consultorios universitarios, la mayoría cuentan con criterios de exclusión que permiten filtrar ciertos cuadros más complejos. Y a la vez la atención otorgada es de psicólogos en formación.

En cuanto a la ocupación de los consultantes, en el consultorio ICPSI, la mayoría se ubicaría entre administrativos y profesionales (47,8%), en cuanto al CUN aparece con mayor atención a estudiantes y personas no profesionales, siendo sólo el 21,2% de profesionales y administrativos.

En relación a los resultados obtenidos con la aplicación del cuestionario, se observa que los clientes que consultan, llegan a ambos consultorios con alto malestar sintomático y/o con dificultades tanto en la interacción con otros, como en su rol frente a la sociedad. Y aunque era de esperar que no aparecieran cambios significativos entre la primera y segunda aplicación, pues el tiempo de proceso psicoterapéutico es muy breve para producir cambios significativos, se obtuvo en la segunda aplicación una disminución de los puntajes. Esto podría

indicar que a través del proceso terapéutico se habría producido una mejor adaptación al rol social y habría una mejoría en las relaciones interpersonales. Lo anterior, es coherente con lo que se ha ido realizando en el ICPSI los últimos años, la idea de especificar las variables inespecíficas con el fin de potenciar el cambio en el proceso de psicoterapia. Así, el establecimiento del vínculo terapéutico, que aporta al cambio, también es potenciado con la preocupación de derivar a los consultantes a terapeutas que tengan ciertas características acorde a las necesidades de ellos. Incorporando el trabajo en el vínculo terapéutico, en la motivación del cliente y las expectativas que trae al consultar, lo que se realizaría en las primeras sesiones de psicoterapia. Esto facilitaría la construcción de estímulos efectivos en base a los principios de influencia. (Bagladi, 2003).

Por otro lado, se puede observar que habría mejoría en las interacciones con otros en las mujeres no así en los hombres. Lleva a preguntarse ¿los hombres no cambian en esto o simplemente las estrategias utilizadas no están acorde al mundo de significados y de psicofacturación masculina? Es así,

que la significación en las relaciones con otros puede tener aspectos diferenciales en el género, así lo que es importante en la relación para una mujer puede no serlo para el hombre y viceversa.

A la luz de los resultados se puede reflexionar en torno a las estrategias que se estarían utilizando en los procesos de psicoterapia en los consultorios ICPSI, y cómo se van construyendo las intervenciones, y en si se consideran o no la variable de género. Esto lleva a considerar las diferencias de género al momento de entregar los estímulos en el proceso psicoterapéutico, para que estos sean efectivamente estímulos efectivos que movilicen el sistema psíquico hacia el cambio.

Considerando lo explicado en el párrafo anterior, también parece importante destacar que no aparecerían diferencias significativas en relación al rango de edad. Podría esto estar relacionado con la dificultad, en sujetos adultos, en considerar las diferentes etapas vitales, crisis normativas y no normativas por las que esta atravesando el sujeto. Como estas variables no estuvieron consideradas al momento de realizar los análisis, quizás sería interesante poder realizar análisis considerándolas, para así obtener mayor

precisión y claridad de lo que podría estar sucediendo en dichas etapas.

Otro punto a considerar es la distribución de los rangos de edad, que pueden ser muy arbitrarios y esto influir en los resultados.

Al observar, las tablas N° 14 y y 15, se aprecia que habría diferencias en las escalas dependiendo de dónde sea la muestra. Así en CICPSI las escalas que aparece con cambio, serían las de Relaciones Interpersonales y Rol Social. En la muestra CUN, las que variarían serían la escala Total y SD. Estas diferencias inter centro, pueden deberse a las características de los pacientes y la complejidad de las atenciones que requieren. Así, en el CICPSI, como se mencionó con anterioridad, habría una tendencia a trabajar tanto en las expectativas que el paciente trae como en la motivación a la psicoterapia. En comparación al CUN, en donde los pacientes buscan mayormente ayuda para aliviar síntomas, y como los terapeutas presentan menos experiencia, no se haría el trabajo en la motivación y expectativas de manera sistemática. Estos resultados también pueden ser influenciado por la gravedad de los pacientes. Como se menciona en las tablas 4 y 7, habría diferencia en cuanto

al nivel de gravedad de síntomas y nivel de adaptación al medio, aunque en ambos la gran mayoría de los pacientes se ubican en la categoría moderado, en el CICPSI aparecería un porcentaje mayor de pacientes con categoría “grave” que en el CUN. Esto mismo puede influir en que la variación a nivel sintomático no sea tan significativa en el CICPSI. Sería interesante cruzar los datos con la presencia de diagnóstico en Eje II y con el tipo de diagnóstico. Quizás aquí habría alguna variación interesante, en relación a la presencia de diagnóstico por Cluster.

Otra variable importante a considerar en los resultados diferenciales entre el CICPSI y el CUN es considerar que, al momento de implementar el proceso de psicoterapia, y dadas las características del CICPSI, los procesos psicoterapéuticos pueden estar orientados, en una segunda etapa de psicoterapia, a trabajar con técnicas específicas del enfoque. Es decir, la mayor especificidad en las técnicas propias del EIS puede aportar a que el proceso de psicoterapia sea más efectivo.

Además, habría que considerar que esta investigación es una aproximación a la realidad de quienes consultan por

atención tanto en el ICPSI como en el consultorio universitario, por lo que no es posible generalizar dichos resultados, sin embargo, da algunas luces sobre elementos importantes a considerar para ser más efectivos en las intervenciones.

Para finalizar hay que recordar que ésta es una comparación sólo entre los puntajes de ingreso a psicoterapia y una segunda evaluación que se realizó, en promedio en la sesión 12,5; así, no son resultados de término de terapia sino indicadores de la evolución de procesos en curso. Es por esto que no se puede sacar mayores conclusiones de los resultados, sin embargo, se observa clara direccionalidad de desplazamiento hacia la disminución de los puntajes que los pacientes obtienen, indicando mejoría en síntomas, relaciones interpersonales y adecuación social.

Por otro lado, evaluar resultados en psicoterapia involucra una tarea particularmente compleja y por ello para entregar un real aporte en salud mental, pasa a ser fundamental la investigación y el desarrollo de conocimiento científico que respalde las intervenciones realizadas, datos epidemiológicos y descriptivos de interés y relevancia. En la medida que se pueda ir testando el accionar de los terapeutas integrativos, y

comparar los resultados obtenidos con la aplicación de técnicas propias del EIS y su aplicación a cuadros específicos, se podrá ir potenciando la construcción de estímulos específicos eficaces y que promuevan el cambio.

A la Psicoterapia Integrativa EIS le quedan muchos desafíos, uno de ellos tiene que ver en ir evolucionando y modificando sus intervenciones de acuerdo a las necesidades de la población consultante. Así, la conciencia de este cambio permitirá establecer mejores y más eficientes intervenciones, que se pondrán al servicio del cliente para promover el cambio.

En el plano de evaluar la efectividad de la Psicoterapia Integrativa EIS, sería interesante poder ir especificando las intervenciones propias del EIS y utilizar el OQ antes y después de éstas para así evaluar la efectividad de ellas. Además, poder comparar con procesos de psicoterapia en que no se realicen dichas intervenciones y evaluar antes y después para poder ir especificando la efectividad o no del EIS.

Referencias Bibliográficas

APA. (2013). DSM V. Estados Unidos: Washington DC.

Bagladi, V & Bejer, T. (2015) *Desafíos y Respuestas al Tratamiento de Consultantes en Salud Mental: Un estudio preliminar de resultados en Psicoterapia Integrativa* EIS. Actualizaciones en Psicoterapia Integrativa ACPI VII, 123-131

Bagladi, V. (2003) *Variables inespecíficas en Psicoterapia*. Tesis para optar al grado de Doctor en Psicología. Universidad de San Luis. San Luis, Argentina

De la Parra G, Von Bergen A. (2000) El instrumento OQ45.2 que mide resultados terapéuticos como herramienta de investigación psicoanalítica. En: Revista Chilena de Psicoanálisis 2000; 17 (2): 143-56.

De la Parra G. (2002) Herramientas en la investigación de resultados en psicoterapia y el aporte del instrumento "Outcome Questionnaire". Trabajo presentado en el 5o Congreso Sudamericano de la Society for Psychotherapy Research. Reñaca, 2002.

Fernandez-Alvarez, H., & Opazo, R. (2004). *La Integración en psicoterapia: Manual Practico*. Barcelona, España: Paidós.

Krause, M; De la Parra, G.; Aristegui, R., et col (2006) *Indicadores genéricos de cambio en proceso psicoterapéutico*. Revista Latinoamericana de Psicología, año/vol 38, número 002. Fundación Universitaria Konrad Lorenz, Bogotá Colombia págs. 299-325

Lambert, Michael J.; Morton, Jared J.; Hatfield, Derick; Harmon, Cory; Hamilton, Stacy; et col. (2004). *Administration and Scoring Manual for the OQ-45.2*. American Professional Credentialing Services, L.L.C. Brigham Young University

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

Psicooncología y Modelo Integrativo Supraparadigmático

Tanica Koscina Gutiérrez. *

Abstract

The goal of this paper is to rescue the contributions that the Supraparadigmatic Integrative Model could make to oncological patients, in terms of comprehension and psychotherapy. It begins with a review and a conceptualization of Psycho-Oncology as a discipline; the implication of psychological process in cancer patients, the role of the Psychologist in this matters. Finally, possible interventions – coming from the Supraparadigmatic Integrative Model – involve the 6 basic paradigms, principles of influence as mobilizing concepts, functions of the self system, and non-specific variables.

Keywords: *Psycho-Oncology, Intervention, Cancer, Supraparadigmatic Integrative Model, Paradigm, Principles of Influence, Mobilizing Concepts, Self System, non-specific Variables.*

Resumen

El objetivo de este trabajo es justificar el aporte que podría significar el Modelo Integrativo Supraparadigmático a la Psicooncología como una alternativa en el abordaje de pacientes oncológicos en términos de comprensión e intervención psicológica. Se realiza una revisión de la historia y conceptualización de la psicooncología como disciplina; las implicancias y proceso psicológico de pacientes con cáncer, el rol del psicólogo en esta disciplina y, por último, un análisis desde una posible aplicación desde el Modelo Integrativo Supraparadigmático; centrandose principalmente en los paradigmas, principios de influencia, conceptos movilizados, funciones del sistema self y variables inespecíficas.

Palabras claves: *Psicooncología – Intervención - Cáncer – Modelo Integrativo Supraparadigmático-Paradigma – Principios de influencia – Concepto Movilizador- Sistema Self – Variables Inespecífica*

AcPI, 8: 28-57.

· Psicóloga Universidad del Mar. Posttítulo Psicoterapia Integrativa, Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa (ICPSI). contacto: tanicakoscina@yahoo.es

Introducción

El cáncer es una de las principales causas de mortalidad y el número total de casos está aumentando en todo el mundo. La situación epidemiológica de mortalidad en Chile en el año 2010, muestra que el cáncer ocupa el segundo lugar dentro de las causas de muerte. (Roco A., Quiñones L., Acevedo C. & Zagmutt O., 2010). (). Este aumento está asociado a cambios en los modos de vida y a la exposición a factores de riesgo (Ministerio de Salud, 2012)

El proceso psicológico en personas que tienen cáncer es difícil y complejo, ya que la vida del paciente y la de su círculo cercano se ve afectada en todas sus esferas. Existe un cambio y redefinición en la dinámica de las funciones y rol que la persona y su familia solían tener previo al desarrollo de la enfermedad. La no intervención y abordaje de la dimensión psicológica en pacientes oncológicos es comprender e intervenir desde una postura reduccionista y poco integral de la enfermedad. El lidiar con el cáncer y no contener los aspectos emocionales que puedan surgir durante el proceso, puede desencadenar el desarrollo de diversas patologías psicológicas, lo que a su vez podría incidir de manera

desfavorable en la vivencia de esta experiencia de vida.

El objetivo de este trabajo es justificar el aporte que podría significar el Modelo Integrativo Supraparadigmático a la Psicooncología como una alternativa en el abordaje de pacientes oncológicos en términos de comprensión e intervención psicológica. Se comenzará por una revisión de la historia y conceptualización de la psicooncología como disciplina; las implicancias y proceso psicológico de pacientes con cáncer, el rol del psicólogo en esta disciplina y por último un análisis desde una posible aplicación desde el Modelo Integrativo Supraparadigmático, poniéndose énfasis principalmente en los paradigmas, principios de influencia como conceptos movilizadores, funciones del sistema self y variables inespecíficas.

Historia de la psicooncología

A principios de 1800, el diagnóstico de cáncer era sinónimo de muerte. Al no existir una causa ni cura conocida, la sintomatología presentada por personas que padecían esta enfermedad, muchas veces se asociaba a “posesiones demoniacas”. Otro aspecto difícil de abordar, lo constituía la comunicación del diagnóstico de la enfermedad, ya que

además de ser considerado “cruel”, existía el miedo a que el paciente no pudiera hacer frente a este acontecimiento. Sólo la familia era informada de esta situación. (Robert, V., Álvarez, C. & Valdivieso, F., 2013)

En la misma época se funda el primer centro oncológico privado *Memorial Sloan Kettering Cancer Center* para la realización de investigaciones. En 1937 se funda el primer *Instituto Público Nacional del Cáncer* en EEUU. (Robert, V., Álvarez, C. & Valdivieso, F., 2013)

En 1948, Faber informó los primeros casos de remisiones temporales de leucemia aguda infantil y Hodking. A partir de esto, comienza una búsqueda activa de fármacos quimioterapéuticos, evidenciándose la primera cura con quimioterapia en la década de 1950. Este tipo de intervención se va complementando con cirugía y radioterapia como tratamiento del cáncer. (Robert, V., Álvarez, C. & Valdivieso, F., 2013)

Estos nuevos tratamientos generan mayor optimismo y un nuevo interés sobre los efectos a largo plazo del cáncer. Se comienza también a tomar en consideración la autorización del paciente sobre su tratamiento, abriéndose con esto un canal de comunicación sobre el diagnóstico entre médico y paciente. (Robert, V., Álvarez, C. & Valdivieso, F., 2013)

Respecto del apoyo psicológico, el único soporte lo constituían grupos de apoyo entre los mismos pacientes, quienes compartían sus vivencias y se acompañaban en el proceso de enfermedad. Los primeros profesionales en atender el aspecto psicológico y social de los pacientes y sus familias, fueron los trabajadores sociales y las enfermeras, abriéndose con esto las primeras investigaciones en la psicooncología. (Robert, V., Álvarez, C. & Valdivieso, F., 2013)

Los primeros estudios de adaptación psicológica al cáncer abordaron aspectos de comunicación y manejo del sentimiento de culpa (Hospital General de Boston, Massachusetts, 1950). (Almanza-Muñoz, J. & Holland C J., 2000)

En 1955 el grupo psiquiátrico del Hospital de Massachusetts y el grupo de investigación psiquiátrica del centro de cáncer *Memorial Sloan Kettering* de Nueva York, realizaron los primeros informes de adaptación psicológica al cáncer y su tratamiento. Estos grupos comienzan a forjar lazos de investigación con cirujanos, radioterapeutas y oncólogos, estableciéndose de a poco las bases para el nacimiento de la psicooncología. (Robert, V., Álvarez, C. & Valdivieso, F., 2013)

Otro aspecto que contribuye al interés por las dificultades psicológicas relacionadas al cáncer, fue la obra de la doctora Elizabeth Kubler Ross en la década de 1960, quien desafía a médicos y enfermeras a hablar abiertamente a sus pacientes de la muerte y a escuchar sus inquietudes. (Robert, V., Álvarez, C. & Valdivieso, F., 2013)

La especialidad de la Psicooncología se inicia a mediados de 1970, cuando se rompe la barrera para comunicar el diagnóstico de cáncer y de las implicancias de la enfermedad en la vida de la persona. Esta especialidad logra consolidarse como área independiente en las últimas tres décadas, haciéndose necesaria e importante debido a las alteraciones a nivel psicológico que provoca la enfermedad. (Robert, V., Álvarez, C. & Valdivieso, F., 2013)

La Dra. Holland se considera como la fundadora de la Psicooncología. En los años setenta define los aspectos psicológicos y psiquiátricos, sociales y de comportamiento del cáncer. En 1977 crea la primera unidad de Psicooncología del mundo. La consolidación de este servicio de psiquiatría, el *Memorial Sloan Kettering* de Nueva York, incorpora cuidado clínico, enseñanza e investigación, lo que marca el

establecimiento de esta disciplina. A su vez se fortalece con la fundación de la sociedad internacional de psicooncología en 1984 y de la sociedad americana de oncología psicosocial y conductual y SIDA en 1988. (Almanza M., Straker N. & Holland J., 1999)

En 1999 se establecen las bases del servicio de medicina integral del MSKCC, un programa destinado a mejorar la calidad de vida de los pacientes con cáncer y sus familias, así como del personal sanitario. En 1998, la AFCOS (American Federation Of Clinical Oncologic Societes) publica una declaración de consenso en la que se establece la necesidad de un equipo multidisciplinario de atención al paciente con cáncer que incluye los servicios psicosociales y los cuidados paliativos. (Sanz J. & Modolell E., 2004)

Psicooncología

La Psicooncología es una subespecialidad de la oncología cuyo objetivo es atender el aspecto emocional del paciente en todas las fases de la enfermedad, de sus familiares y del personal del área médica que les atiende. Por otra parte, se encarga del estudio de los factores psicológicos, conductuales y sociales que influyen en la morbilidad y

mortalidad del cáncer. (Robert, V., Álvarez, C. & Valdivieso, F., 2013). Es entendida como la influencia de los factores psicológicos sobre la aparición del cáncer y su evolución, así como también el estudio de las reacciones psicológicas del paciente oncológico, su familia y personal asistencial, a lo largo de todo el proceso de la enfermedad. (Bañados B. & Tamblay A., 2004). El objetivo principal de la Psicooncología es el estudio y cuidado de los aspectos psicosociales del paciente oncológico. Estos aspectos incluyen el manejo de la familia y equipo médico y por otra parte los factores psicológicos, conductuales y sociales que inciden en la aparición del cáncer en su progresión (Dimensión psicobiológica). (Almanza-Muñoz J., Holland C J. (2000). Esta disciplina permite ofrecer soporte a los pacientes afectados de cáncer y profesionales de la salud, ayudando a manejar los cambios que generan a lo largo de la enfermedad. (Malca S. B., 2005)

Hoy en día la psicooncología ha mostrado una expansión que abarca prevención, riesgo genético, aspectos de supervivencia y adaptación a largo plazo, además del cuidado clínico y el manejo de la comunicación médico-paciente. (Malca S. B., 2005). J.C Holland define las dos grandes dimensiones psicológicas a

abordar por la Psicooncología. Una es atender la respuesta emocional de pacientes, familiares y de las personas encargadas del cuidado del paciente a lo largo del proceso de la enfermedad. Otra es detectar e intervenir los aspectos de comportamiento, factores psicológicos y sociales que puedan incidir en la mortalidad (supervivencia) y morbilidad (calidad de vida) de los pacientes. (Sanz J. & Modolell E., 2004).

El enfoque de atención de la Psicooncología se puede dividir en dos áreas: enfoque **reactivo** y enfoque **proactivo**. El primero, ya consolidado históricamente, se orienta a brindar apoyo para sobrellevar la enfermedad oncológica; sicoprofilaxis de los tratamientos, manejo del dolor, asistencia al paciente en etapas avanzadas de la enfermedad, elaboración del duelo, así como asesoría y apoyo a la familia y al equipo de salud. El segundo se orienta en restituir la salud de la persona que presenta la enfermedad o prevenir su aparición; colaboración con el paciente en el proceso para descubrir las características de su estilo de vida que pudo haber incidido en el desarrollo de la enfermedad y por otra parte capacitación y prevención de esta, promoción de la salud en la comunidad, desarrollo de auto responsabilidad hacia la propia salud. Este segundo término ha sido

acuñado en el “Centro de Desarrollo de la Persona” en Chile y se basa en el modelo teórico desarrollado en este mismo, creado por Jens Bucher cocreador junto a Jennifer Middleton. (Bañados B. & Tamblay A., 2004)

Middleton refiere que una actitud **proactiva** es parte esencial en un proceso de recuperación o de prolongación de la vida. Participar en forma activa en la detección de modelos de alto riesgo cancerígeno y contribuir a la reversión oportuna. (Middleton J., 2002)

El cáncer es un proceso multifactorial e interdisciplinario, en el que la atención del paciente amerita una comprensión y abordaje integral, es por ello que resulta esencial la existencia de la Psicooncología como disciplina. No obstante, la anamnesis actual se limita a obtener la historia biológica, olvidándose de la historia biográfica del paciente. Se conoce como funciona cualquier órgano del cuerpo, pero se desconoce el estado psicológico de la persona. La enfermedad es experimentada de manera distinta por cada ser humano, de acuerdo a sus características de personalidad, familia y/o relaciones sociales. Estos aspectos la constituyen en un proceso individual. El personal sanitario se preocupa de las dolencias físicas,

descuidando muchas veces la reacción emocional de sus pacientes. La práctica clínica además de abordar el cuidado físico, consiste también en atender el estado mental, emocional y espiritual de la persona. La atención médica no suele caracterizarse por ser emocionalmente muy inteligente. Todos los componentes del ser humano quedan afectados y cada uno de ellos demanda sus propias necesidades. El médico se refiere a la evolución de los síntomas y progresión de la enfermedad, pero escasamente profundiza en los sentimientos de la persona (Sanz J., Modolell E., 2004)

Las perspectivas futuras en Psicooncología giran en torno a consolidar altos estándares de cuidado psicosocial. Es esencial el fortalecimiento de los programas de enseñanza y entrenamiento. En el ámbito académico la meta es su fortalecimiento curricular tanto a nivel de pregrado como de posgrado (Almanza-Muñoz, J., Holland C J., 2000).

También es vital el desarrollo y consolidación del abordaje de las distintas disciplinas involucradas en oncología, no sólo en un contexto multidisciplinario, sino que inter o transdisciplinario. Alvarado, Genovés y Zapata (2009), definen este último concepto como una relación

recíproca caracterizada por actividades de cooperación, interdependencia, intercambio e interpenetración, en donde lo medular es el diálogo y respeto mutuo entre las distintas disciplinas en el abordaje del proceso de conocimiento.

Alvarado, Genovés y Zapata (2009) mencionan: *“las especialidades han llegado a ser atendidas como súper y/o hiperespecialidades; con el riesgo muy alto de seccionar, parcializar y frecuentemente limitar el manejo integral, debido a la falta del intercambio conceptual, técnico y estratégico entre las disciplinas, a través de las disciplinas y más allá de toda disciplina. Luego entonces para una atención integral, de cooperación, interdependencia, intercambio, interpenetración e interconectada, si o sólo sí podrá referirse como una atención transdisciplinaria”*. (p. 49)

Hoy en día, aún esta poco desarrollada esta forma de comprender y abordar la enfermedad. Si bien es cierto se ha avanzado considerablemente en la consolidación de una disciplina orientada a la atención de la dimensión psicológica en pacientes oncológicos, no todos los programas de intervención incluyen dentro de su equipo médico a un profesional del área de la salud mental con especialidad en

el tema. Si es así, generalmente se trabaja de manera multidisciplinaria, aportando cada uno de manera individual, desconectada y desfasada del proceso al no existir una discusión de caso. Respecto de la misma idea, Jennifer Middleton, Psicooncóloga chilena y el estudio de Rudy en Córdoba Argentina (s.f) citados en Bañados B., Tamblay A. (2004) concluyen que ni psicólogos ni médicos tienen claridad del campo de acción del Psicooncólogo. El equipo médico lo concibe como un apoyo y canalizador de los aspectos humanos inmanejables por ellos cuando la situación se desborda. Por su parte, los Psicólogos sólo hacen referencia al rol de contención que cumplirían para el paciente, su familia y el equipo médico”.

Generalmente si el paciente requiriera de este tipo de atención, tiene que consultar a un profesional externo al equipo médico que lo atiende. Esta modalidad tiene como desventaja la inexistencia de un trabajo coordinado e interdisciplinario entre todos los profesionales involucrados en la atención del paciente.

Esta necesidad es atendida por familiares y/o amigos de la persona, quienes no tienen el conocimiento ni la experiencia para lidiar con este complejo proceso que también los afecta y aqueja. El

rol de la figura de cuidado también es enormemente desgastante e implica paciencia, tolerancia y conocimiento de las posibles respuestas emocionales del paciente tanto en su secuencia, intensidad y frecuencia.

Definición del cáncer

El cáncer es una enfermedad degenerativa multifuncional, en que algunas células del cuerpo proliferan de manera incontrolada, originando problemas en su lugar de origen o en otros órganos. Un grupo de células, componentes básicos del cuerpo humano, desobedece y escapa a los mecanismos de control de crecimiento normal y ordenado del organismo. Las células cancerosas crecen y se multiplican cuando no deberían hacerlo, cruzan las barreras de los tejidos sanos invadiéndolas y viajando a través de la corriente sanguínea o del sistema linfático. (Bañados B., Tamblay A., 2004)

El cáncer es un grupo de enfermedades con localización, clínica y evolución diferentes, pero con fundamentos biológicos comunes: un crecimiento y proliferación rápida e ilimitada de células, que invaden los tejidos del cuerpo y que se extienden desde el sitio de origen hacia las

áreas distantes del cuerpo generando metástasis. (Bañados B., Tamblay A., 2004)

El concepto cáncer es un término genérico que implica un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del organismo (OMS, 2015).

Etiología del cáncer

La Sociedad Chilena de Psicooncología reconoce cinco dimensiones que influyen en la aparición de un cáncer: La predisposición genética, la causalidad medio ambiental (exposición a cancerígenos), la causalidad conductual (tabaquismo, sobre-exposición solar, etc.), la causalidad social (mala alimentación, falta de educación, etc) y la causalidad psiconeuroinmunológica (“Inmunosupresión Psicobiológica”. Estrés excesivo, depresión, inhibición emocional, etc.) (Bañados B., Tamblay A., 2004).

Respecto de esta última dimensión, hoy en día existen diversas teorías y autores que subrayan la incidencia de ciertos estados psicológicos y/o vivencias de ciertas experiencias que generan un impacto tan profundo en la persona, que podría gatillar como respuesta, cierta vulnerabilidad biológica a desarrollar ciertos tipos de cánceres, pero aún es un tema de controversia en la comunidad médica y

científica, contando con detractores y adherentes.

La OMS (2015), a través de su Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer, establece que estas alteraciones son el resultado de la interacción entre los factores genéticos del paciente y tres categorías de agentes externos. La primera obedece a carcinógenos físicos, como las radiaciones ultravioleta e ionizantes. La segunda a carcinógenos químicos, como los asbestos, los componentes del humo de tabaco, las aflatoxinas (contaminantes de los alimentos) o el arsénico (contaminante del agua de bebida) y por último están los carcinógenos biológicos, como las infecciones causadas por determinados virus, bacterias o parásitos.

El envejecimiento es otro factor fundamental en la aparición del cáncer. La incidencia de esta enfermedad aumenta muchísimo con la edad, muy probablemente porque se van acumulando factores de riesgo de determinados tipos de cáncer. La acumulación general de factores de riesgo se combina con la tendencia que tienen los mecanismos de reparación

celular a perder eficacia con la edad (OMS, 2015).

Tratamientos

Los tratamientos generan diversas alteraciones y reacciones emocionales, afectando en todo sentido a la persona; área social, psicológica, somática y familiar. Los procedimientos más emblemáticos corresponden a la cirugía, radioterapia y quimioterapia. La intervención a través de una cirugía dependiendo de su localización, puede representar la pérdida de una función, órgano o miembro. La radioterapia al implicar contacto con una máquina, suele generar reacciones de carácter más bien ansioso. La quimioterapia por todos sus efectos secundarios es normalmente mal tolerada física y psicológicamente (García-Camba 1999 citado en Fernández C, Bastos A., 2011).

Diagnóstico

La comunicación del diagnóstico de cáncer es una situación muy compleja. No obstante, es una información prioritaria y fundamental. En los años sesenta la mayor parte de los médicos tendían a informar escasamente o no informar a los pacientes de su enfermedad. Estos últimos años esta modalidad ha cambiado, ya que la persona tiene todo el derecho a saber la condición de salud en la que se encuentra. Es vital

informar el diagnóstico, fase de evolución y características clínicas, así como el tipo de tratamiento que se va a realizar con sus respectivos efectos secundarios (Bañados B., Tamblay A., 2004).

Es importante determinar de que manera se va a comunicar la información y en que contexto. (Almanza-Muñoz, J., Holland C J., 2000). *“El efecto traumático del diagnóstico se produce en el plano psicológico, dando lugar a momentos llenos de incertidumbre y tensión, a la vez que se dan reacciones de desajuste y reajuste. La intensidad de estas reacciones varía en función de las características personales, de la enfermedad y de los tratamientos que se aplican para su control”* (García-Camba 1999, citado en Fernández C, Bastos A., 2011, p. 189).

Trastornos psicológicos identificados en el cáncer

La dimensión psicológica es parte esencial en todos los estadios del cáncer. Cualquier dificultad en este ámbito incide fuertemente en como se vivencia la enfermedad y en la adherencia al tratamiento. Se ha propuesto el uso de la palabra distrés para la comprensión de este aspecto, la cual es definida como “una experiencia emocional displacentera que

interfiere con la habilidad de afrontar efectivamente el cáncer y su tratamiento” (Almanza-Muñoz, J., Holland C J., 2000).

El distrés debe ser detectado y tratado oportunamente, ya que su exceso o mal manejo podría ocasionar trastornos psiquiátricos relevantes (Robert, V., Álvarez, C. & Valdivieso, F., 2013)

La población oncológica es significativamente más prevalente en trastornos depresivos en contraste con la población normal. Se ha descrito que alrededor del 15% a un 40% de los pacientes desarrolla ansiedad o depresión clínica (Sheard 11 citado en Robert, V., Álvarez, C. & Valdivieso, F., 2013)

Se ha podido observar que un porcentaje significativo de pacientes tiene trastornos depresivos y trastornos ansiosos luego del diagnóstico y aún más significancia en el caso de recurrencia de enfermedad (Burgers 12 citado en Robert, V., Álvarez, C. & Valdivieso, F., 2013). El NCCN (National Comprehensive Cancer Network) citado en Robert, V., Álvarez, C. & Valdivieso, F., (2013) dentro de sus recomendaciones ha sugerido evaluar a todos los pacientes con cáncer regularmente considerando el distrés

psicológico como parte de una rutina del cuidado.

Intervención, fases y rol del psicooncólogo.

El rol del Psicooncólogo varía en función a la etapa de la enfermedad en la que se encuentre el paciente. Estas fases se dividen principalmente en tres; prevención (educación de la población en la enfermedad), intervención terapéutica y rehabilitación y cuidados paliativos (Malca S. B., 2005).

Bañados B. y Tamblay A. (2004). Agregan el cuidado del equipo de salud que consiste en apoyar el autocuidado de este y entregar herramientas para la optimización de la energía en el trabajo.

Por otra parte, se distinguen las siguientes fases:

Fase de diagnóstico. Etapa caracterizada por un fuerte impacto psicológico. El rol del psicooncólogo es orientar y prestar apoyo emocional al paciente y su familia a través de folletos educativos o presentación de grupos de apoyo, facilitar la percepción de control sobre el diagnóstico informado y/o derivación en caso de que sea necesario. (Rojas, 2006)

Fase de tratamiento. Esta etapa es el comienzo de una serie de cambios en todos los aspectos de la vida del paciente. Los efectos secundarios dependerán de la clase de tratamiento, del tipo de cáncer, de la evolución de la enfermedad y características personales del sujeto. El rol del psicooncólogo es promover y potenciar estrategias de afrontamiento (vivencia de las diferentes etapas de duelo, establecimiento de redes de apoyo social, etc.) y adaptación frente a esta nueva realidad. (Rojas, 2006) Es en esta fase de tratamiento cuando la persona puede presentar alteraciones en la imagen corporal, disfunciones en el ámbito sexual, fobias relacionadas a aspectos específicos del tratamiento, malestar físico, ansiedad, entre otros. Por lo mismo es importante generar además adherencia al tratamiento.

Fase de intervalo libre de la enfermedad. Esta fase esta caracterizada por la realización constante de controles médicos, fuente significativa de estrés. Es importante la facilitación de la expresión de miedos y preocupaciones, así como también proporcionar estrategias de incentivo para la realización de diversos planes y actividades, de manera de retornar poco a poco a su cotidianidad (Malca S. B., 2005).

Fase de Supervivencia. Se abordan todas las posibles secuelas físicas, sociales y psicológicas que se hayan podido presentar, así como también se trabaja en la reincorporación gradual del paciente a todas sus actividades (Malca S. B., 2005).

Fase de Recidiva. Esta etapa se caracteriza por la reaparición de la enfermedad. El impacto de esta noticia puede ser aún más fuerte que el diagnóstico inicial. El objetivo en este periodo es abordar y tratar las alteraciones a nivel emocional que se puedan presentar tanto en el paciente como en la familia y trabajar en la adaptación al nuevo estado patológico. (Malca S. B., 2005).

Fase final de la vida. El sentido del tratamiento en esta fase es paliativo. Las reacciones emocionales en este periodo suelen ser bastante intensas, la intervención del psicooncólogo se orienta al apoyo emocional, control del dolor y síntomas físicos, toma de decisiones y afrontamiento. Fundamental para muchos pacientes es apoyarse en la religión, la fé y la espiritualidad, por tanto, es importante abordar y reconducir estos aspectos. En esta etapa se acompaña al paciente en el proceso de morir y a su familia en la elaboración del duelo. (Malca S. B., 2005).

Rojas (2006) refiere que la Psicooncología contempla diversas técnicas para abordar sus intervenciones:

Psicoeducación: charlas orientativas, folletos informativos, asistencia a grupos de apoyo formado por pacientes y ex pacientes, parejas o familiares directos.

Consejería: reuniones individuales con personal de salud entrenado, para dar respuestas específicas a las distintas necesidades del paciente y familia directa.

Terapia grupal: indicada para pacientes y/o sus cónyuges o parejas. Dirigida a tratar dificultades individuales y/o de pareja que se potenciaron a raíz del diagnóstico y tratamiento del paciente.

Terapia individual: indicada para pacientes que presentan problemas psicopatológicos que se potenciaron o aparecieron a raíz del diagnóstico y tratamiento del cáncer.

En Robert, V., Álvarez, C., Valdivieso, F. (2013), se mencionan los siguientes objetivos de intervención psicooncológica en el proceso general de la enfermedad:

- Apoyar y acompañar al paciente y a la familia a lo largo del proceso de la enfermedad.
- Facilitar la canalización adecuada de las emociones.
- Derribar el mito en relación a las causas del cáncer a la personalidad o emocionalidad del paciente.
- Facilitar la significación de la enfermedad, para encontrarle un sentido personal y así resignificar las experiencias vitales de la persona.
- Fomentar en lo posible que el paciente se mantenga activo en cuanto a su rutina y en la toma de decisiones en relación a su tratamiento, con el fin de aumentar la

- autonomía y sensación de control sobre si mismo.
- Permitir un espacio de contención en que el paciente pueda expresar sus miedos y fantasías, emociones y preocupaciones diversas.
- Fomentar la comunicación entre el paciente y su familia.
- Determinar y hacer consciente los recursos del paciente para favorecer el abordaje de las dificultades que se puedan presentar durante su enfermedad y tratamiento.
- Pesquisar estrategias de afrontamiento presentes en la historicidad del paciente y potenciarlas adaptativamente frente al proceso de enfermedad.
- Facilitar la comunicación entre el equipo médico, la persona y su familia, con el fin de potenciar el buen manejo en la entrega de información hacia el paciente.
- Validar y normalizar los procesos afectivos implicados en las fases del duelo oncológico.
- Validar y empatizar con las emociones complejas emergentes en el paciente en su proceso de enfermedad.
- Facilitar la formación de grupos y actividades de apoyo.
- Informar sobre métodos estratégicos para manejar la ansiedad tales como; relajación muscular, reiki, yoga, hipnosis, etc.

El rol que cumpliría el Psicooncólogo sería:

- Proporcionar apoyo psicológico a los pacientes en todas las etapas de la enfermedad: diagnóstico, tratamiento, periodo libre de la enfermedad, recidiva y final de la vida.
- Potenciar estrategias de afrontamiento, que permitan ayudar a la adaptación a la enfermedad del paciente y su familia.
- Prevención de Burnout y autocuidado personal de salud.
- Desarrollo de tareas de investigación relacionadas con la problemática del cáncer.

- Sugerir el momento adecuado para disponer asistencia espiritual o religiosa a los pacientes.
- Impulso y coordinación de actividades complementarias.
- Coordinación voluntariado de apoyo en oncología formado por pacientes dados de alta y familiares que expresen el deseo de ayudar. (Robert, V., Álvarez, C., Valdivieso, F., 2013)

Psicooncología y Modelo Integrativo

El cáncer es un proceso multifactorial e interdisciplinario, en el que la atención del paciente merece una comprensión y abordaje integral. Es importante incorporar la integración en los diversos niveles que implica el abordaje de esta enfermedad, y uno de estos niveles es la dimensión psicológica, la cual amerita una mirada holística respecto de su comprensión e intervención.

La Psicooncología es una disciplina que aún está en proceso de inmersión en los equipos médicos como parte de un trabajo interdisciplinario. Para esto es importante contar con un modelo de intervención estándar, que permita a esta disciplina contar con un ordenamiento a nivel teórico y pragmático.

Es en este marco, que la propuesta del Modelo Integrativo podría significar un gran aporte a la Psicooncología. Este trabajo

hará el énfasis de esta contribución, en la comprensión y abordaje de los aspectos psicológicos de pacientes oncológicos y su familia. Sin embargo, sabemos que la prevención, la intervención con el equipo médico y la generación de nuevas investigaciones en este campo también son parte esencial de esta disciplina y juegan un rol fundamental en el desarrollo y evolución de esta.

Referente a la línea investigativa, en Robert, V., Álvarez, C., Valdivieso, F., (2013) se menciona que “las intervenciones psicológicas realizadas por un equipo de trabajo bien entrenado se han mostrado beneficiosas para el paciente, promoviendo un mejor ajuste psicosocial, bienestar y calidad de vida” (p.681) Sin embargo, no se menciona cuáles variables del proceso psicoterapéutico son las que favorecen mayor bienestar y una mejor calidad de vida en personas que sufren de cáncer. Estas variables pueden obedecer a aspectos teóricos, pragmáticos y/o a variables inespecíficas del proceso psicoterapéutico, concepto último, que más adelante será mencionado.

El Modelo Integrativo *“Delimita que se considerará conocimiento válido y contribuye a detectar las áreas útiles a investigar. Establece criterios para evaluar*

los datos y posibilita un ordenamiento y una contextualización de los resultados de la investigación” (Opazo R. 2001, p70.)

Previo a referirme a los aportes del Modelo Integrativo Supraparadigmático en la comprensión e intervención psicológica de pacientes oncológicos, quiero hacer hincapié en esta idea:

“Debido a que los pacientes, como personas únicas e individuales, varían en cuanto a personalidad, forma de ser, historia, etapa del ciclo vital en la que se encuentran, diferentes tipos de cáncer, estadio de evolución del mismo, distintos tipos de tratamiento, con sus respectivos, distintos y variados efectos secundarios, distinta duración, frecuencia y muchas otras variables a considerar, es que se hace imposible un patrón estándar de intervención psicosocial en oncología” (Robert, V., Álvarez, C., Valdivieso, F., 2013, p. 681.)

Como se refiere, es vital establecer un patrón estándar de abordaje psicológico en oncología, sin embargo, para establecer este patrón, es fundamental comprender que, si bien es cierto, todas las personas somos distintas, compartimos principios reguladores que nos permiten establecer un diagnóstico para la comprensión de las

problemáticas psicológicas y directrices de acción respecto de la intervención psicoterapéutica. Si nó, no sería posible la existencia de la Psicología como disciplina.

Si fuéramos todos absolutamente distintos, *“sólo tendríamos la maleabilidad como elemento común”* (Opazo R. 2001, p 133.)

Opazo, R. (2001) menciona que compartimos una biología común, lo cual nos lleva a compartir también principios regulatorios. *“Si cada persona constituyera una unidad totalmente distinta, no existiría bien común que preservar no podríamos vivir en sociedad, con cada paciente comenzaría todo de nuevo”* (p.133)

“Si la dinámica psicológica fuera azarosa, no sería posible descubrir regularidades ni reguladores; se haría imposible predicción alguna y cualquier estudio científico al respecto” (Opazo R. 2001, p. 79)

“El compartir una especie, lleva a los seres humanos a compartir una forma de reaccionar ante algunas influencias, esto es a pesar de las diferencias entre las personas y de lo idiosincrático del proceso de significación” (Opazo R. 2001, p. 235)

¿Por qué el Modelo Integrativo Supraparadigmático puede ser un aporte en la comprensión e intervención de dificultades psicológicas en pacientes oncológicos?

En términos de comprensión, abordaje y tratamiento de dificultades psicológicas, el Modelo Integrativo Supraparadigmático obliga a mirar los 360 grados de la dinámica psicológica, aportando una mayor neutralidad comparativa, debido a la integración de diversos paradigmas. Esta modalidad podría aportar mayor profundidad a la comprensión, contribuyendo al cambio para una mejor calidad de vida en pacientes oncológicos, ya que otorga una teoría comparativamente más completa, ajena a reduccionismos de la dinámica psicológica (Opazo R. 2001).

El modelo sólo integra paradigmas que han sido estudiados ampliamente, que están conceptualizados con precisión y que se respaldan en evidencias efectivas en términos etiológicos, predictivos y en términos de estrategias de cambio (Opazo R. 2001).

Es así como el modelo integrativo integra los **paradigmas biológico, ambiental /conductual, cognitivo, afectivo, inconsciente y sistémico.**

El modelo está neutralmente abierto a los méritos y aportes de cada uno de los seis paradigmas integrados. Tampoco se pretende que los seis paradigmas hagan aportes equivalentes en cada desajuste y en cada paciente sean estos etiológicos o terapéuticos. Establece la necesidad de rescatar diferencialmente los aportes teóricos y clínicos de cada paradigma, según los aportes específicos en cada caso configurando esos aportes en el marco de la totalidad integrada aportada por el modelo (Opazo R. 2001).

El modelo integrativo Supraparadigmático no constituye una sumatoria de paradigmas inconexos, es una unidad funcionalmente relacionada y comunicada. El modelo integra modalidades causales lineal y circular. El **eje integrador del modelo** es el **sistema SELF** el cual es el punto de confluencia de los paradigmas. El sistema Self organiza modifica e interpreta la experiencia, y puede ser a su vez cambiado por ésta (Proceso activo) (Opazo R. 2001).

El **sistema Self** recibe estímulos externos e internos. El estímulo externo aporta la materia prima que fija los límites al proceso de significación. Los estímulos internos pueden deberse a la influencia de

los diversos **paradigmas** y/o respectivos **principios de influencia (influencias que operan de un modo similar para la “especie”, hacia los mismos efectos, es decir que habitualmente movilizan a los seres humanos en la misma dirección)**, los cuales llevan al sistema Self a interpretar la experiencia de determinada manera. Este proceso interno de psicofactura, que culmina en estímulo efectivo, es diferente en cada persona, y puede movilizar conductas abiertas o producir efectos a niveles afectivos, cognitivos o inconsciente (Opazo R. 2001).

A su vez, el sistema Self tiene distintas funciones; la **función de toma de conciencia**, la **función de identidad**, la **función de significación**, la **función de auto organización**, la **función de búsqueda de sentido** y la **función de conducción de vida** (Opazo R. 2001).

Proceso Psicooncológico y las funciones del sistema Self.

Histórica y culturalmente el cáncer se relaciona con dolor y muerte. *“La presencia del cáncer es un evento asociado a la idea de muerte, incapacidad, desfiguro físico, dependencia y disrupción de la relación con otros”* (Almanza-Muñoz, J., Holland C J. 2000, p197)

La adaptación al cáncer está influida por la sociedad, el paciente y la propia enfermedad. Factores tales como la personalidad, religiosidad, historia del cáncer en la familia y experiencias traumáticas inciden en esta adaptación, así como también el tipo de cáncer, su estadio, sintomatología y pronóstico (Almanza-Muñoz, J., Holland C J. 2000)

La experiencia de esta enfermedad, produce un gran impacto en la dinámica psicológica o **Sistema Self** de la persona, afectando todas las funciones de éste. Debido a esto y a lo complejo de su diagnóstico y tratamiento, recibir la noticia de que se tiene cáncer es un acontecimiento que impacta profundamente la integridad de la persona.

Es probable que el cáncer sea una de las experiencias más complejas que una persona pueda vivir. Ante este diagnóstico la persona comienza a plantearse la muerte como un proceso cercano e inminente. Este suceso genera una reestructuración en todos los aspectos de la vida de la persona y cambios rotundos en las actividades diarias y dinámica personal y familiar del paciente.

La función de **toma de consciencia** tiene relación con los focos del darse cuenta: ¿Qué me pasa? ¿Cuál es mi

capacidad de observación e introspección frente a esta experiencia? ¿Cuáles son mis límites y/o capacidad de control frente a esto? ¿Cuál es mi historia previa y posterior a este impacto? ¿Cómo es mi entorno, cuento con redes de apoyo que me contengan? ¿Cómo funciono? (Opazo R. 2001).

El **tomar consciencia** puede relacionarse a la consciencia cognitivo vivencial de esta experiencia. El aceptar y asimilar este diagnóstico forma parte de un proceso llamado **duelo oncológico**.

Este proceso es una fase necesaria para el periodo de adaptación a la enfermedad y sus implicaciones. Este proceso comprende diferentes etapas, no necesariamente secuenciales, las cuales son experimentadas de manera distinta en su intensidad y duración. La primera fase de negación, se caracteriza por la resistencia a creer que la noticia es cierta y se acompaña de una especie de “anestesia emocional”. La segunda etapa es reconocida lentamente e incluye síntomas como ansiedad, depresión y falta de apetito. La persona presenta confusión, agitación emocional y disforia. La tercera fase es un proceso de asimilación de la situación más a largo plazo, en donde el paciente dentro de las limitaciones que pueda tener, retorna a su rutina diaria o al restablecimiento de

esta (Almanza-Muñoz, J., Holland C J. 2000).

Idealmente existen periodos en que el paciente acepta y asume su nueva condición. Sin embargo, la presentación de estas fases puede ser intercalada. La persona en un momento determinado siente esperanza y optimismo frente a su enfermedad, no obstante, en otras, puede regresar a la sensación de inquietud y desesperanza, cruzándose con rabia y cuestionamientos acerca de “por qué a ella”. En la medida que la persona comienza a vivir esta experiencia, va conociendo el tratamiento y las reacciones de su cuerpo frente a los medicamentos, pudiéndose adaptar de manera más factible a la enfermedad (Robert, V., Álvarez, C., Valdivieso, F., 2013).

La **función de identidad** se construye en el tiempo a través de la respuesta de los demás, a través de los éxitos y fracasos, a través del cómo procesamos nuestras experiencias (Bagladi V., 2009). Implica autoestima, autoconcepto y expectativas de autoeficacia, siendo estas tres áreas fuertemente golpeadas debido a la aparición de la sensación de pérdida de autonomía e independencia que esta enfermedad involucra. Preguntas referidas a esta función y relacionadas a la

enfermedad son ¿Quién soy previo y después de esta experiencia? ¿Cómo soy? ¿Cómo me ven? ¿Cómo quiero que me vean? ¿Me acepto en esta nueva condición?

La identidad se ve fuertemente afectada debido al cambio radical que sufre la persona en su dinámica y roles cotidianos. Esta situación no sólo implica la pérdida de la salud, sino que también la pérdida de la “estabilidad y seguridad”, pérdida de lo cotidiano, del rol que tenía en su entorno, familia y trabajo. Además, hay que considerar los cambios que sufre el cuerpo causados por los efectos del tratamiento contra el cáncer (Robert, V., Álvarez, C., Valdivieso, F., 2013)

Cohn y Lazarus, citado en Bañados B. y Tamblay A. (2004) establecieron una lista de amenazas e incertidumbres percibidas por la persona que padece de cáncer hacia su identidad:

- A la vida
- Integridad corporal
- Incapacidad
- Dolor
- Necesidad de enfrentarse con sentimientos como la cólera
- Modificación de roles socio-profesionales
- Separación de la familia
- Hospitalización
- Tratamientos
- Incomprensión de la terminología en momentos de estrés
- Necesidad de depender de otros
- Perder la intimidad física y psicológica

- Tomar decisiones
(Cohn y Lazarus, 1979)

La reconstrucción identitaria forma parte de un proceso personal en donde intervienen otras funciones del sistema self, las cuales se irán revisando a continuación.

Esta percepción puede sufrir variaciones dependiendo de la función de **autoorganización** del paciente, es decir, de su capacidad para reconstruirse. ¿Qué experiencias me desorganizan? ¿En qué grado esta experiencia me puede desorganizar? ¿Tardo o tardaré en reorganizarme? ¿Logro o lograré autoorganizarme plenamente? ¿Hasta qué punto estoy dispuesto a cambiar mi percepción? (Opazo R. 2001).

En una persona psicológicamente bien desarrollada, la desorganización del Self será proporcional a la experiencia, y la autorganización será rápida y completa. Aun así, nunca el sistema volverá al mismo punto de partida e implicará algún cambio personal (Bagladi V., 2009).

Para algunas personas la experiencia de tener cáncer puede constituirse como un proceso profundo de aprendizaje y transformación personal que produce cambios radicales en el estilo de vida y/o en

las prioridades, afrontando la situación con un alto nivel de resiliencia. Por el contrario, para otras personas podría significar una desorganización total en todas las esferas de su vida, cerrándose toda posibilidad de “crecimiento”, alterando en “dirección negativa” todas las funciones del sistema self. En este caso es donde la persona estaría más vulnerable a desarrollar diversas patologías que podrían dificultar la aceptación de la enfermedad y los cambios que esta implica, así como también la adherencia al tratamiento y por ende la calidad de vida de la persona. Este aspecto jugará un rol importante también en la vivencia de las distintas etapas del proceso de duelo, caracterizada por no tener un orden determinado; la persona en ocasiones puede presentar aceptación de su enfermedad, otras veces puede presentar rabia y/o depresión y luego nuevamente aceptar y continuar.

Bagladi, V (2009) refiere en un sentido genérico, que la superación personal requerirá de un balance morfogénesis/morfostasia, el cual implica la apertura al cambio, pero sin poner en riesgo la propia identidad.

Massie, Spiegel, Lederberg & Holland (1996) citados en Bañados B., Tamblay A. (2004), refieren que el nivel de

desorganización o sufrimiento psicológico que puede generar el diagnóstico de cáncer es muy variable y dependerá de tres factores:

Factores médicos: localización tumoral, estadio al momento del diagnóstico, evolución previsible, síntomas, pérdidas funcionales, tratamientos necesarios, posibilidades de rehabilitación, evolución clínica de la enfermedad y cuadros médicos asociados

Factores personales: Nivel de desarrollo cognitivo y psicológico, capacidad de enfrentarse a las crisis vitales, madurez emocional y capacidad para aceptar la alteración o la no consecución de objetivos vitales, experiencias previas con el cáncer, crisis vitales concurrentes (divorcio, pérdida de seres queridos, otras enfermedades), apoyo de la familia y de otras personas.

Factores sociales: Actitudes hacia el cáncer y su tratamiento, estigmas asociados con el diagnóstico y política de salud pública (protección de la discriminación en el trabajo y seguros de enfermedad).

Cuando una persona se enfrenta al diagnóstico de una enfermedad tan potente

y compleja, su primera reacción es de rechazo hacia esta experiencia. La **función de significación** recobrará un rol fundamental en como la persona reorganiza y resignifica esta experiencia “para una mejor convivencia con la enfermedad”. Esta función, que se refiere a la psicofacturación de la experiencia, será distinta en cada persona y dependerá de la calidad del sistema self como instancia integrativa y del peso que recobra o cómo se configura cada subsistema (paradigma) en este. Preguntas como ¿Cuán bien traduzco o puedo traducir esta experiencia o mis experiencias? ¿A qué le presto o prestaré atención preferente? ¿Qué me importa más? ¿Soy capaz o seré capaz de observar desde distintos ángulos? (Opazo, R., 2001) Son parte de las interrogantes que obedecen a esta función. No obstante, la vivencia de esta experiencia estará caracterizada por sentimientos de rabia, miedo, enojo y sensación de soledad, propios a la etapa de negación del proceso de duelo.

En Shroeder, G. (2005) se menciona que la medicina ve en la enfermedad una molesta perturbación del estado normal de salud y no de armonía, por tanto, trata de impedir que aparezca y desterrarla. No obstante autores como Dethlefsen y Dahlke (1998) en su libro “la enfermedad como camino”, buscan proponer la enfermedad como algo más que un defecto de

funcionamiento de la naturaleza, en donde se refiere que “la enfermedad hace curable al ser humano”.

El ser humano tendría que abandonar la lucha y aprender a oír y a ver lo que la enfermedad le viene a decir (Dethlefsen y Dahlke 1998 citados en Shroeder, G., 2005).

Desde este último punto de vista, las enfermedades podrían también ser una oportunidad para significar la experiencia como un proceso de desarrollo y crecimiento personal.

La **función de búsqueda de sentido**, alude al tema de lo que cada persona valora como fin último de su existencia. Preguntas como ¿Cuáles son mis valores? ¿Cuál es la fuerza de estos valores posterior a esta experiencia? ¿Cuál será el objetivo que guíe mis decisiones? ¿Cuáles serán mis nortes orientadores en este estado? ¿Qué sentido le daré a mi vida? ¿Cuáles serán mis metas? (Opazo, R., 2001).

Que le dará sentido a la vida de cada persona será un tema idiosincrático. Sin embargo, la pregunta acerca del sentido de la vida, constituye también un hecho de

carácter nomotético o común a la especie humana (Bagladi, V. 2009).

Para algunas personas, el tema de dar sentido a sus vidas no será un tema, para otras se constituirá un desafío central. En la búsqueda de sentido, una persona puede ser más activa o más pasiva, más eficiente o menos, más profunda o superficial. Sin embargo, cuando una persona configura un sentido de fondo para su propia vida, se supera más, lucha y persevera más. Una vida con sentido ayuda a que la persona no se derrumbe ante la adversidad e incluso a que sea capaz de crecer en medio de ésta, favoreciendo la resiliencia (Bagladi, V. 2009).

Al afrontar los miedos que surgen con la enfermedad, se pretende dar sentido a lo que ha pasado, para la mayoría de la gente el cáncer supone enfrentarse por primera vez a la posibilidad de su propia muerte, aunque eso no suceda, sin embargo, ellos y sus familiares tienen que aprender a vivir con la incertidumbre (Shroeder, G., 2005).

La aparición de la enfermedad supone en el paciente la mayoría de las veces un replanteamiento de los principios que fundamentan su vida. Deja de un momento a otro de tener control de su vida, teniendo la oportunidad de vivir el momento. Se dice

que una forma de ayudar a estos pacientes es viviendo con ellos el día a día. (Shroeder, G., 2005).

La **función de conducción de vida** implicará interrogantes tales como: ¿seré capaz de activarme después de esta experiencia? ¿Podré perseverar? ¿Seré capaz de satisfacer mis necesidades? ¿Lograré postergar mis impulsos? (Opazo, R. 2001). Casi todos los síntomas de la enfermedad y las consecuencias posteriores a los tratamientos, obligarán al paciente a realizar cambios de conducta, por un lado se dejarán de hacer cosas que puedan resultar agradables para la persona (las cuales pueden ser: fumar, tomarse un trago, salir a bailar, hacer ejercicios de fuerte impacto, evitar el consumo de ciertos alimentos, etc.) y por el otro se verá obligada a hacer cosas que no quería hacer (rutina del consumo de medicamentos, asistencia a los tratamientos, pasar mucho tiempo en casa y/o en cama, etc.). Si se le atribuye a la enfermedad un propósito o sentido, los cambios de conducta le permitirán al paciente sacar conclusiones de los síntomas y la enfermedad. Un cambio de conducta obligado es una rectificación obligada y debe ser tomado en serio (Shroeder, G., 2005).

Proceso psicooncológico y paradigmas

El **paradigma biológico** propone que ciertas características específicas genéticas, endocrinas, neuroanatómicas o bien neurofisiológicas, pueden influir en la génesis de específicas cogniciones, emociones o conductas. Desbalances endocrinos, daños cerebrales y/o disposiciones genéticas han tenido un importante impacto sobre diversos estados emocionales y rasgos de personalidad. El Centro Científico de Desarrollo Psicológico (Cecidep) y el Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa (ICPSI) han encontrado factores de personalidad con una fuerte base biológica tales como la introversión y el neuroticismo, lo que incide sustancialmente en la autoimagen y autoestima. (Opazo, R. 2001)

Sería importante evaluar una eventual predisposición biológica en términos de rasgos de personalidad en pacientes oncológicos, más aún luego de cargar con esta nueva condición, que los podría volver mucho más vulnerables a desarrollar diversas patologías psicológicas, Con la finalidad de implementar medidas de acción desde este paradigma y contribuir con esto a un mayor bienestar emocional dentro de lo posible.

Principios de influencia ligados al paradigma y de gran importancia a considerar en este proceso son: “El sueño reparador influye aumentando la probabilidad de que baje el umbral hedónico”, “La ingesta de ciertos fármacos específicos influyen en la aparición de conductas, afectos y cogniciones”, “Un alto nivel de extroversión influye aumentando la probabilidad de que la persona experimente afectos positivos”, “Un alto nivel de neuroticismo influye aumentando la probabilidad de que la persona presente atención selectiva a lo negativo”.

Algunos objetivos de intervención a incorporar desde este paradigma considerando la idiosincrasia del paciente serían; técnicas de relajación y respiración, yoga y meditación para el control del dolor, entre otros síntomas, uso de determinados medicamentos o psicofármacos para el control de la ansiedad y alteración a nivel afectivo, incorporación de una adecuada dieta alimenticia. Respecto de este punto; existen numerosas teorías e investigaciones en donde se sugiere el aumento del consumo de alimentos que alcalinicen el PH del organismo (frutas y verduras crudas, frutos secos, legumbres, etc.) y la reducción del consumo de alimentos que puedan acidificar el PH del organismo (carnes rojas, alcohol, grasas,

bebidas, frituras, etc.) ya que estos favorecerían un medio de supervivencia, crecimiento y desarrollo de células cancerígenas. Por último, la realización de actividad física de bajo impacto: caminatas, trote suave, bicicleta, etc.

El **paradigma afectivo** postula que los eventos y estructuras afectivas en las que predomina la energía, puede ejercer una influencia causal generando cogniciones, conductas y cambios anatómicos fisiológicos en el organismo (Opazo, R. 2001).

Un alto nivel de ansiedad, baja capacidad para modular las emociones o la tristeza podrían facilitar la apatía, conductas de evitación y/o pasividad frente a la implementación de estrategias para hacer frente a la enfermedad. Un alto nivel de estrés y una alta tendencia a frustrarse con facilidad, podría empobrecer significativamente la capacidad para disfrutar del aquí y ahora, en la medida de lo que la situación del paciente lo pueda permitir.

Respecto de principios de influencia ligados al paradigma serían; “Afectos positivos en el sistema psicológico influye disminuyendo la probabilidad de que surjan afectos negativos”. Por tanto, sería vital tratar de mantener una actitud positiva en el

proceso de enfermedad para afrontar de mejor manera el tratamiento. Esta actitud sería un importante factor protector y fuente potente de resiliencia.

En términos de objetivos de intervención, algunos a considerar serían trabajar en la dificultad para tolerar y afrontar frustraciones, reconocimiento y expresión emocional y generación de motivación por parte del terapeuta en el paciente oncológico a iniciar y adherirse a un proceso médico y psicoterapéutico.

El **paradigma cognitivo** asigna un rol central a la información y procesamiento de la información: “sesgos, distorsiones o defectos en la percepción e interpretación de las experiencias pueden generar consecuencias emocionales y conductuales disfuncionales y desadaptativas” (Opazo, R. 2001). Características tales como: una alta rigidez, sesgos, ideas irracionales, un alto nivel de exigencias y un alto nivel de perfección respecto de la enfermedad, pueden ser nocivas y afectar el proceso de recuperación; “Tengo cáncer y esta es mi sentencia de muerte” o “No podré recuperarme nunca”. Respecto de estas creencias los avances tecnológicos y adelantos en el tratamiento del cáncer han documentado grandes posibilidades de recuperación, es por eso que la

psicoeducación recobra un papel fundamental en este paradigma. Por otro lado, están las expectativas poco realistas respecto de una posible recuperación, las cuales también serían perjudiciales.

Altos niveles de exigencia y perfección podrían afectar en que el paciente acepte que su capacidad de autonomía e independencia ya no es la misma, rechazando cuidados y atenciones. Por otro lado, y en relación a los efectos secundarios del tratamiento, exigirse más de lo que su capacidad de salud le permite.

Principios de influencia de este paradigma serían: “La atención selectiva a lo negativo influye aumentando la probabilidad de que se presenten afectos negativos”. Este punto dependería mucho del valor de trascendencia y significación que le pueda otorgar el paciente a la enfermedad.

Por tanto, objetivos de intervención desde este paradigma estarían orientados al trabajo y detección de creencias irracionales y sesgos cognitivos, trabajo en el nivel de expectativas sobre sí mismo y el tratamiento, perfeccionismo y significación.

El **paradigma inconsciente** involucra la influencia sobre cogniciones, afectos y conductas desde aquellas actividades

mentales de las cuales el individuo no está conciente. (Marx y Hillix, 1969, p.413, citado en Opazo).

Un instrumento clínico fundamental en este ámbito es el insight o “darse cuenta”, referido a la autoobservación, recuperación de recuerdos, participación cognitiva y reconstrucción en el contexto de experiencias afectivas. Neubauer, 1979, p1902 citado en Opazo. La hipnoterapia ha sido documentada como aportativa en el cambio emocional y el darse cuenta en relación a conducta consecuencias como proceso de aprendizaje.

Principios de influencia ligados al paradigma son “La aceptación sin conflicto en la conciencia, de contenidos previamente marginados, aumenta la probabilidad de relajación en el sistema psicológico de la persona”, “La presencia de mecanismos de defensa inconscientes como represión, negación, proyección, etc. influye aumentando la probabilidad de tensión interna y empobreciendo el análisis de la realidad”, “Una tendencia generalizada a marginar de la conciencia las propias respuestas emocionales influye aumentando la probabilidad de que se presenten desajustes psicofisiológicos”.

En este sentido, objetivos de intervención atinentes a este paradigma estarían enfocados a que el paciente oncológico pudiera expresar sus afectos y que no reprimiera sus emociones tales como la rabia, miedos y ansiedades. Podría pasar que pacientes con esta enfermedad reprimieran sus incertidumbres y dudas no informándose con claridad del proceso, o también evitando demostrar “debilidad” frente a sus seres queridos. Aparte de incorporar técnicas de reconocimiento y expresión emocional, es importante psicoeducar a la familia y sus cercanos que no tengan incomodidad de preguntar y que estén dispuestos a escuchar y comprender los diferentes estadios del proceso de duelo que presente el paciente, así como también invitarlos a que estos se puedan expresar con ellos. Muchos cercanos evitan hablar del tema a veces por sus propias ansiedades y desconocimiento.

Respecto al “darse cuenta”, este tema es esencial no solamente en lo que está sucediendo internamente, sino que también en los cuidados generales a implementar en el proceso de enfermedad (alimentación, higiene, supresión de cigarrillos y alcohol, toma oportuna de medicamentos, asistencia a los tratamientos, niveles de actividad física, etc.) y las posibles consecuencias de

no tomar las medidas adecuadas. En esta línea el principio de influencia que recobra valor es “El ampliar el darse cuenta del paciente acerca del rol de sus cogniciones, afectos y conductas en su dinámica psicológica, aumenta la probabilidad de que se incremente la motivación al cambio y la colaboración activa en este proceso”.

El **paradigma ambiental conductual** postula que ciertas características ambientales específicas pueden influir en la génesis específica de cogniciones, afectos y conductas. Lo completo/incompleto del repertorio conductual de la persona repercutirá en estas esferas. Además, integra el modelo de condicionamiento de Pavlov 1927 y el modelo del condicionamiento operante de skinner (1953). Hechos como sistemas de crianza, pobreza, cesantía, exceso de castigos o estímulos estresantes puede tener un impacto dramático en la dinámica psicológica (Opazo, R. 2001).

Respecto de estos últimos factores mencionados, cabe destacar, que es imprescindible la contención, tolerancia, aceptación, flexibilidad, apoyo y comprensión, por parte de la familia, los amigos, el lugar de trabajo y el equipo médico, referente al estado de salud físico y emocional del paciente oncológico. Uno de

los principios de influencia relacionados a este paradigma y atinente a las ideas planteadas es “Un ambiente carente de estímulos estresantes influye aumentando la probabilidad de bienestar psicológico”.

Por otra parte, y aplicable desde este paradigma, otra medida importante sería la evitación de ambientes nocivos y contaminados. En la medida de lo posible vivir el proceso de enfermedad en ambientes limpios y cercanos a la naturaleza.

Referente al repertorio conductual y uso del tiempo libre, objetivos de intervención orientados a motivar al paciente a realizar o aprender actividades acordes a sus intereses y gustos personales (ej.; bordar, tejer, leer, cantar, tocar algún instrumento, pintar, escribir, etc.), podrían recobrar un papel protector importante y fuente de enriquecimiento personal. Si la persona no disponía de un bagaje de actividades recreativas, invitarla a descubrir en si misma fuentes de expresión y realización personal.

En el **paradigma sistémico** se asume que el todo es más que la suma de sus partes, en donde el todo se comporta de acuerdo a patrones de causalidad circular. Muchas veces la mantención de este

“equilibrio” implica resistencia al cambio, y al generarse produce efectos a nivel cognitivo, afectivo y conductual (Opazo, 2001).

Uno de los principios de influencia de este paradigma es “Un cambio positivo estable en una parte del sistema, influye irradiando su efecto, aumentando la probabilidad de que se presente un efecto positivo estable en el sistema total”.

Desde esta idea, aportativo se perfila como objetivo de intervención el abordaje familiar como un todo, en aquellos casos que la familia tenga un rol significativo en la mantención de un desajuste, evaluar la calidad de las relaciones interpersonales, patrones de comunicación e interacción que puedan afectar el proceso de recuperación y bienestar emocional del paciente. Psicoeducar nuevamente al sistema cercano del paciente, respecto del quiebre que este proceso pudiera generar en la dinámica, roles y rutina de cada uno de sus miembros, la importancia del “autocuidado de los cuidadores” y por supuesto de la incidencia de los aspectos de la enfermedad en la condición física y afectiva del paciente, así como también otorgar herramientas de intervención y contención a estos.

En los equipos médicos también se hace esencial la importancia e implementación de talleres de autocuidado y prevención del burnout.

Variables inespecíficas

El modelo también reconoce el valor de las “variables inespecíficas” o “factores comunes” como prefiere conceptualizarlo Arkowitz 1992 y Castonguay 1993 por la posible dificultad precisamente de identificación que estas han tenido (Opazo, 2001).

El modelo integrativo en el marco de pesquisar fuerzas de cambio específicas y potentes teóricamente bien enmarcadas y cuya administración clínica fortalezca el rol de los especialistas, se propuso la tarea de “especificar estas variables específicas” (Opazo, 2001).

Algunas variables del terapeuta fundamentales en este proceso de enfermedad serían la calidez, la capacidad de empatía, vocación de ayuda, la tolerancia, creatividad, sabiduría, capacidad para realizar una retroalimentación pertinente y adecuada, bienestar psicológico, variedad experiencial y capacidad como agente motivador.

Variables del paciente fundamentales serían la resiliencia, locus interno de control, capacidad de insight, motivación al cambio y tendencia al crecimiento personal.

Variables de la relación terapéutica serían la existencia de una sinergia positiva y una alianza terapéutica caracterizada por un vínculo afectivo positivo, compromiso de roles y trabajo propositivo.

Por último, es importantísimo recalcar el valor que puede recobrar el ámbito espiritual, religioso y de la fé en la vivencia de la enfermedad. Cualquiera de estos tres aspectos, podría aportar una fuente fundamental de paz, tranquilidad y esperanza. Por tanto el terapeuta ha de ser respetuoso y cauteloso referente a las creencias que en estos ámbitos pueda tener el paciente, y que contribuyan a aliviar su bienestar psicológico. Por otra parte, otras personas podrían rebelarse frente a estos aspectos, cerrándose a la entrega de ellos y ciñéndose netamente a lo que la ciencia les pueda entregar. Esto obedece a un proceso íntimo y personal.

Conclusiones

El presente trabajo sólo ha pretendido realizar una breve revisión respecto de la historia y desarrollo de la Psicooncología

como disciplina, para luego profundizar en la vivencia y proceso psicológico que pueden experimentar pacientes oncológicos, así como también mostrar brevemente lo aportativo que podría ser el Modelo Integrativo Supraparadigmático en la comprensión y abordaje del proceso psicológico del paciente en su enfermedad.

Es probable que el cáncer sea una de las experiencias más complejas que una persona pueda vivir. El proceso psicológico es difícil y complejo, ya que la vida del paciente y la de su círculo cercano se ve afectada en todas sus esferas, generando una reestructuración en todos los aspectos de la vida de la persona y cambios rotundos en las actividades diarias y dinámica personal y familiar del paciente. Por otra parte, e independiente de los avances que hoy en día puedan existir, está el planteamiento de la muerte como un proceso cercano, "real" e inminente. Esta verdad no se toma en cuenta, hasta que vivimos alguna experiencia que nos recuerde a esta única certeza en la vida.

El cáncer es un proceso multifactorial e interdisciplinario, en el que la atención del paciente merece una comprensión y abordaje integral. Es importante incorporar la integración en los diversos niveles que implica el abordaje de esta enfermedad, y

uno de estos niveles es la dimensión psicológica, la cual amerita una mirada holística respecto de su comprensión e intervención.

La no intervención y abordaje de la dimensión psicológica en pacientes oncológicos es comprender e intervenir desde una postura reduccionista y poco integral de la enfermedad. El lidiar con el cáncer y no contener los aspectos emocionales que puedan surgir durante el proceso podría incidir de manera desfavorable en la vivencia de esta experiencia de vida.

Desde el Modelo Integrativo Supraparadigmático se podría comprender e intervenir adecuándose a la idiosincrasia del sistema self del paciente oncológico tomando en consideración además de la tipología de cáncer y nivel de desarrollo, el estado de sus diferentes funciones y como se configura en él cada uno de los paradigmas. Al tener una idea de esto, se podría saber cuál sería el peso que podría recobrar cada subsistema en el procesamiento de la experiencia, facilitando con esto, la comprensión y orientación terapéutica.

El modelo podría orientar y aportar un ordenamiento de las variables efectivas en

los tratamientos, considerando las diferentes esferas, fases y nivel, comprendiéndolas de manera integral con una teoría a la base. El desafío central para un psicoterapeuta integrativo, sería contribuir a generar los mejores estímulos efectivos posibles, por tanto, una tarea fundamental sería la de ir favoreciendo la génesis de estímulos potentes, deseables y consistentes con el objetivo, que también estaría en función a la fase y tipo de enfermedad en la que el paciente se encuentre.

Es importantísimo considerar las características y pronóstico de la enfermedad, ya que distinto sería intervenir en una fase inicial de esta, que en la etapa final de la vida. En ésta última etapa las variables inespecíficas del terapeuta (calidez, bienestar psicológico, empatía, vocación de ayuda, tolerancia, variedad experiencial, creatividad, sabiduría y capacidad como agente motivador) y la relación terapéutica (vínculo afectivo positivo, compromiso de roles y trabajo propositivo), así como también la espiritualidad, religión o fé podrían recobrar un valor de mayor importe.

La Psicooncología es una disciplina que aún está en proceso de inmersión en los equipos médicos como parte de un

trabajo interdisciplinario. Para esto es importante contar con un modelo de intervención estándar, que permita a esta disciplina contar con un ordenamiento a nivel teórico y pragmático. Es en este marco, que la propuesta del Modelo Integrativo podría significar un gran aporte a la Psicooncología.

Referencias Bibliográficas

- Almanza M., Straker N., Holland J. (1999).** Cuadernos de Psicoanálisis. Psicoterapia psicodinámica en pacientes con cáncer. Pp. 206-221.
- Almanza-Muñoz, J., Holland C J. (2000).** Psicooncología: estado actual y perspectivas futuras. Revista del Instituto Nacional de Cancerología, Vol.46, Núm.3, 196-206. Extraído de <http://www.cuidadospaliativos.org/archives/Psicooncologia,%20estado%20actual%20y%20perspectivas%20futuras.pdf>
- Alonso C., Bastos A. (2011).** Intervención Psicológica en Personas con Cáncer. Clínica Contemporánea. Vol. 2, nº 2 – pp. 187-207. Extraído de <http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/clinicacontemporanea/cc2011v2n2a6.pdf>
- Alvarado S., Genovés S., Zapata M. (2009).** La Psicooncología: un trabajo transdisciplinario. Cancerología 4: 47-53. Extraído de <http://www.incan.org.mx/revistaincan/elementos/documentosPortada/1257541342.pdf>
- Bagladi V. (2009).** Una aproximación clínica al bienestar humano. Actualizaciones en psicoterapia integrativa. Vol -1 20-58. ACPI. Publicado online en Instituto Chile Psicoterapia Integrativa.
- Bañados B., Tamblay A. (2004).** Psicooncología del cáncer de mama. Universidad de Chile, Santiago, Chile. Extraído de http://repositorio.uchile.cl/tesis/uchile/2004/bañados_b/sources/bañados_b.pdf
- Itriago L., Silva N., Cortés G. (2013).** Cáncer en Chile y el mundo: una mirada epidemiológica, presente y futuro. Rev. Med. Clin. Condes – 2013; 24 (4) 531-552. Extraído de http://www.clinicalascondes.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2013/4%20julio/1_Dra.-Laura-Itriago-G.pdf
- Malca S. B. (2005).** Psicooncología: abordaje emocional en oncología. P&B. Vol. 9. Revista Nº 2 (25). 64-65. Extraído de <http://www.redalyc.org/pdf/832/83209205.pdf>
- Middleton J. (2002).** Psicooncología en el siglo XXI. Artículo publicado en la Revista Actualidad Psicológica. Extraído de <http://www.medic.ula.ve/cip/docs/psicooncologia.pdf>
- Ministerio de Salud (2012).** Primer informe de registros poblacionales de cáncer de Chile. Quinquenio 2003-2007. Extraído de: <http://epi.minsal.cl/epi/0notransmisibles/cancer/INFORME%20RPC%20CHILE%202003-2007,%20UNIDAD%20VENT,%20DEPTO.EPIDEMIOLOGIA-MINSAL,13.04.2012.pdf>
- Opazo R. (2001).** Psicoterapia Integrativa. Delimitación Clínica. Santiago: Ediciones Ipsi.
- Organización Mundial de la Salud, OMS. (2015).** Cáncer. Nota descriptiva Nº 197. Extraído de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>
- Robert, V., Álvarez, C., Valdivieso, F. (2013).** Psicooncología: un modelo de intervención y apoyo psicosocial. Rev. Med. Clin. Condes – 2013; 24(4) 677-684. Extraído de http://www.clinicalascondes.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2013/4%20julio/14_Ps.-Ver-%C2%A6nica-Robert-M.pdf
- Roco A., Quiñones L., Acevedo C., Zagmutt O. (2010).** Situación del cáncer en Chile 2000-2010. Cuad Méd Soc (Chile) 2013, 53(2): 83-94 Extraído de <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/129061>
- Rojas-May G. (2006).** Estrategias de intervención psicológica en pacientes con cáncer de mama. Rev. Med. Clin. Condes – 2006; 17(4): 194-197. Extraído de http://www.clinicalascondes.cl/clcprod/media/contenidos/pdf/MED_17_1/IntervencionPsicologia_194.pdf

Psicoterapia y Neurociencias

Andrea Bunster Izquierdo

Abstract

This paper involves a review – of knowledge and research – connected to the relationships of neuroscience and psychotherapy. Being the biological causes of psychological disorders a main point to build up some bridges between biology and clinical disorders and the neurobiology of psychotherapy. Beyond that, all these might provide some criteria for assessing psychotherapy's results.

Keywords: *Psychotherapy - Neurobiology - Psychotherapeutic effectiveness.*

Resumen

Este artículo busca explorar conocimientos e investigaciones contemporáneas, que profundicen en torno a la vinculación de la psicoterapia y la neurociencia; intentando una aproximación a través de temáticas que abarcan los sustratos biológicos de las problemáticas clínicas, la neurobiología de las psicoterapias, y hallazgos en la búsqueda de una forma de medir objetivamente la efectividad de la terapia psicológica.

Palabras claves: *Psicoterapia – Neurobiología - Efectividad psicoterapéutica*

Introducción

A partir de la propuesta del Paradigma Biológico y, continuando con descubrimientos que han cobrado gran relevancia para la comprensión del ser humano, en torno a la vinculación entre el aprendizaje y la neurogénesis, la neuroplasticidad del cerebro y una visión de importantes avances en investigaciones durante los últimos tiempos, es que surge el interés por explorar la interrelación entre temáticas como son la psicoterapia y las neurociencias.

Desde una vinculación entre aprendizaje y neurogénesis, que entiende la habilidad del ser humano para crear nuevas neuronas en áreas involucradas en nuevos aprendizajes (Gross, 2000) y, tomando en cuenta la neuroplasticidad del cerebro, como la habilidad de las neuronas para cambiar su configuración y mutua relación, a medida que el cerebro se adapta al ambiente a través del tiempo (Cozolino, 2010)

El cerebro no es un órgano estático, sino que cambia continuamente en respuesta a los

desafíos ambientales. También, se puede pensar la arquitectura neural como la expresión tangible de nuestra historia de aprendizaje (Gross, 2010)

Por otro lado, la psicoterapia puede ser pensada como un tipo específico de ambiente enriquecido que promueve el desarrollo emocional y social, la integración neural y el procesamiento de la complejidad. Y la forma en que el cerebro cambia durante la terapia dependerá de las redes neuronales involucradas en el foco del tratamiento (Cozolino, 2010).

De esta manera, el cerebro se va moldeando como consecuencia de las experiencias que tiene el sujeto y responde al tratamiento psicológico mediante cambios en su estructura y en sus funciones.

Desde aquí es donde surge la inquietud por explorar conocimientos e investigaciones contemporáneas que profundicen en torno a la vinculación de la psicoterapia y la neurociencia, intentando una aproximación a través de temáticas que abarcan los sustratos biológicos de las problemáticas clínicas, la neurobiología de las psicoterapias y hallazgos en la búsqueda de una forma

de medir objetivamente la efectividad de la terapia psicológica.

Procedimientos de investigación en psicoterapia.

En 1980 Agras y Berkowits proponen un modelo básico de investigación clínica que configuró los requerimientos que la investigación en psicoterapias debía satisfacer (Barlow & Hofmann, 1997; Mustaca, 2004) Estos criterios enfatizan la necesidad de estudios factoriales con grupos experimentales y grupo control, además de grupos placebo, a fin de incorporar la mayor cantidad de variables a estudiar y controlar, con el propósito de maximizar la validez interna de los modelos psicoterapéuticos. A su vez, se buscó aumentar la validez externa de estos modelos a fin de difundirlos a profesionales de diferentes lugares y formaciones, haciéndolos factibles de ser aplicados en diversos ámbitos y situaciones clínicas (García, L., 2008)

Por otro lado, la sistematización de las psicoterapias ha permitido la articulación de estas investigaciones con conocimientos, técnicas y procedimientos no sólo provenientes de la psicología clínica, sino también de la

psicofarmacología y de las neurociencias, lo que dio lugar a tratamientos combinados que se ajustan a las variables psicobiológicas de las patologías (Klerman et al., 1994; Álvarez González & Trápaga Ortega, 2005)

A partir de la investigación impulsada y sistematizada por parte de instituciones académicas y de salud, y de la progresiva complejidad que las metodologías utilizadas para la investigación, se logró delimitar tres criterios para evaluar los usos de las psicoterapias y encuadrar su investigación: *la eficacia*, entendida como la obtención del mejor resultado posible con la mayor durabilidad posible de una terapia o técnica para un trastorno específico; *la efectividad*, que refiere a la capacidad de una terapia de ser generalizada, es decir, de ajustarse a diferentes escenarios clínicos reales, no sólo de investigación, a cuadros comórbidos, y de ser transmitida a los terapeutas; y *la eficiencia*, que remite a la relación costo-beneficio de las terapias, no solamente entendida en términos económicos de gestión de los sistemas de salud, sino además de los recursos humanos y los niveles de

calidad de una terapia (Echeburúa & De Corral, 2001; Mustaca, 2004)

Estos tres parámetros son los que se han consolidado en la década de 1990 en la construcción de diseños de investigación en psicoterapias. En 1989 se funda en el congreso de EE.UU. la Agency for Health Care Policy and Research (hoy denominada Agency Healthcare Research & Quality (Agencia para la Investigación y la Calidad en el Cuidado de la Salud) desde la cual se buscó fomentar la investigación sobre la efectividad de los tratamientos en trastornos específicos (Barlow & Hofmann, 1997), y en 1993 la American Psychological Association (APA) [Asociación Americana de Psicología] conformó un equipo de trabajo, o Task Force, dedicado a la investigación en psicoterapia, la identificación de tratamientos eficaces y la determinación de los procedimientos de formación y entrenamiento de psicólogos clínicos en tales tratamientos (García, L., 2008)

En 1995 Roth y Fonagy elaboraron un informe para el British National Health Service [Servicio Nacional de Salud de Gran Bretaña], institución pública de salud fundada en 1948, sobre el estado de las investigaciones a fin de reconocer como

tratamientos de primera línea aquellas psicoterapias que demuestren eficacia probada. Estas investigaciones también se llevaron a cabo en países con organizaciones sanitarias disímiles, como Canadá y Alemania (Kichic, 2004; Mustaca, 2004)

El establecimiento de parámetros comunes de investigación para las psicoterapias resaltó el hecho de la existencia de una enorme diversidad de enfoques y técnicas psicoterapéuticas. Hacia mediados de la década de 1980 existían más de 400 tipos de terapias diferentes, la gran mayoría practicadas sin estudios de eficacia que las sustenten (Garfield & Bergin, 1994) Los criterios de investigación, por un lado, permitirían establecer un control a la expansión de técnicas que no poseen efectos clínicos, además de permitir rescatar aquellas que si los poseen (García, L., 2008)

Sin embargo, los tratamientos pueden estar contruidos en base a postulados teóricos y prácticas incongruentes o contradictorias, que se suman a la incorporación de conocimientos y prácticas de la psicofarmacología y las neurociencias. Frente a este problema se abrió un campo específico en la investigación

psicoterapéutica orientada a la integración teórica y práctica del conocimiento psicológico, psiquiátrico y de las neurociencias en ámbito psicoterapéutico. En 1983 se funda la Society for the Exploration of Psychotherapy Integration [Sociedad para la Exploración de la Integración en Psicoterapia] (SEPI), y posteriormente aparecerían revistas e instituciones dedicadas al problema del eclecticismo teórico-práctico en psicoterapias (Garfield & Bergin, 1994)

En este recorrido es posible ver que la investigación sistemática en la validación de psicoterapias es reciente en términos de la psicología como disciplina, y ha estado ligada a la aparición de instituciones que conformen comunidades de científicos dedicados a la investigación (García, L., 2008)

Las transformaciones sociales e institucionales y los nuevos planteamientos de administración de recursos acontecidos desde la década de 1980 en la mayor parte del mundo han llevado a la modificación de las prácticas clínicas dentro de los ámbitos de la "salud mental" (Saforcada, 1999), especialmente frente al incremento

marcado y sostenido de los trastornos mentales en Latinoamérica, y la escasez de recursos destinados a la salud en general y a la salud mental en particular (Kohn, 2005), cuestión frente a la cual los psicoterapeutas se han tenido que enfrentar con resultados dispares. (ibid)

Si bien existen críticas de índole socio-políticas (por ejemplo, Roudinesco, 2000), metodológicas y clínicas (Kichic, 2004; Mustaca, 2004), el movimiento de validación de las psicoterapias a partir de la investigación de sus resultados se ha afianzado en unidades académicas y su uso en los sistemas de salud del mundo, lo cual creó un escenario diferente al de la primera mitad del siglo XX para la psicología clínica y la psiquiatría, tanto en términos disciplinares, como en su inserción en el sistema de salud de los países.

Sobre la efectividad en Psicoterapia

A pesar de la efectividad de diversas psicoterapias, poco se sabe sobre sus mecanismos de acción, específicamente en la esfera neurobiológica. Desde Sigmund Freud hasta Erick Kandel, han existido varios

intentos por estudiar los correlatos neurales de las intervenciones psicoterapéuticas. Hasta ahora se concibe como un proceso de aprendizaje de nuevas formas de percibir el mundo, por lo que involucra estructuras encefálicas relacionadas con la memoria, la función ejecutiva, la percepción de sí mismo y la regulación emocional. Las pruebas electroquímicas y las neuroimágenes son métodos de aproximación al funcionamiento neuronal que pueden ayudar a entender mejor la relación psicoterapia-cerebro (Correa Palacio, A. y Gómez Franco, J (2010)

Antes de la llegada de la neuroimagen, la efectividad de una terapia psicológica se medía en base a medidas subjetivas, como la valoración que hacían paciente y terapeuta del grado de mejoría logrado o la comparación de los resultados de los tests pre y post tratamiento. Sin embargo, el *sustrato neural* de dicha mejoría era desconocido. De ahí surge la comparación del cerebro con una *caja negra*, cuyo contenido no se podía conocer. La llegada de la neurociencia y, concretamente, de la neuroimagen, ha permitido abrir y conocer esta caja y el funcionamiento del órgano más

complejo del cuerpo. (Barsaglini A, Sartori G, Benetti S, Pettersson-Yeo W y Mechelli A. (2014)

Los diferentes modelos psicoterapéuticos deben ir más allá de la afirmación de que algo es eficaz, para explicar el cómo y por qué de tal eficacia. Podríamos afirmar que cualquier intervención persigue someter al sujeto a una serie de experiencias (reales o imaginadas, pasadas, presentes o futuras) para que las relaciones cerebro-mente se orienten en una dirección más adecuada o adaptativa. Cuando hablamos de las relaciones cerebro-mente partimos de la premisa señalada por Dennet (1999), donde cualquier proceso mental se sustenta en el funcionamiento cerebral, aunque no puede ser explicado sólo por el resultado de dicho funcionamiento. (Vargas, M., Lahera, G., López de Sinales, C., Tirapu, J., 2011)

De esta manera, se abre la puerta al diseño de tratamientos psicológicos efectivos basados en evidencia neurobiológica. Una de las líneas de investigación que se ha venido desarrollando con la llegada de la neuroimagen es el estudio de los cambios cerebrales que se producen

como consecuencia de una terapia psicológica.

Como señala Kandel (1999) que, cuando un terapeuta habla a un paciente y éste escucha, la acción de la maquinaria cerebral del terapeuta está produciendo un efecto en la maquinaria neuronal del cerebro del paciente. A la vez que nuestra intervención produce cambios en el nivel interpretativo de la realidad del paciente, es probable que estas intervenciones produzcan cambios en su cerebro. Desde esta perspectiva, lo biológico y lo funcional se unen en una única realidad, que es el ser humano (Vargas, M., Lahera, G., López de Sinales, C., Tirapu, J., 2011)

Asimismo, Gabbard (2000) sostiene que el encuadre seguro que ofrece la psicoterapia, también es un escenario donde se pueden reforzar determinadas redes neurales como parte de un aprendizaje. En este sentido, Kandel (2000) considera que "un tratamiento psicoterapéutico que tenga éxito [...] debe también producir un cambio estructural en el sistema nervioso" (Kandel 2000, p.1275)

Neurociencias.

Durante el siglo pasado asistimos al período más revolucionario

en el crecimiento y asentamiento de la Neurociencia como disciplina, tanto en la investigación como en la clínica. Tal fue el protagonismo de esta disciplina, que la década de los 90 fue definida como "La década del cerebro". A modo de corolario, Kolb realiza una reflexión que suscribe esta idea: "El siglo veinte pertenece a la Neurociencia" (Vargas, M., Lahera, G., López de Sinales, C., Tirapu, J. (2011)

La neurociencia estudia el funcionamiento cerebral desde un punto de vista multidisciplinario, esto es, mediante el aporte de disciplinas no excluyentes, como la física, química, biología, neurología, genética, informática, psiquiatría y la (neuro)psicología. Todas estas aproximaciones, dentro de una nueva concepción de la mente humana, son necesarias para comprender los procesos mentales, particularmente los más complejos como la inteligencia, la conciencia, la personalidad o las emociones. (ibid)

La neurociencia da por sentado que cualquier acto mental responde a una pauta de actividad cerebral. Por otra parte, la aparición de las modernas técnicas de neuroimagen representan

una oportunidad para progresar en la evaluación de las relaciones entre el funcionamiento de las distintas áreas o regiones cerebrales y las diversas alteraciones cognitivas relacionadas con la psicopatología. El uso de técnicas de neuroimagen "in vivo" ofrecen nuevas posibilidades para intentar correlacionar los cambios funcionales cerebrales con los trastornos mentales. (Vargas, M., Lahera, G., López de Sinales, C., Tirapu, J., 2011)

El empuje definitivo que ha recibido la neurociencia viene dado por la necesidad cada vez más imperiosa de arrojar cierta luz sobre las bases cerebrales de los trastornos mentales. La neurociencia se ha convertido así, en un adecuado puente de unión entre diferentes aspectos del saber cómo la neurología, la psiquiatría y la psicología.

El desarrollo y perfeccionamiento de las técnicas de neuroimagen a lo largo de las últimas décadas ha permitido conocer las estructuras y funciones del cerebro, abriendo nuevas líneas de investigación, tales como la identificación de anormalidades en el funcionamiento cerebral de sujetos con patologías psiquiátricas, determinación

de las estructuras cerebrales implicadas durante la realización de una tarea concreta o una mejor comprensión de los mecanismos cerebrales implicados en una respuesta. (Barsaglini A, Sartori G, Benetti S, Pettersson-Yeo W y Mechelli A., 2014)

Expresión Génica, Plasticidad Cerebral y Tiempo en Psicoterapia.

La expresión génica y la plasticidad cerebral son la base física de las transformaciones naturales de la mente, la consciencia y el comportamiento. En la actualidad, se están documentando rápidamente evidencias directas de que la expresión génica y la plasticidad cerebral son facilitadas por la psicoterapia (Kandel, 2001; Lichtenberg, et al., 2000, 2004; Rossi, 2002b, 2004b, 2005-2006, 2007, 2008).

La evidencia de la implicación de la expresión génica y de la plasticidad neuronal en la psicoterapia fue destacada originalmente por Eric Kandel (Kandel, 2001, 2006), quien ganó el Premio Nobel por una vida dedicada a la investigación en esta área. Kandel (1998) expuso su perspectiva de la siguiente manera:

“En la medida en que la psicoterapia o el asesoramiento psicológico es efectivo y produce cambios a largo plazo en el comportamiento, presumiblemente lo hace a través del aprendizaje, produciendo cambios en la expresión génica que alteran la firmeza de las conexiones sinápticas y cambios estructurales que alteran el patrón anatómico de las interconexiones entre las células nerviosas del cerebro. A medida que la resolución de imágenes cerebrales aumenta, debería eventualmente permitir evaluaciones cuantitativas del resultado de la psicoterapia... Formulado de una manera sencilla, la regulación de la expresión génica por los factores sociales hace que todas las funciones del cuerpo, incluyendo todas las funciones del cerebro, sean susceptibles a las influencias sociales. Estas influencias sociales serán incorporadas biológicamente en la expresión diferente de genes específicos, en células nerviosas específicas, de regiones específicas del cerebro. Estas modificaciones influenciadas socialmente son transmitidas culturalmente. No son incorporadas en el espermatozoide y el óvulo, por lo tanto no son transmitidas genéticamente.” (p. 460) (citado por Rossi, E. L., & Rossi, K. L. (2008)

La investigación con las tecnologías combinadas de los microarrays de DNA, la resonancia magnética funcional (fMRI) y las bases de datos bioinformáticas son ahora necesarios para cumplir los requerimientos de la medicina basada en la evidencia para la incorporación de la expresión génica y la plasticidad cerebral en la psicoterapia. (Rossi, E. L., & Rossi, K. L., 2008)

De esta forma, se entiende que la expresión génica y la plasticidad cerebral son las bases físicas de nuestras transformaciones naturales de la mente, la consciencia y el comportamiento. Y la modulación de la expresión génica por los factores sociales hace que todas las funciones del cerebro y el cuerpo sean susceptibles a las influencias sociales.

Procesos como la neurogénesis y la plasticidad neuronal son actualmente objetivo de múltiples investigaciones. Sin embargo, dichas funciones solo pueden entenderse en el contexto de una relación permanente entre naturaleza (genes), ambiente e influencias del desarrollo. El modo en que ocurre dicha interacción ha sido estudiado en diversos modelos animales. (Botto, A., Neurociencias, P.,

& Neurosciences, P., 2006)

Kandel (1979) demostró cómo las conexiones sinápticas pueden ser modificadas por la regulación de la expresión génica a través del aprendizaje desde el ambiente. Siguiendo este modelo, el autor plantea que la psicoterapia produciría cambios similares en las sinapsis y enumera cinco principios básicos que se resumen a continuación:

1. Todos los procesos mentales, incluso los más complejos, derivan de operaciones cerebrales.
2. Los genes y sus productos (las proteínas) son determinantes en el patrón de conexiones entre las neuronas y ejercen un control significativo sobre el comportamiento (normal y patológico).
3. La alteración genética por sí misma no explica el origen de las enfermedades mentales. También contribuyen factores sociales (ambientales) y del desarrollo. Dichos factores (incluido el aprendizaje) son capaces de modificar la expresión génica y, por lo tanto, la función de las células nerviosas.
4. Los cambios en la expresión génica inducidos por el aprendizaje ocasionan cambios en el patrón de conexiones neuronales.
5. Dado que la psicoterapia es efectiva y

produce cambios conductuales perdurables es probable que, tal como ocurre con el aprendizaje, ocasione cambios en la expresión génica que modifiquen las conexiones sinápticas y la estructura cerebral (Botto, A., Neurociencias, P., & Neurosciences, P., 2006)

Por lo tanto, si la psicoterapia es conceptualizada como un tipo de aprendizaje, entonces es esperable que a través de un efecto neurobiológico sea capaz de modificar la expresión génica y, en consecuencia, las conexiones sinápticas, redes neuronales y estructuras cerebrales. (ibid)

Por otro lado, en términos generales los fenómenos de plasticidad sináptica pueden ser clasificados en tres formas:

1. Potenciación a Largo Plazo (Long-term potentiation, LTP) mediada por la activación del receptor N-metil-Daspartato (NMDA);
2. Potenciación a Largo Plazo mediada por la activación de los canales de calcio voltajependiente
3. Depresión a Largo Plazo (Long-term depression, LTD) mediada por el receptor NMDA. (ibid)

En la actualidad la LTP podría corresponder al mejor modelo de memoria existente. De especial importancia es la distinción establecida

por la neurociencia cognitiva entre los sistemas de memoria implícito y explícito, ya que ambos tendrían una función y un sustrato biológico específicos. Mientras la memoria explícita se relaciona con hechos y eventos que pueden ser recordados conscientemente, la implícita se asocia con información inconsciente sobre habilidades, conductas y emociones basadas en patrones relacionales establecidos en la infancia. La primera tendría su sustrato en el sistema límbico (especialmente en el hipocampo) y la segunda en los ganglios basales, cerebelo y amígdala. La existencia de una memoria implícita daría cuenta de los fenómenos inconscientes basados en patrones vinculares y relaciones de apego que luego pudieran devenir en conductas desadaptativas o cuadros psicopatológicos más definidos. Estos mismos patrones se reeditarían en la relación terapéutica y podrían ser la base de la transferencia. (ibid)

Por otro lado, resulta de interés que los *fenómenos transferenciales* y *contratransferenciales* están directamente implicados con la memoria y el lenguaje. Los 'patrones concordantes' puede ofrecer un modo de entender la transferencia no como

una y única, sino como múltiples modos de manifestarse, dependiendo del particular encuadre paciente-analista, ya que cada una refleja diferentes representaciones y diferentes patrones de activación neuronal (Gabbard 2000). Dicho de otro modo, la percepción de aspectos concretos del terapeuta evocaría representaciones diferentes en cada paciente, basadas en su repertorio de memoria emocional y episódica, así como en sus patrones de relación.

Siguiendo con la relevancia del lenguaje, Cozolino (2010) sostiene que hacia los tres años de edad el predominio funcional del hemisferio derecho se invierte, observándose un creciente patrón de activación en el hemisferio izquierdo (así como en áreas prefrontales) Este contiene la mayor parte de las estructuras necesarias para el lenguaje y, por tanto, para el procesamiento de percepciones de un modo simbólico.

Desde la perspectiva de la neurociencia por Northoff y col. (2003,2004, 2006) han sido estudiados los mecanismos de defensa. Estos autores plantean la hipótesis de que las defensas son la consecuencia de la activación de patrones neuronales de

signo opuesto, localizados en las cortezas prefrontal medial y lateral, y que su activación tendría lugar durante la interacción emocional-cognitiva. Describen la “modulación recíproca” entre estas dos áreas cerebrales como el procedimiento por el cual la corteza prefrontal medial se activa al recibir un procesamiento emocional, mientras que la corteza prefrontal lateral se activa durante los procesos cognitivos. De este modo, “la inclusión de un componente emocional (durante la ejecución de) una tarea cognitiva conduce a un menor descenso de activación en la corteza prefrontal medial y, al mismo tiempo, a un menor incremento en la activación de la corteza prefrontal lateral” (Ibid. p.8)

El modelo planteado por Northoff está relacionado con el concepto de ‘integración neuronal’ (citado en Cozolino 2010), que sostiene que para que un sistema funcione, no basta con la operatividad aislada de sus componentes, sino que es preciso que su conectividad y plasticidad también estén preservadas.

A modo de ejemplo, para las terapias centradas en el conflicto (ya sea intra o extrapsíquico) el lenguaje es

el medio por el cual se intenta promover en el paciente el desarrollo de sus funciones ejecutivas, lo cual tendría como consecuencia la modulación afectiva y de impulsos, así como una capacidad superior de simbolización y proceso secundario (regulación ‘izquierda-derecha’ y ‘arriba-abajo’) Dado que el lenguaje emplea varias áreas anatómicas, el patrón de activación neuronal implicado en el lenguaje requiere para su correcto procesamiento, la disponibilidad de áreas de asociación normofuncionantes. Además, se requiere que haya comunicación con las áreas de procesamiento de las emociones. De hecho, la fluencia verbal se ha correlacionado con un aumento en el control de las manifestaciones agresivas (Miller 2008)

El sistema funciona de un modo integrado, el sujeto tendrá la capacidad de representarse simbólicamente a sí mismo a sus objetos de relación, de establecer asociaciones, y de favorecer que tales representaciones y asociaciones queden registradas como elementos de memoria.

Cozolino (2010) sostiene que la co-construcción de narrativas a partir de

la memoria autobiográfica del paciente, permite integrar estados afectivos a las experiencias, y con ello, integrar redes neuronales que operan en paralelo. Según estos modelos, el lenguaje sirve para promover la consolidación de memorias implícitas con las que corregir patrones alterados. En línea con este planteamiento, la terapia basada en la mentalización (Fonagy y Target) promueve la capacidad de disertación sobre los estados emocionales, propios y ajenos, mientras que el modelo propuesto por Bleichmar busca la integración de los abordajes emocional y cognitivo por medio del acoplamiento de experiencias.

Los efectos neurobiológicos de la psicoterapia

Los análisis por neuroimágenes han permitido observar y caracterizar los cambios cerebrales, tanto funcionales como anatómicos que ocurren luego de alguna intervención terapéutica. Aunque la mayoría de los estudios se han desarrollado especialmente en el campo de la psicofarmacología, en el último tiempo el análisis de los efectos neurobiológicos de la psicoterapia ha

despertado el interés de clínicos e investigadores. (Botto, A., Neurociencias, P., & Neurosciences, P. (2006)

A pesar de que la metodología utilizada aún es heterogénea y dificulta los análisis comparativos (por ejemplo al intentar estandarizar cada tipo de tratamiento), existe evidencia empírica sobre los efectos neurobiológicos de la psicoterapia. La mayoría de los estudios han sido efectuados en pacientes con diagnósticos de T. Obsesivo-Compulsivo (TOC), Fobias y Depresión, utilizando Psicoterapia Conductual (PC), Psicoterapia Cognitivo-Conductual (PCC) y Psicoterapia Interpersonal (PIP). Las técnicas de neuroimagen empleadas han sido diversas. En general, éstas proporcionan índices de actividad cerebral medida a través del metabolismo de la glucosa o del Flujo Sanguíneo Cerebral (FSC).

Aunque la relación entre el metabolismo de la glucosa o el FSC y la actividad neuronal permanecen en controversia, los términos “actividad cerebral”, “actividad metabólica” o “actividad hemodinámica” suelen ser utilizados indistintamente como sinónimos. Las técnicas ocupadas con mayor frecuencia incluyen la

Resonancia Magnética Funcional (RMF), la Tomografía por Emisión de Positrones (PET), y la Tomografía Computarizada por Emisión de Fotón Simple (SPECT). (Botto, A., Neurociencias, P., & Neurosciences, P. (2006)

Aunque no existe evidencia directa de que la psicoterapia estimule la plasticidad cerebral, sí es posible hipotetizar dicho mecanismo por muchas razones. El aprendizaje procedural en psicoterapia podría influir sobre la estructura y función del cerebro modificando la plasticidad sináptica y la expresión génica. Habría evidencia que esta última podría ser regulada por experiencias emocionales, por ejemplo a través de la activación de la expresión de genes tempranos promotores del crecimiento y maduración neural. (ibid)

Se ha postulado que, durante la psicoterapia, el proceso de exploración y aprendizaje incrementaría la formación de sinapsis, lo cual ha sido demostrado en modelos animales. Diversas observaciones en ratas han evidenciado que la estimulación ambiental se asocia con un aumento del peso cerebral, número de células gliales, número de sinapsis, densidad

dendrítica, cuerpos neuronales y tamaño nuclear. (ibid)

Quizás uno de los temas más interesantes en el estudio de la neurobiología de la psicoterapia sea el efecto diferencial de los distintos tipos de psicoterapia. Pareciera que el impacto cerebral varía según las características de cada intervención. Así, por ejemplo, la psicoterapia conductual tendría un efecto especialmente importante en áreas como la amígdala, los ganglios basales y el hipocampo, cuya función se asocia con el aprendizaje, la memoria y las conductas motoras. Por su parte, la psicoterapia cognitiva tendría su foco en el reconocimiento y modificación de distorsiones en los esquemas cognitivos relacionados con el funcionamiento de la neocorteza, específicamente del área frontal. Finalmente la psicoterapia dinámica tendría como objetivo la elaboración de representaciones internalizadas desadaptativas organizadas en torno a afectos, pensamientos y conductas, cuyos sustratos neurobiológicos se encontrarían en áreas subcorticales y en complejos circuitos que involucrarían la lateralización de los hemisferios cerebrales. (Botto, A., Neurociencias,

P., & Neurosciences, P., 2006)

Aunque aún permanece en el campo de las posibilidades a futuro, los modelos neurobiológicos podrían ser útiles en el diseño de intervenciones psicoterapéuticas específicas. Desde un punto de vista psicoterapéutico podría ser importante contar con una evaluación neurobiológica (anatómica y/o funcional) con la finalidad de decidir qué tipo de psicoterapia sería mejor para cada paciente.

Desde un punto de vista clínico, los hallazgos neurocientíficos han permitido realizar un análisis diferencial de los correlatos neuroanatómicos de los elementos constituyentes de ciertos cuadros, como el síndrome depresivo, y se espera contar con estudios más detallados que permitan definir las redes neuronales y los sistemas neurotransmisores específicos que se asocian con una determinada manifestación psicopatológica.

Para algunos, el impacto de la neurociencia ha sido de tal magnitud que en poco tiempo será necesario rediseñar los planes de entrenamiento para neurólogos y psiquiatras, donde el acercamiento entre biología y

psicoterapia permita enriquecer ambas disciplinas.

Para Kandel (2005) en los próximos años los principales avances provendrán de la identificación de los genes que hacen a las personas vulnerables a desarrollar diversas enfermedades mentales. Una segunda prioridad será el desarrollo de una nueva neuropatología psiquiátrica, basada en el reconocimiento de moléculas específicas en regiones específicas del cerebro que otorguen una vulnerabilidad para una enfermedad específica. Finalmente, el desarrollo tecnológico permitirá contar con neuroimágenes cada vez más especializadas y, por lo tanto, capaces de medir en distintos niveles los cambios anatómicos del cerebro de los pacientes antes y después de los tratamientos. (Botto, A., Neurociencias, P., & Neurosciences, P., 2006)

Una visión integradora de la enfermedad mental no sólo posibilitará una mejor comprensión de cada paciente, sino que además permitirá elegir qué tratamiento, y específicamente qué tipo de psicoterapia, será más efectiva para un paciente en particular. Asimismo, sería

posible plantear que toda psicoterapia correspondería a una neuropsicoterapia, ya que de una u otra forma, su acción modificará estructuras y funciones cerebrales. (ibid)

Otras investigaciones.

La importancia de los sistemas de memoria, lenguaje y control emocional son un común denominador de las distintas corrientes de la psicoterapia.

Tomando en cuenta la psicoterapia como un proceso de aprendizaje de nuevas formas de percibir el mundo que involucra funciones esenciales, como la memoria, podemos referir la publicación de Roozendaal B. y Mc. Gaugh JL. (2011), que sostiene en una revisión bibliográfica de trabajos científicos centrados en el estudio de los procesos neurobiológicos implicados en el ensamblaje y durabilidad de la memoria. Se expone cómo la intensidad en la actividad de determinados circuitos cerebrales y hormonales va a regular, tanto la consolidación de la memoria de experiencias recientes, como otros procesos relacionados con la recuperación, almacenamiento o extinción de recuerdos antiguos

(Roozendaal et al, citado por Garnés-Camarena E, O., 2011)

Por otra parte, en cuanto a la relevancia para la psicoterapia, se sugieren algunas hipótesis en cuanto a la implicación de los procesos psicofisiológicos de la memoria para la psicoterapia de orientación dinámica.

La consideración de que altos niveles de actividad en la amígdala basolateral (BLA) mantenidos de forma crónica, inducen un deterioro en la función del hipocampo (Kandel, 2000) lleva a plantear que la sobreestimulación de la amígdala conllevará a largo plazo a una disminución del material procesado por la información hipocampal, material que sería potencialmente evocable para un procesamiento cognitivo. De esta manera, la sobreestimulación de la BLA puede condicionar una dificultad añadida para registrar experiencias del entorno que puedan ser posteriormente evocadas y procesadas cognitivamente a un nivel simbólico.

El hecho de no poder integrar adecuadamente la información percibida, no permite ordenarla en categorías a las que se otorga una

valencia (regulación arriba – abajo), sino que generará un patrón automático predominante de percepción-respuesta, mediado fundamentalmente por las descargas amigdalinas. Así, la memoria generada (procedimental implícita) marcará un patrón de comportamiento en el que predomine el desequilibrio entre la reflexión y la acción, así como un mayor nivel de estrés ante situaciones emocionalmente significativas. De esta manera, el cerebro se hace más vulnerable a traumas futuros (Schore, 2003) Esta secuencia sería un denominador común observado en pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad, Trastorno de Estrés Postraumático, Trastorno de Ansiedad y Fobias. En general, supone una de las dianas terapéuticas de la psicoterapia: resignificar percepciones y emociones, modificar patrones de conducta automáticos o impulsivos, y ganar en capacidad de reflexión y libertad de acción (Garnés-Camarena E, O., 2011)

El predominio de la amígdala sobre el hipocampo presentará mayor o menor dominancia en función del grado de severidad de la patología subyacente. De esta manera, se encontrarían casos donde prevaleciera

un comportamiento dirigido por la memoria procedimental (memoria que condiciona el comportamiento por tener un alto nivel de *arousal*), frente a otras situaciones donde la memoria explícita estuviera mejor conservada, disponiendo de una mayor capacidad de reflexión y simbolización, y, por lo tanto, de mejores recursos para controlar los comportamientos impulsivos. En consecuencia, las implicancias son notorias, de cara a la técnica psicoterapéutica a aplicar (Roosendaal et al, citado por Garnés-Camarena E, O., 2011)

Por otro lado, de acuerdo al efecto del cortisol sobre el hipocampo y la amígdala, se ha propuesto que el cortisol es un mediador que surge como consecuencia o también causa de malestar psicológico (Cozolino, 2010)

Según expone Roosendaal, los efectos del cortisol sobre el hipocampo dependen de la duración de acción; es decir, si son de breve duración favorecen la capacidad de retención memorística, pero si duran más de 30 minutos o son de carácter repetitivo, se produce un efecto negativo sobre la memoria. A más largo plazo, se cree que suceden cambios estructurales reversibles en el hipocampo que pueden

llegar a producir un deterioro cognitivo con pérdida de memoria. Además, se ha propuesto que un posible efecto terapéutico de los inhibidores de la recaptación de la serotonina sobre la memoria deriva de la capacidad de la serotonina de estimular la neurogénesis hipocampal (Jacobs et al., citado en Cozolino 2010)

Roozendaal y McGaugh sugieren que el estrés favorece la consolidación de memoria sólo si coexisten una elevación de cortisol y un estado de arousal. Esto permitiría clasificar a los sujetos en “muy respondedores” y “poco respondedores” en función de la elevación del cortisol y de su estado de arousal, tras la exposición a un evento con carga emocional. En consecuencia, se sugiere aplicar un tipo de intervenciones psicoterapéuticas específicas, ajustadas a la predisposición biológica del paciente y su etapa vital. (Roozendaal et al, citado por Garnés-Camarena E, O., 2011)

Si los niveles de cortisol se elevan ante la percepción subjetiva de estrés, todos aquellos elementos que contribuyan a que el sujeto interprete una situación particular como estresante estarían facilitando un patrón fisiológico

caracterizado, entre otros, por una elevación de los niveles de cortisol (Hart 2008) De este modo, mediante estrategias psicoterapéuticas enfocadas a modificar patrones de percepción subjetiva o bien, mediante el empleo de estrategias dirigidas a disminuir los niveles de percepción de estrés por métodos conductuales, se estaría contribuyendo a minimizar los efectos negativos a que conduce la elevación del cortisol sobre la memoria (Cozolino, 2010, citado por Garnés-Camarena E, O. 2011) Esta podría ser una de las razones por las cuales intervenciones tan diversas dentro del ámbito de la psicoterapia pueden llegar a producir alivio sintomático.

La revisión bibliográfica propuesta por Roozendaal y Mc Gaugh pone de relieve parte de los procesos implicados en el complejo entramado fisiológico que supone la consolidación y recuperación de la memoria. Los resultados ofrecidos pueden ser entendidos como un punto de partida para establecer hipótesis sobre posibles reglas de correspondencia entre la práctica clínica de la psicoterapia y los hallazgos de la neurociencia (Garnés-Camarena E, O., 2011)

De esta manera, se pretende fomentar mediante estas reflexiones una actitud proactiva de integración entre dos ámbitos de estudio tradicionalmente disociados, pero intrínsecamente vinculados. En la medida en que se vayan integrando ambos campos, estaremos en mejor disposición para entender las bases psicobiológicas del comportamiento humano.

De acuerdo a otras investigaciones, Barsaglini et al. (2014) llevaron a cabo una revisión de las principales investigaciones que han analizado los efectos de la terapia psicológica en pacientes con trastorno mental. En esta revisión observaron que el Trastorno Obsesivo Compulsivo se caracteriza por un hipermetabolismo de distintas áreas del cerebro, entre ellas el *núcleo caudado*. Muchos estudios apuntan que los tratamientos cognitivo-conductuales en pacientes con trastorno obsesivo compulsivo producen una “normalización” de los niveles metabólicos del núcleo caudado y que a esta “normalización” va aparejada una mejoría en la sintomatología.

Por otro lado, los pacientes con Fobias específicas experimentan una reducción en la actividad del sistema límbico implicado en la respuesta de miedo, como consecuencia de haber participado en una terapia psicológica de orientación cognitivo-conductual.

En el caso de pacientes con Esquizofrenia diversos estudios recogidos en la revisión de Barsaglini et al. observan que la terapia psicológica produce una normalización del patrón de actividad en las áreas fronto-corticales y, por lo tanto, una mejoría en la sintomatología.

En términos generales, estos resultados indican que **la terapia psicológica produce cambios en el funcionamiento del cerebro y que estos cambios van asociados a una mejoría en la sintomatología del paciente**. En este sentido, aunque en grados distintos según el trastorno de que se trate, tanto la terapia farmacológica, como la terapia psicológica permiten normalizar o compensar los patrones anómalos de actividad cerebral.

Discusión y Conclusiones.

A través del esfuerzo de una sistematización y el establecimiento de parámetros comunes de investigación para las psicoterapias se resalta la existencia de una enorme diversidad de enfoques y técnicas psicoterapéuticas.

Desde la segunda mitad el siglo XX, y la psiquiatría, donde el movimiento de validación de las psicoterapias a partir de la investigación de sus resultados se ha afianzado en unidades académicas y su uso en los sistemas de salud del mundo.

Se puede evidenciar el crecimiento y asentamiento de la neurociencia como disciplina, tanto en la investigación como en la clínica, la cual estudia el funcionamiento cerebral desde un punto de vista multidisciplinario, abarcando diversas aproximaciones necesarias para comprender los procesos mentales y su complejidad.

Se aportan grandes descubrimientos a través de pruebas electroquímicas y las neuroimágenes, como métodos de aproximación al funcionamiento neuronal que pueden

ayudar a entender mejor la relación psicoterapia-cerebro. Las modernas técnicas de neuroimagen representan una oportunidad para progresar en la evaluación de las relaciones entre el funcionamiento de las distintas áreas cerebrales, las diversas alteraciones cognitivas relacionadas con la psicopatología y posibilidades para intentar correlacionar los cambios funcionales cerebrales con los trastornos mentales.

De esta manera, se dice que la neurociencia se ha convertido en un adecuado puente de unión entre la neurología, la psiquiatría y la psicología.

Asimismo, el impacto de la neurociencia ha sido de tal magnitud que se piensa que será necesario rediseñar los planes de entrenamiento para neurólogos y psiquiatras, donde el acercamiento entre biología y psicoterapia permita enriquecer ambas disciplinas.

La psicoterapia al ser conceptualizada como un tipo de aprendizaje, entonces es esperable que a través de un efecto neurobiológico sea capaz de modificar la expresión génica y, en consecuencia, las conexiones

sinápticas, redes neuronales y estructuras cerebrales.

De esta manera, si podemos ver el funcionamiento y las transformaciones que se producen en el cerebro, **se hace posible medir de manera objetiva los cambios que se producen en el transcurso del tratamiento psicológico**, y también los que puedan sobrevenir después de la finalización de la terapia. Este avance haría posible la identificación de aquellos tratamientos psicológicos que resultan más efectivos para un determinado trastorno, ya que pareciera que el impacto cerebral variaría según las características de cada intervención.

Aunque aún permanece en el campo de las posibilidades a futuro, se afirma que los modelos neurobiológicos podrían ser útiles en el diseño de intervenciones psicoterapéuticas específicas.

Según las proyecciones que aporta Kandel (2005), en los próximos años los principales avances provendrán de la identificación de los genes que hacen a las personas vulnerables a desarrollar diversas enfermedades mentales. Una segunda

prioridad será el desarrollo de una nueva neuropatología psiquiátrica, basada en el reconocimiento de moléculas específicas en regiones específicas del cerebro que otorguen una vulnerabilidad para una enfermedad particular. Finalmente, el desarrollo tecnológico permitirá contar con neuroimágenes cada vez más especializadas y, por lo tanto, capaces de medir en distintos niveles los cambios anatómicos del cerebro de los pacientes antes y después de los tratamientos.

De esta manera, también se piensa que toda psicoterapia correspondería a una neuropsicoterapia, ya que, de alguna forma, su acción modificará estructuras y funciones cerebrales.

Por último, quisiera destacar la visión integradora de la enfermedad mental, que permita una mejor comprensión de cada paciente en su complejidad. Si bien se piensa que a futuro exista la viabilidad de elegir qué tratamiento y específicamente qué tipo de psicoterapia será más efectiva para un paciente en particular, queda la inquietud respecto de si sea realmente el camino que realmente buscamos. De

otra forma, con mayores y mejores argumentos, investigaciones y conocimientos validados científicamente, se podría confiar que una psicoterapia integrativa sea finalmente el camino más eficiente y eficaz de tratamiento. De modo que, si todo apunta a una mirada integradora de las disciplinas, técnicas y de la complejidad humana en general, por qué no hacerlo de la misma forma abarcando tal complejidad a favor de una psicoterapia igualmente abarcativa que resulte en una psicoterapia integrativa propiamente tal.

Referencias Bibliográficas:

- Barsaglini A, Sartori G, Benetti S, Pettersson-Yeo W y Mechelli A. (2014)** The effects of psychotherapy on brain function: A systematic and critical review. *Progress in Neurobiology, Volume 114, March 2014, Pages 1-14.*
- Bateman A, Fonagy P. (2008)** 8-year follow-up patients treated for borderline personality disorder: mentalization-based treatment versus treatment as usual. *Am J Psychiatry; 165 (5): 631-638.*
- Correa Palacio, A. y Gómez Franco, J. (2010)** Aproximación a una neurobiología de las psicoterapias. The Neurobiology of Psychotherapy. *Revista Colombiana de Psiquiatría, volume 39, Issue 3, September 2010, pages 569-587.*
- Cozolino L. (2010)** The neuroscience of psychotherapy: Healing the social brain. New York: Norton & Co. Inc.
- Damasio AR. (2008).** El error de Descartes (5ª Ed). *Crítica: Barcelona: Crítica.*
- Erickson, M (Rossi, E, Erickson-Klein, R & Rossi, K, Editors), (2008)** The Neuroscience Edition. The Complete Works of Milton H. Erickson. In 16 volumes. *Phoenix: The MHE Foundation Press.*
- García, L. (2008)** Historia reciente de la investigación en psicoterapia. *PSIENCIA. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica, Argentina, Vol. 1(1)*
- Garnés-Camarena E, O. (2011)** Modularidad de la memoria. Roozendal, B. y McGaugh, J.L., 2011. *Aperturas Psicoanalíticas. Revista Internacional de Psicoanálisis. Nº 041.*
- Garnés-Camarena E, O. (2011)** Un intento de correlación entre la psicoterapia del trastorno borderline y los hallazgos de la neurociencia. *Aperturas Psicoanalíticas. Revista Internacional de Psicoanálisis. Nº 036.*
- Hart S. (2008)** Brain, attachment and personality: an introduction to neuroaffective development. London: Karnac.
- Kandel, E (2006).** In Search of Memory. NY: *WW Norton.*
- Kandel E. (2005)** Psychiatry, psychoanalysis and the new biology of mind. *American Psychiatric Publishing Inc., Washington DC.*
- Kandel E. (1998)** A new intellectual framework for psychiatry. *Am J Psychiatry 1998; 155: 457-469.*
- Kandel E. (1979)** Psychotherapy and the single synapse. *N Engl J Med 1979; 301: 1028-1037.*
- Miller LA, Collins RL, Kent TA. (2008)** Language and the modulation of impulsive aggression. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci; 20, 261-273.*
- Botto, A., Neurociencias, P., & Neurosciences, P. (2006)** El Psicoterapeuta como Neurocientífico. ¿Hacia un nuevo paradigma?. *www.gacetauniversitaria.cl, 171.*

- Northoff G, Bempohl F, Schoeneich F, Boeker H. (2006)** How does our brain constitute defense mechanisms? First-person neuroscience and psychoanalysis. *Psychotherapy and psychosomatics*; 968.
- Northoff G, Boeker H. (2006)** Principles of neuronal integration and defence mechanisms: neuropsychanalytic hypothesis. *Neuro-psychoanalysis*; 8(1): 69-84.
- Palma, B., & Cosmelli, D. (2008)** Aportes de la psicología y las neurociencias al concepto del "insight": la necesidad de un marco integrativo de estudio y desarrollo. *Revista Chilena de Neuropsicología*, 3(2), 14-27.
- Peled A. (2008)** Neuroanalysis: bridging the gap between neuroscience, *Psychoanalysis and psychiatry*. Routledge: New York.
- Revista Colombiana de Psiquiatría, Volume 39, Issue 3, September 2010, Pages 569-587.**
- Roosendaal B, Mc Gaugh JL. (2011)** Theoretical Review. **Memory Modulation.** *Behavioral Neuroscience* vol. 125 (6), Pages 797-824
- Rossi, E. L., & Rossi, K. L. (2008)** La nueva neurociencia de la psicoterapia, la hipnosis terapéutica y la rehabilitación: Un diálogo creativo con nuestros genes. *Instituto Milton H. Erickson de la Costa Central de California*, cap 4 y 6.
- Sociedad Americana de Neurociencias (2002)** Comunicación presentada en: 9º Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis 2008. *Psiquiatria.com*.
- Vargas, M., Lahera, G., López de Sinales, C., Tirapu, J. (2011)** Proyecto de Sección de Neurociencia Clínica de la AEN. *Revista de la Asociación Española de Neupsiquiatría*. Vol. 31, no 3. Madrid 2011.

<http://www.terapiafocal.edu.uy/?p=1573>

Salud Mental en Adolescentes Desde el Enfoque Integrativo

Supraparadigmatico

Ps. Abigail Enríquez C.

Summary

The present study aims to identify the factors that influence the mental health of adolescents without psychopathology in Sucre, Bolivia. A non-experimental exploratory descriptive and transversal design was used. In the sample study participated 21 adolescents of both gender, between 15 and 19 years old, with a medium-low socioeconomic stratum. The instrument used was the Integral Clinical Evaluation Form, from the Chilean Institute of Integrative Psychotherapy, and the quantitative scales were analyzed through the Pearson correlation coefficient. The results show that several significant factors are influencing the psychological wellbeing of participants, mainly their biological, environmental-behavioral and paradigms and the Self system.

Keywords: *Supra paradigmatic Integrative Approach, Mental Health, Psychological Wellbeing, Adolescence.*

Resumen

El presente estudio procura identificar los factores que intervienen en la salud mental de adolescentes que no presentan psicopatología, pertenecientes a la ciudad de Sucre, Bolivia. Se utilizó un diseño del tipo no experimental exploratorio descriptivo transversal. En la muestra de estudio participaron 21 adolescentes de ambos sexos, entre 15 y 19 años de edad, de un estrato socioeconómico medio-bajo. El instrumento utilizado fue la Ficha de Evaluación Clínica Integral, propia del Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa y se consideró el análisis total de las escalas cuantitativas a través de la prueba de Correlación de Pearson. Como resultado, se observa que existen diversos factores significativos influyentes en el bienestar psicológico de los participantes en el estudio, principalmente desde el paradigma biológico, ambiental-conductual y del Sistema Self.

Palabras Claves: *Enfoque integrativo Supraparadigmático, Salud Mental, Bienestar Psicológico, Adolescencia.*

INTRODUCCION

El concepto de salud mental, nace por analogía a la salud física, centrada en criterios netamente médicos, durante el avance de la salud pública a principios del siglo XX (Llunch, 1999; Bertolote, 2008).

Aunque hace referencia a salud y enfermedad, como define la Organización Mundial de la Salud (OMS) ya en 1948 “...un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”; tradicionalmente, la atención se aborda desde la psicopatología por la urgente necesidad de dar solución, a los problemas suscitados.

Es así que en América y el Caribe, los trastornos mentales y neurológicos representa el 22,2% de la carga global de morbilidad, cuyos índices más altos se observa en trastornos depresivos unipolares con 13,2% y el consumo excesivo de alcohol con 6,9% en función de discapacidad (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2013). Asimismo, se dedujo que el impacto mundial acumulado de los trastornos mentales concernientes a pérdidas económicas, será de US\$ 16,3 billones entre 2011 y 2030 (OMS, 2013).

Como explica Aguilar (2013), en todas las etapas de la vida, es posible la presencia de riesgos para la salud mental, en especial en ciclos formativos como es el caso de la adolescencia, el cual, se constituye en una transición de la niñez a la edad adulta y es mayor la probabilidad de que pueda manifestarse algún trastorno mental. Varios estudios indican que una de cada dos personas que despliegan trastornos mentales presenta los primeros síntomas a los 14 años de edad (OMS, 2014).

Al respecto, uno de cada seis habitantes del mundo es un adolescente, es decir, 1200 millones personas oscilan entre 10 y 19 años aproximadamente. Pero en 2012, se estima que fallecieron 1,3 millones de adolescentes a nivel mundial, en su mayoría debido a causas tratables o prevenibles, entre las principales figuran: lesiones por accidentes de tránsito, VIH/sida y suicidio; mientras las que provocan enfermedad o discapacidad y alteran el funcionamiento psicológico son: la depresión (como causa principal), trastornos por ansiedad y lesiones autoprovocadas (OMS, 2014).

En Bolivia, se registra 1.059.476 adolescentes de 15 a 19 años de edad y en la capital de Sucre, 30.692 del mismo grupo etario, de acuerdo al Instituto Nacional de

Estadística (INE, 2012). Se estima que entre “los principales trastornos tratados en consultas ambulatorias, se encuentra el trastorno del comportamiento y de las emociones de inicio habitual en la infancia y adolescencia”, a nivel nacional, pero no existen datos estadísticos. (Aguilar, 2013, p. 201).

Sin embargo, “lo patológico o conflictivo no es necesariamente lo característico de la totalidad de los adolescentes” (Salotti, 2006, p. 12); Si bien, existen evidencias empíricas suficientes en cuanto a un incremento de inestabilidad emocional, conflictos con los padres y las conductas de riesgo (Buchanan, Eccles y Becker, 1992; Laursen, Coy y Collins, 1998; Steinberg y Morris, 2001; Arnett, 1999; citados en Oliva, 2011), estas crisis son consideradas como sucesos normales, pasajeras y no como trastornos psíquicos permanentes (Braconnier y Marcelli, 2005). Pues el tema de salud mental, también hace referencia a las características de personas mentalmente sanas. Entonces, ¿qué tipo de factores predominan en este tipo de adolescentes?

Desde esta perspectiva, salud mental, no se constituye en un concepto monolítico indescriptible sobre la base de un solo criterio, puesto que involucra desarrollo

personal, complejizando aún más el diagnóstico, ya que no consiste sólo en evaluar falencias o problemas, sino también en la necesidad de evaluar recursos (Francis, Clarkin y Perry, 1984 en Opazo, 2001).

Por lo que se hace urgente la necesidad de priorizar, la atención psicológica en la población adolescente y para este cometido, se requiere de un abordaje integral, focalizada no sólo en quienes presentan alguna psicopatología; sino también hacia aquellos que no necesariamente presentan cuadros de psicopatología, cuya intención no es distorsionar aspectos absolutamente normales de esta etapa; por el contrario, es el de poder prevenir posibles factores de riesgo y optimizar la promoción de factores protectores.

Un enfoque que permite abordar y comprender desde una óptica más completa la salud mental en adolescentes, es el Enfoque Integrativo Supraparadigmático (EIS). Así, el presente estudio tiene como propósito, identificar desde el EIS, los factores que intervienen en la salud mental de los/as adolescentes que asisten al Centro de Estudios y Apoyo al Desarrollo Local (CEADL), involucrándose en actividades extracurriculares positivas.

Una visión completa e integral posibilitará mayor comprensión de la dinámica psicológica y la orientación de una intervención conforme a las necesidades.

El CEADL, es una organización no Gubernamental que brinda talleres de capacitación en temáticas de derechos humanos, ciudadanía, género, políticas públicas, entre otros, sujeto a programa institucional en la ciudad de Sucre, Bolivia, dirigido a jóvenes y adolescentes.

Salud Mental y Adolescencia

El estudio de la salud mental se torna bastante compleja, ya que presenta las siguientes características: es interdisciplinaria, multidimensional, multicausal y multicultural. (Llunch, 1999; Alcántara, 2008; Acción Internacional para la Salud [AIS], 2010) Actualmente, desde una perspectiva positiva, se entiende como un estado de bienestar, en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva, fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad (OMS, 2013).

En cuanto al aporte de la psicología, permite una mejor comprensión en la etiología de los trastornos mentales, al incorporar variables psicológicas y, da lugar al nacimiento formal de la psicoterapia. (Olivares, Macia y Méndez, 2003) Pero como señalan Seligman y Csikszentmihalyi (2000), el énfasis en la psicopatología, ocasiona el descuido de aspectos positivos como el bienestar, que también forma parte de los objetivos principales de la psicología. En esta línea, Ryffe (1995, en Vásquez, Hervás, Rahona, y Gómez, 2009, p.18) propone el término bienestar y define “como el desarrollo de un verdadero potencial de uno mismo. Veenhoven (1995, en Salotti, 2006) considera que “si el estado natural biológico del organismo, es la salud; en el área psicológica esa disposición natural, la constituye el bienestar psicológico, ya que es el grado en que un individuo, juzga globalmente su vida en términos favorables” (p.19). Asimismo, “si se define a la salud como una categoría integral, se puede considerar que el bienestar psicológico, es la expresión de la misma” (Taylor y Brown, 1988, en Salotti, 2006, p. 19). Por otra parte, Diener (1994) propone que este bienestar, tiene componentes estables y versátiles al mismo tiempo, debido a variaciones circunstanciales; por lo que, es un constructo mucho más amplio que una simple estabilidad de afectos positivos en el

transcurso del tiempo, denominado por la sabiduría popular, como felicidad (Schumutte y Ryff, 1997). De manera que se puede inferir, que el bienestar psicológico, se constituiría en un indicador positivo de la salud mental.

Considerando la etapa de la adolescencia, en la que se experimenta una transición de gran magnitud debido a los diversos cambios suscitados, se adhiere la maduración tardía en ciertas zonas cerebrales, en especial el de la corteza prefrontal, que recién culmina en la adultez temprana, la cual conlleva a una insuficiente autorregulación de la conducta, búsqueda de novedades y dificultades en el control de impulsos (Oliva, 2007). Por su parte Dickman y Meyer (1998 en Narváez y Caro 2015) descubren que la impulsividad, tiene connotaciones funcionales y disfuncionales. La primera es entendida, como la toma de decisiones rápidas ante situaciones de beneficio personal con riesgo calculado e implica entusiasmo, riesgo, actividad y audacia; mientras que la segunda, es definida como la propensión en la toma de decisiones inmediatas e irreflexivas que provocan consecuencias negativas a través de conductas disruptivas. Otro estudio efectuado por Pedrero, Rojo y Puerta (2011 en Narváez y Caro, 2015), respecto a la impulsividad funcional, en adolescentes

consumidores de riesgo perjudicial y no consumidores de alcohol, no se encontró diferencias significativas, debido a que según indican, este tipo de impulsividad está asociada con la creatividad, audacia y entusiasmo.

Según Kimmel y Weiner, (1998) el desarrollo cognitivo, también afectará al modo en que se interpreta el mundo social en la vida cotidiana, pues no sólo refiere a un adecuado coeficiente normal o superior, sino a la capacidad de utilizar los diversos tipos de inteligencia para el bien común (Routier, Sutter, Guéritault y Rillaer, 2010). Asimismo, sin cognición los afectos son ciegos y sin afectos las cogniciones están inertes (Opazo, 2001); de manera que emociones y sentimientos, se establecen en la esencia de la existencia humana (Opazo, 2004).

La pertenencia a un grupo de pares, es vital en el desarrollo del adolescente (Compas y Warner, 1991; Méndez y Barra, 2008; Orcasita y Uribe, 2010 en Orihuela, 2015), generando un distanciamiento afectivo con los padres en búsqueda de una autonomía. De modo que, la “materia prima ambiental de la cual se nutre la dinámica psicológica, ejerce una influencia en esa dinámica” (Opazo 2004, pág.357); ya que factores del entorno, afectan continuamente

los componentes del autosistema y las funciones autoregulatoras. Por otra parte, el tipo de apego formado en las relaciones tempranas tiene una estrecha relación con la salud mental, puesto que el bienestar de los padres afecta al desarrollo integral (Bagladi, 2009). Es así que todos estos procesos, exige una reorganización interna y externa e implica una resignificación del mundo infantil, como un ser bio-psico-socioespiritual.

Durante la mayor parte del siglo XX, se etiqueta este ciclo como conflictiva y traumática, investigaciones posteriores contradicen esta posición, Offer (1975 citado en Fishman, 1990), constata que el furor psíquico no se establece como una norma general, puesto que entre sus hallazgos sólo el 20 y 30% tenían dificultades severas, dichos resultados fueron corroborados con otras indagaciones longitudinales. Por otra parte, John Coleman (en Oliva, 2008, p.11) afirma “que la psicopatología durante esta etapa no era superior a la de otras etapas; Estudios similares de Offer, Ostrov y Howard (1981 citado en Kimmel y Weiner, 1998), revelan que adolescentes normales, no viven en constante agitación y tienen un funcionamiento satisfactorio, excepcionalmente sólo detectaron síntomas

de ansiedad específica ante situaciones, pero sin traumas excesivos.

Otro estudio efectuado en Colombia por Cardozo, Martínez y Colmenares, (2012) según la escala de Ryffe, al establecer el nivel de bienestar psicológico de 217 adolescentes damnificados entre 13 y 18 años de edad, de ambos sexos, seis meses después de sufrir las consecuencias de un desastre natural; concluyen que la mayoría refieren satisfacción en diversas áreas y cierta estabilidad, sólo se observó un bajo nivel en autonomía. “Lo que indica, que se sienten bien con ellos mismos a pesar de las limitaciones y condiciones.” (p. 95).

Actualmente, estudios nuevos desafían por una visión diferente del adolescente, “no como fuente de problemas, sino como un valioso recurso de proceso de desarrollo”, buscando el reconocimiento de sus fortalezas que también puede influir en la identidad y autoestima, para un desarrollo saludable (Arguedas y Jiménez, 2007 en Giménez, Vásquez y Hervás, 2010, p. 98), pues cada adolescente es un ser único y diferente (Kaplan, 1991). Tal efecto, se revela en indagaciones interesantes en este grupo etario, con relación al análisis del bienestar psicológico (Barra, 2011; Casullo y Castro, 2000; Contini, Cohen, Coronel y Figueroa, 2006; Cruz, Moganto, Montoya y González, 2002; Garín, 2011;

Martínez y Morote, 2002, en Orihuela, 2015). Entonces, ¿Cuál es la conducta normal del adolescente?, es difícil dar una respuesta concreta, pero en lo general es aquella “que no interfiere con la capacidad de las personas para manejarse en su entorno y relacionarse con la gente” (Fontanelle, 2001, pág. 8). Sin embargo, cabe mencionar que ante la búsqueda de consolidar una estabilidad por parte de los/as adolescentes, muchas veces pueden frustrarse convergiendo en conductas disruptivas, que no necesariamente son patológicas; por lo tanto, es imprescindible tomar en cuenta la duración, frecuencia e intensidad de ciertos signos y síntomas, como depresión, ansiedad, psicoticismo entre otros (Fontanelle, 2001). Ante esta situación, el diagnóstico diferencial, respecto a los cambios radicales propios de la adolescencia y una verdadera patología, es muy compleja y precisamente ahí, “el criterio de normalidad funcional, es útil para la psicopatología clínica porque se centra en las funciones de adaptación” (Rodríguez, 1998, pág. 75). Así, en cuanto a las diferencias básicas entre lo normal y lo patológico, al igual que en la continuidad entre estos dos polos en el psiquismo el adolescente, se afirma que lo normal se constituiría como proveedora y habría una transformación cualitativa, no así un salto cuantitativo. Por lo que, se trata de

afinidades funcionales conforme a la dinámica global del desarrollo infanto – juvenil, cuya diferencia se hallará en la expresión específica, ya sea de lo normal o patológico; pues la conducta anormal sólo difiere cuantitativamente de la conducta normal, es decir lo normal y patológico rezagan únicamente en grados (Rodríguez, 1988; Morris, 1997).

Por lo tanto, como señalan Braconnier y Marcelli (2005), es importante una evaluación global del funcionamiento, centradas en el conjunto de manifestaciones y conductas intrapsíquicas del adolescente, lo que permitirá a su vez, identificar las interrupciones y precisar los riesgos. Por su parte Rodríguez (1998), menciona, que la regla de oro en la determinación de causas de los trastornos psíquicos en esta etapa, es la que ampara la co-causalidad y la multifactorialidad.

Enfoque	Integrativo
Supraparadigmático	

Enfoque propuesto por el psicólogo chileno, Roberto Opazo en 1983, aporta en la integración de conocimientos válidos existentes, de manera ordenada e imparcial en cuanto a enfoques o autores, cuyo único objetivo, es ahondar y rescatar diversas

fuerzas que aporten en potenciar al cambio. Se constituye de fundamentos epistemológicos, metodológicos y paradigmáticos; en el ámbito epistemológico, propone un constructivismo moderado que reconoce la existencia de una realidad más allá del sujeto cognoscente, a la cual no se puede conocer directamente ya que construimos parcialmente nuestras percepciones; desde lo metodológico, permite observar los 360 grados de la dinámica psicológica, enfatizando el acceso a la predicción y al cambio; y en lo paradigmático, plantea el concepto de principio de influencia, que involucra humanizar el principio de causalidad con apertura a la opción de probabilidades, ya que se ajusta más con la complejidad del sistema psicológico y se requiere de una integración paradigmática.

Dicha integración, refiere los paradigmas, biológico, cognitivo, afectivo, inconsciente, ambiental/conductual y sistémico interrelacionados a través de modalidades causales lineales y circulares, en función del sistema self, el cual se establece como eje integrador de la experiencia, e indica el equilibrio homeostático del sistema psicológico; a su vez, desempeña seis funciones: toma de conciencia, identidad, autoorganización, significación, control conductual conducción

de vida y búsqueda de sentido que comprometen a la persona como un todo.

En esta perspectiva, la salud mental implica un desarrollo satisfactorio de los seis paradigmas, más las seis funciones del sistema self, que permitirán mayor funcionamiento del bienestar psicológico y menor presencia de desajustes psicológicos (Opazo, 2001). Aunque, el concepto de bienestar psicológico queda ambiguo y complejo de precisar, pero la idea fundamental es descartar patologías severas como psicosis, psicopatía o extremos desajustes, considerando una adaptación integral admisible en las personas (Opazo, 1999 en Bagladi, 2003). Así la interacción de los diversos paradigmas a través del Sistema Self, facilita una mejor comprensión de la significación que pueda dar cada persona con relación a sus recursos psicológicos positivos. En la psicoterapia integrativa, este sistema, cumple un rol esencial, ya que la experiencia terapéutica, “implica una frontera dialéctica, en la que interactúan permanentemente el self del paciente, los estímulos y principios de influencia aportados por el psicoterapeuta” de manera nomotética e ideográfica (Opazo, 2001, pág. 103).

La función diagnóstica desde este enfoque, a diferencia de ajustarse a un constructo meramente categorial y etiquetar, “ayuda a conocer, a precisar, a explicar, a clasificar, a predecir o pronosticar y a intervenir” (Opazo, 2001, p.201) a través del desglose paradigmático; al mismo tiempo a prestar atención clínica, a las fortalezas y debilidades en cada paradigma para un adecuado proceso psicoterapéutico integrativo y mayor logro de los objetivos terapéuticos.

Como indican Seligman, Klein y Miller (1977 en Opazo, 2001) que “los sistemas de diagnóstico son de valor, sólo si predicen” (p.202). El diagnóstico integral, al no enmarcarse en indagar sólo psicopatologías o sólo parámetros de bienestar, facilita la detección factores de riesgo y factores de protección, en el caso de adolescentes. Pues, es imprescindible en esta etapa evolutiva, explorar ambos polos, incluso tratándose de quienes atraviesan un desarrollo evolutivo con normalidad.

METODOLOGÍA

Diseño de la Investigación

El diseño de la investigación es un estudio no experimental transversal exploratorio descriptivo, que pretende

identificar los factores que intervienen en la salud mental de adolescentes involucrados en actividades prosociales.

Universo

La población considerada en este estudio, concierne a integrantes de diez grupos juveniles de ambos sexos, que oscilan entre 15 a 28 años de edad y asisten a la institución CEADL en la ciudad de Sucre. No es una población clínica.

Muestra

La muestra es no probabilística e intencionada y queda compuesta por 21 adolescentes entre 15 a 19 años de edad, de ambos sexos, de los diferentes grupos, con un estrato socioeconómico medio-bajo, destacados en actividades académicas, deportivas, liderazgo, arte y cultura o en otros ámbitos proactivos y que respondieron la Ficha de Evaluación Clínica Integral-FECI. Se descarta de la muestra, adolescentes con conductas delictivas, suicidas, consumo exagerado de drogas, trastornos de alimentación, trastorno bipolar, esquizofrenia y trastornos psicóticos.

Instrumento

Se utilizará la Ficha de Evaluación Clínica Integral - FECI, propio del Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa,

que consiste en un cuestionario de autoreporte y permite detectar áreas de fortalezas y debilidades en los seis paradigmas y sistema self que compone el Enfoque Integrativo Supraparadigmático, facilitando una evaluación integral de la persona.

Variables

▪ Edad	▪ Ansiedad Social
▪ Sexo	▪ Tolerancia a la Frustración
▪ Procedencia	▪ Repertorio Conductual
▪ Trabajo	▪ Asertividad
▪ Ocupación	▪ Perfeccionismo
▪ Depresión	▪ Vulnerabilidad Biológica
▪ Ansiedad	▪ Padre vive en la actualidad
▪ Autoimagen	▪ Calidad de relación con el Padre
▪ Neuroticismo	▪ Madre vive en la actualidad
▪ Extroversión	▪ Calidad de relación con la Madre
▪ Psicoticismo	▪ Responsabilidad en la Crianza
▪ Escala de Deseabilidad Social/Mentira	▪ Separación de los padres
▪ Irracionalidad Cognitiva	▪ Sistema de Premios y Castigos
▪ Autoeficacia	▪ Consistencia de los padres en la crianza
▪ Autoestima	▪ Valores transmitidos por los padres
▪ Satisfacción de Necesidades	▪ Similitud de valores entre padres e hijos
▪ Alexitimia	▪ Evaluación Global del sistema familiar
▪ Satisfacción de Pareja	

Análisis de datos

Para el análisis de las Escalas del FECI se utilizará la prueba Correlación de Pearson para analizar las asociaciones significativas en las medias de los puntajes. Se considerará un nivel de significación $p < 0,05$.

Resultados

Se encontraron diversas variables significativas en este grupo etario, quienes

no presentan psicopatología o desajustes severos.

Respecto a las variables poblacionales: la mayor afluencia es por los de 19 años con 52%; de 18 años con 29%; de 17 años con el 14% y de 15 años con sólo 5%, no existe ni uno de 16 años. La participación es más por el sexo masculino con 57% y el femenino con 43%. El 71% procede del área urbana y el 29% del área rural. El 67% no trabaja, solo un 33% realiza un oficio remunerado. El 86% son universitarios y el 14% son colegiales.

A continuación, se mencionan las variables significativas, como factores influyentes en la salud mental, en cada uno de los paradigmas y sistema self

Desde el **paradigma biológico**, los indicadores significativos son: baja vulnerabilidad biológica por el 61.9%; baja ansiedad en el 81%; deseabilidad social media en el 47,6%; depresión baja en el 61.9%; bajo neuroticismo en el 66.7%. No obstante, el 52,4% presentan alto psicoticismo y el 57,1% alta extroversión, pero no se evidencian como factores significativos con relación a este paradigma.

Desde el **paradigma cognitivo**, se observa, baja autoeficacia en el 47,6%; baja irracionalidad cognitiva en el 42,9% y bajo

perfeccionismo en el 76,2%, como datos significativos.

Desde el **paradigma afectivo**, el 57.1% refleja, alta satisfacción de necesidades como factor significativo; mientras que la escala de tolerancia a la frustración, no es significativa estadísticamente.

Desde el **paradigma ambiental /conductual**, el 61,9% presentan alto repertorio conductual; el 71,4% asertividad media; el 57,1% alta ansiedad social y el 71.4% un nivel bajo en satisfacción de pareja, como variables significativas.

Desde el **paradigma inconsciente**, el 47,6% presenta alexitimia media, pero esta escala no se evidencia como indicador significativo estadísticamente.

Desde el **paradigma sistémico**, se observa que ambos progenitores de la muestra se encuentran con vida en un 100% madres y 95% padres. En cuanto a la calidad de relación, el 67% presenta una relación cercana con el padre, pero con la madre es más cercana en el 81%; asimismo, las relaciones más afectuosas se dan con la madre en el 81%, mientras que con el padre un 62%; de igual manera, las relaciones estables prevalecen con la madre en el 81% y con el padre un 52%; respecto a las relaciones conflictivas, el

14% refiere con la madre y el 33% con el padre.

Concerniente a la buena comunicación, el 81% manifiesta con la madre y el 43% con el padre. La responsabilidad en la crianza de los/as adolescentes de la presente muestra, un 86% se encuentra a cargo de ambos padres y sólo el 14% bajo la tutela de sus abuelos; porcentajes que coinciden con ausencia y presencia de divorcios. En el transcurso de formación de vida de estos adolescentes, se observa equilibrio entre premios y castigos en el 76%.

En cuanto a la consistencia de los progenitores en la crianza de estos adolescentes, el 38% considera como consistentes y el otro 38% como relativamente consistentes. Con relación a los valores transmitidos e inculcados por sus padres, el 48% percibe como bastante claros y el 14% como conservadores. En la similitud de valores entre padres e hijos/as, el 38% considera relativamente similares; el 29% bastante similares y el 24% muy similares. Finalmente, concerniente a la evaluación global de la vida familiar, el 62% perciben como buena, el 24% considera regular y el 14% aprecia como excelente.

Respecto a las variables del sistema Self, un porcentaje del 71.4% de la muestra,

presenta autoestima alta; mientras que, en autoimagen, el 47,6% presenta un nivel medio y el 38,1% nivel alto, constituyéndose como significativas.

DISCUSIÓN y CONCLUSIONES

En el transcurso de la adolescencia, una persona mentalmente sana, no se encuentra impermeable de ciertos conflictos y, ocasionalmente puede disminuir su estabilidad emocional, adicionados los cambios peculiares de esta etapa, sin ingresar necesariamente en cuadros patológicos. Por lo que la incidencia de diversos factores, puede fortalecer o debilitar el bienestar psicológico y por consiguiente, la salud mental.

Es así que, a partir de los resultados obtenidos, se detectaron algunos factores significativos como indicadores influyentes en la salud mental de la presente muestra, desde el Enfoque Integrativo Supraparadigmático. Cabe señalar en principio que, respecto a las variables poblacionales, los de 19 y 18 años son los de mayor concurrencia, constituido considerablemente por el sexo masculino frente al femenino, procedentes más del área urbana que del área rural; de los

cuales sólo una minoría desempeña un trabajo remunerado y un masivo porcentaje tiene la ocupación como universitarios que colegiales.

Concerniente a las variables por paradigmas, los sujetos de la muestra presentaron desde el Paradigma Biológico, baja predisposición biológica al igual que un bajo neuroticismo, ausencia de sintomatología ansiosa y depresiva con una deseabilidad social media, lo que implica una significación biológica aceptable y saludable, junto a la búsqueda de pautas de conducta apropiadas. No obstante, psicoticismo y extraversión no resultan como factores significativos, a pesar de presentar altos niveles en una mayoría, lo cual, concordaría con lo que señalan Corbí y Pérez (2012, en Narvárez y Caro, 2015) que por los procesos de cambio que acontecen en la adolescencia, la mayoría presentan una tendencia de impulsividad, implicadas la inmadurez de ciertas zonas cerebrales, (Oliva, 2007).

Dickman y Meyer (1998 en Narvárez y Caro, 2015) por su parte, plantean una impulsividad funcional, que se aviene más con las características de la muestra y que difiere bastante con la impulsividad disfuncional; ya que estos sujetos canalizan esa impulsividad hacia actividades

programadas y no así en actividades disruptivas.

Al presentar significativamente baja vulnerabilidad Biológica, no existe una correlación importante con las variables de psicoticismo y extraversión. Asimismo, los bajos niveles de los otros factores mencionados de este paradigma, dan cuenta de una distante predisposición biológica hacia la psicopatología; por lo tanto, no son altamente vulnerables desde lo biológico.

En el Paradigma Cognitivo cabe mencionar en principio, que la mayoría de estos adolescentes, tuvieron un aprovechamiento académico muy bueno y algunos fueron admitidos a la universidad, sin previo examen debido a su excelente desempeño en secundaria. Asimismo, se observó que predominan factores de bajo perfeccionismo, al igual que una irracionalidad cognitiva baja, por cuanto no prevalecen tendencias marcadas de exigencias rígidas y extremistas consigo mismos y con los demás; no reflejan esquemas de magnificación y minimización ni actitudes adversas. Tampoco presentan una tendencia de sesgos cognitivos, pensamientos dicotómicos en función del todo o nada, siempre o nunca que distorsionen la

realidad; por el contrario, denotan flexibilidad cognitiva. Sin embargo, el factor autoeficacia fluctúa entre bajo y medio, lo que permite una autopercepción negativa del rendimiento personal, en cuanto a la resolución de problemas y el uso de estrategias adecuadas en el desarrollo de algunas actividades. Aunque, no es de extrañar que experimenten sucesos de inseguridad y temor ante algunos eventos sociales, especialmente si son experiencias nuevas, puesto que buscan aceptación y aprobación, por cuanto aún se encuentran en ese trancede desarrollar diferentes roles y capacidades que les permita manejarse en diversos ámbitos. Sin embargo, es importante considerarlo en las intervenciones. De manera que sus expectativas, se encuentran en consonancia con las vivencias de su entorno, con cierta valentía perceptiva frente a la vida.

Desde el Paradigma Afectivo, se puede señalar que el factor de satisfacción de necesidades repercute significativamente, pues fluctúa entre alto y medio, permitiendo un predominio de la gratificación sobre la frustración en más del 50% de los sujetos de la muestra; sólo un 33% ya cuenta con un trabajo remunerado.

Concerniente al Paradigma Ambiental-Conductual, presentaron un nivel alto en

repertorio de conductas sociales, asertividad media, ansiedad social alta y baja satisfacción de pareja; lo que explica que, si bien son capaces de anticipar consecuencias frente a ciertas decisiones, controlando su sistema conductual y, se perciben con ciertas destrezas sociales; tienden a presentar al mismo tiempo, algunas dificultades para enfrentar reclamos e imposiciones en determinadas circunstancias, ya sea al interior del grupo de pares y/o por el cambio de ambiente del colegio a la universidad, considerando que el 86% de la muestra son universitarios de primer año.

A su vez, esta situación les genera una autovaloración pobre en autoeficacia, conflictuando el bienestar psicológico de manera pasajera, pero sin consecuencias negativas ni conflictos interpersonales desadaptativos; lo que coincide con lo que refieren los autores Offer, Ostrov y Howard (1981 citado en Douglas y Irving, 1998); (Braconnier y Marcelli, 2005). Desde el EIS, se hace relevante estos aspectos para una intervención integrativa, en cuanto a fortalecer seguridad y activar el ambiente con mayor conducta pulsante. (Opazo, 2001). Por otra parte, se destacan en lo académico, deportivo y en la búsqueda de actividades prosociales extracurriculares, característicos con la amplia gama de

conductas que puede observarse en adolescentes considerados normales (Fontanelle, 2001). En cuanto a satisfacción de pareja, arrojaron un nivel bajo, lo cual indica que el inicio de relaciones amorosas como enamorados en estos adolescentes, es más tardía, como efecto de lo que consideran que la información sexual recibida, fue de manera adecuada y relativamente adecuada.

Al ser conscientes de sus estados emocionales, tienden a presentar en el paradigma inconsciente, defensas maduras como el humor y anticipación, aunque también se muestran idealistas. En el paradigma sistémico, la calidad de relación entre hijos/as y figuras parentales, reflejan relaciones cercanas, afectuosas, estables y con buena comunicación, donde la figura materna es superior a la paterna, diferencia que se invierte sólo en las relaciones conflictivas, instaurándose óptimos niveles de cohesión y de expresión emocional. Asimismo, ambos progenitores son responsables en la crianza, ya que existe un mínimo porcentaje de divorcios y no se halló disfunciones familiares relevantes con experiencias traumáticas; sino un equilibrio entre premios y castigos con absoluta y relativa consistencia. Por otra parte, los valores transmitidos son bastante claros y conservadores en el marco del respeto y

aceptación; se destaca más un estilo de padres autónomos que favorecen el contacto cuando se los requiere, generando apego seguro que brinda seguridad, confianza y predomina la función control-guía, el cual repercute en el tipo de valores que asumirán como hijos/as. Este último aspecto, se relaciona con inferencias de los autores (Bagladi, 2009; Kimmel y Weiner, 1998). Así la similitud de valores que se da entre sus padres y los sujetos de la muestra, son relativamente similares, ya que tienen un rol activo en la adopción espontánea de los mismos; finalmente la evaluación global de la dinámica familiar, se la cataloga como buena, lo que implica, que si bien son familias funcionales, también tuvieron conflictos, pero no permitieron que interfiera en la homeostasis del sistema familiar, pese a su condición socio-económica media-baja, lo cual refleja cierto nivel de resiliencia.

En cuanto al sistema Self, un porcentaje significativo percibe alta autoestima y una autoimagen que oscila entre medio y alto, manifestándose mayor énfasis afectivo que cognitivo; cuya dinámica, repercute favorable en las diversas funciones. De manera que, están procesando la organización y consolidación de una identidad clara, estable con sentimientos de autovaloración, percepciones aceptables de

sí mismos/as, al igual que un adecuado autoconcepto y autoaceptación. Asimismo, traducen sus experiencias de forma apropiada y realista en base a los logros obtenidos y reconociendo sus limitaciones; flexibles al cambio, con un locus de control interno ya que sus satisfacciones no atribuyen a situaciones casuales, sino al esfuerzo propio, lo que despliega cogniciones afectivo dependientes en la línea positiva, instaurando afectos positivos, junto a un aceptable umbral hedónico del tipo intrínseco, ya que comprometen más su mundo interno.

Por otra parte, regulan de manera adaptativa su sistema conductual, con sistemas valóricos coherentes y con una búsqueda de sentido, que priorizan en el siguiente orden: Compromiso con la familia, el afán de servir a Dios, desarrollo personal, desarrollo del amor en pareja, justicia social, éxito laboral, búsqueda de conocimiento, compromiso con su país y éxito económico. Es interesante observar que, siendo buenos alumnos, no se enfoquen en primer lugar sólo en la búsqueda de conocimiento y tampoco en buscar fama, reconocimiento o prestigio social.

Es así que diversos factores, influyen como aspectos positivos en el funcionamiento del Bienestar

Psicológico, dentro de la Salud mental de estos adolescentes, descritos y visibilizados desde el EIS permitiendo a la vez, una transición adaptativa. Los paradigmas asociados significativamente a la salud mental, se encuentra en lo ambiental-conductual y biológico. En la construcción y configuración del Sistema Self, el paradigma biológico y ambiental-conductual, desempeñan una acentuación protagónica significativa, es decir, a menor presencia de: depresión, ansiedad, neuroticismo, extroversión, psicoticismo (disfuncional), ansiedad social, vulnerabilidad biológica; mayor autoestima y mayor autoimagen.

No obstante, en atención a que los resultados en el proceso psicológico no son estáticos, sino bastante dinámicos, se hace necesario considerar posibles dificultades que se observó, los cuales podrían interferir a mediano o largo plazo, como una autoeficacia que fluctúa entre bajo y medio, alta ansiedad social que interfiere moderadamente por el momento; una tolerancia a la frustración en nivel medio, que podría ascender o descender, psicoticismo y extroversión altos por los cambios neurobiológicos ya mencionados que los hace vulnerables ante influencias nocivas, aunque estas tres últimas variables no están asociadas a la salud mental de los

sujetos de la muestra. Precisamente, de ahí proviene la importancia de intervenir simultáneamente, en promoción y prevención con este tipo de adolescentes, para potenciar los recursos con los que cuentan como factores protectores y prevenir posibles conflictos como factores de riesgo.

Desde el EIS, se brinda una psicoterapia integrativa, en el marco del Desarrollo Personal, con las estrategias y técnicas adecuadas según las particularidades nomotéticas e idiográficas de cada adolescente; considerando que esta etapa, es fundamental para instaurar una buena salud mental hacia la edad adulta.

De manera que los resultados de la presente investigación, son consistentes con la teoría revisada y como una primera aproximación en el tema desde el enfoque, permite abrir futuras líneas de investigación en una muestra más grande en cuanto a la correlación de las diversas variables asociadas a las variables sexo, edad y de diversos estratos socio-económicos.



Referencias Bibliográficas

- Aguilar, J. (2013).** Panorama actual de la salud mental. Estudios Bolivianos N°18. La Paz, Bolivia. Recuperado de http://www.revistasbolivianas.org.bo/sciELO/Php?pid=S2078-3622013000100011&script=sci_arttext.
- Acción Internacional para la Salud. (2010).** *Determinantes Sociales de la Salud*, 24(3). Boletín 176. La Paz, Bolivia.
- Alcántara, M.G. (2008).** La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. *Sapiens. Revista Universitaria de Investigación*, 9(1), 93-107.
- Bagladi, V. (2003).** Variables Inespecíficas en Psicoterapia y Psicoterapia Integrativa. Tesis para optar al grado de doctor en psicología, Universidad Nacional de San Luis, Argentina.
- Bagladi, V. (2009).** Una aproximación clínica al bienestar humano. *Actualizaciones en Psicoterapia Integrativa*, 1, 20-52.
- Braconnier, A. y Marcelli, D. (2005).** *Psicopatología del adolescente*. (2da ed.). Barcelona: Masson.
- Bertolote, J.M. (2008).** Raíces del concepto de salud mental. *Revista oficial de la Asociación Mundial de Psiquiatría*, 6(2), 113-116.
- Cardozo, A., Martínez, M. y Colmenares, G. (2012).** Caracterización de las condiciones de vida y el bienestar psicológico de adolescentes damnificados del sur del departamento del Atlántico. *Cultura, Educación y Sociedad* 3(1), 83105.
- Diener, E. (1994).** Assessing subjective well-being: *Progress and opportunities*. *Social indicators Research*, 31, 103-157.
- Fishman, Ch. (1990).** *Tratamiento de adolescentes con problemas*. Un enfoque de terapia familiar. Barcelona: Paidós.
- Fontanelle, H. (2001).** *Claves para padres con hijos adolescentes*. Buenos Aires: Longseller.
- Giménez, M., Vásquez, C. y Hervás, G. (2010).** El análisis de las fortalezas psicológicas en la adolescencia: Más allá de los modelos de vulnerabilidad. *Psicología, Sociedad y Educación*, 2(2), 97-116.
- Instituto Nacional de Estadística. (2012).** Bolivia características de población y vivienda. Censo Nacional. Recuperado de <http://www.ine.gob.bo:8081/censo2012/PDF/resultadosCPV2012.pdf>.
- Kaplan, L. (1991).** *Adolescencia. El adiós a la infancia*. Buenos Aires: Paidós.
- Kimmel, D.C. y Weiner, I.B. (1998).** En L. Ezpeleta (Ed.). *La adolescencia: una transición del desarrollo*. (1ra ed.). Barcelona: Ariel S. A.

- Llunch, M.T. (1999).** Construcción de una escala para medir la salud mental positiva. Tesis para optar el grado de doctorado. Universidad de Barcelona, España.
- Morris, Ch. (1997).** *Psicología* (9na ed.). México: Prentice Hall Hispanoamérica.
- Narváez, D. y Caro, E. (2015).** Impulsividad funcional y disfuncional en adolescentes consumidores de alcohol. Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado, Venezuela. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 18(2), 539-563. Recuperado de [http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol18num2/Vol 18 N°2 Art5.pdf](http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol18num2/Vol%2018%20Nº2%20Art5.pdf).
- Orihuela, S. (2015).** Bienestar y afrontamiento en adolescentes participantes de un programa de empoderamiento juvenil. Tesis para optar el grado de Licenciada en Psicología, Universidad Católica del Perú. Lima, Perú.
- Organización Mundial de la Salud (2014).** Principales causas de mortalidad en adolescentes. Ginebra, Suiza. Recuperado de [http://www.who.int/mediacentre/news/rel ea ses/2014/focus-adolescent-health/es/](http://www.who.int/mediacentre/news/rel/ea%20ses/2014/focus-adolescent-health/es/)
- Organización Panamericana de la Salud, (2013).** (WHO-AIMS): *Informe sobre los sistemas de salud mental en América Latina y el Caribe*. Washington, DC.
- Organización Mundial de la Salud (2013).** Plan de Acción Sobre Salud mental 2013-2020. Ginebra, Suiza.
- Oliva, A., Pertegal, M.A., Antolín, C., y Ríos, M. (2011).** *El desarrollo positivo adolescente y los activos que lo promueven*. Un estudio en centros docentes Andaluces. España: Junta de Andalucía, Consejería de salud.
- Oliva, A., Gómez, A., Águeda, P., Pertegal, M.J., Bermúdez, M., y Suárez, L. (2008).** *La promoción del desarrollo adolescente*. Recursos y estrategias de intervención. Sevilla: Junta de Andalucía, Consejería de salud.
- Oliva, A. (2007).** Desarrollo cerebral y asunción de riesgos durante la adolescencia. Colegio Oficial de Psicología de Andalucía Occidental y Universidad de Sevilla. *Apuntes de Psicología*, 25(3), 239-254.
- Olivares, R.J., Macia, A.D., y Méndez, F.X. (2003).** *Tratamientos conductuales en la infancia y adolescencia*. (2da ed.). Madrid: Pirámide.
- Opazo, R. (2004).** *Psicoterapia integrativa y desarrollo personal*. En Fernández, A. H., y Opazo, R. (Comps.), *La integración en psicoterapia* (p. 334 – 381). Barcelona: Paidós.
- Opazo, R. (2001).** *Psicoterapia Integrativa: Delimitación clínica*. Santiago de Chile: Ediciones ICPSI.
- Routier, C., Sutter, P., Guéritault, V., y Van Rillaer, J. (2010).** En Meyer, C. (Dir). *Los nuevos psi*. (1ra ed.). Buenos Aires: Sudamericana.
- Rodríguez, Sacristán J. (Ed). (1998).** *Psicopatología del niño y del adolescente*. (2da ed.).(Tomo I). España: Universidad de Sevilla.
- Salotti, P. (2006).** *Estudio sobre estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en una muestra de adolescentes de Buenos Aires*. Tesis para optar el grado de Licenciada en Psicología, Universidad de Belgrano. Argentina.

Seligman, M.E.P. y Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology: An Introduction. *American Psychologist*, 55(1), 5-14.

Schumutte, P. y Ryff, C. (1997). Personality and well being: Reexamining methods and meanings. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73 (3), 549-559.

Vásquez, C., Hervás, G., Rahona, J.J. y Gómez, D. (2009). Bienestar psicológico y salud: Aportaciones desde la Psicología Positiva. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 5, 15-28.

Infancia y Mindfulness

Una mirada hacia la atención plena en Infancia

Ps. Carolina Poblete O.

Abstract

This article aims to visualize the importance of meditation and mindfulness in childhood, specifically in school children, and how this practice affects, influence or impact on the dynamics of children in their attentional and emotional processes. It also aims to justify the use of Mindfulness in children, and in the therapeutic practice, within the framework of the Supraparadigmatic Integrative Approach, proposed by Roberto Opazo (PhD). For this purpose, it becomes necessary to clarify concepts, assessing that their therapeutic effects in children.

Key Words: Mindfulness, Childhood, Integrative Model Supraparadigmatico

Resumen

El presente artículo tiene por objetivo visualizar la importancia que tiene la meditación y la atención plena en la infancia; específicamente en niños escolares. Y cómo dicha práctica influye, potencia, o repercute en los niños, en sus procesos atencionales y/o emocionales. Asimismo, se pretende justificar el uso del Mindfulness en la población infantil y en la práctica terapéutica, a través del Enfoque Integrativo Supraparadigmático propuesto por el Dr. Roberto Opazo. Para esto, se vuelve menester clarificar tal concepto, para luego avistar sus efectos terapéuticos en niños.

Palabras Claves: *Mindfulness, Infancia, Modelo Integrativo Supraparadigmático*

Introducción

Trabajamos más que esclavo romano, pero creemos que vivimos en una sociedad súper libre, no tenemos tiempo de ver a nuestros amigos, de reflexionar con ellos, ni de estar con nuestros hijos, estar de verdad. Hay que madrugar, no tenemos tiempo de hacer el amor con la persona que hemos elegido, la pasión se marchita. Lunes, martes, miércoles, jueves, la rutina engulle nuestra vida a cambio de algún capricho, ¿eso es vivir? ¿Renunciar a la vida para que tus hijos renuncien el día de mañana a la suya?

Vivimos en una sociedad que poco nos deja sentarnos a mirar qué sucede afuera, menos en poder atender a nuestras demandas internas; si pensamos que trabajamos cinco días de siete, dormimos ocho horas de veinticuatro, eliminamos unas cuantas más entre traslados y tráfico, me pregunto, en qué momento atendemos a nuestro descanso y a nuestros hijos. En qué momento los amamos y jugamos con ellos, o peor aún, en qué instante le enseñamos a reconocer sus emociones o conocerse, reconocerse, identificarse y crecer.

El presente documento tiene por finalidad cuestionarse la calidad de vida que

estamos teniendo en el presente siglo, y cómo ésta afecta a los niños y nuevas generaciones, cómo a través de tanta competencia y rapidez, enseñamos a los niños a tomarse un tiempo muerto y respirar, conocerse interiormente y empezar a desarrollarse de manera individual y única.

De ahí el interés que nace en conocer los efectos que podría generar la práctica de Mindfulness en niños escolares, y cómo es que con tan solo unos minutos de atención plena a lo que hacemos o sentimos, podemos generar grandes cambios psicológicos y físicos.

Este último tiempo, el Mindfulness ha concitado gran preeminencia terapéutica, el término se comienza a masificar, diversos profesionales ven en esta práctica, una buena instancia para generar mayor aprendizaje y una base común, amena y sencilla que todos podemos potenciar. Su arranque, se asocia a costumbres espirituales y en un principio era más bien esotérico; hoy en día, se ha desprendido de este origen y se ha convertido en una práctica secular.

Desde el ámbito de las ciencias médicas, se estudia dicha praxis como una técnica

para modificar la articulación cerebral y conductual.

En el año 2004, Campagne plantea que al escribir “Meditación” en PubMed, aparecen unas mil referencias en revistas de medicina.

Ahora bien, es posible explicarnos el incremento del atractivo de esta práctica a través de Simón en el año 2007, donde éste nos plantea tres razones de tal seducción que alcanza el Mindfulness. El primero, tiene relación con las primeras prácticas contemplativas asociadas al exilio de los monjes budistas tibetanos; seguido por el estado del arte de las terapias cognitivas y, por último, el autor expresa, la relevancia en temáticas de investigación en neurociencias cognitivas.

Como se percibe, meditar es una práctica antigua y poderosa, asociada desde lo espiritual hasta lo científico; de ahí mi interés en exponer un argumento sólido para justificar el uso del Mindfulness en niños y su práctica terapéutica, taxativamente, dentro del Modelo Supraparadigmático. Para realizar esto, se vuelve menester definir conceptualmente el término *Mindfulness*, para vislumbrar sus efectos terapéuticos en el uso con infantes, y distinguir su uso en escolares o niños muy

próximos a serlo (niños entre 4 – 7 años) y en la población general.

Infancia y Mindfulness

Dentro de las múltiples técnicas utilizadas en lo que respecta a la psicología, durante las últimas décadas se produce una notoria inclinación a la integración de las ciencias de la salud y las prácticas del Oriente, asimismo, una creciente búsqueda e interés, en el uso potencial de las prácticas meditativas dentro de la psicoterapia.

El concepto de Meditación, comienza a introducirse en la neurociencia, la psiquiatría y de lleno en la psicología, no solo para esclarecer una ideología espiritual/religiosa de contemplación, sino para incluir el uso de ejercicios intencionados para la atención plena con fines terapéuticos.

Como técnica meditativa se destaca el *Mindfulness*, practica de meditación descendiente de la tradición *Vipassana* Budista, remontando su génesis hace 2500 años, cuando fue transmitida por Gautama Buda (Hanh, 1976). Diversas corrientes de esta tradición han despertado el interés de múltiples profesionales occidentales que promueven la aplicación de estos métodos. Aunque en los años sesenta ya hubo varios

intentos de introducir la meditación en la psicoterapia (Assagioli, 1965, Watts, 1961), fue en 1975 cuando surgió el primer trabajo de Mindfulness, y a partir del 2002 cuando su estudio empezó a cobrar relevancia, despertando el interés de múltiples investigadores y clínicos (Pérez & Botella, 2006).

Dicha práctica meditativa se asocia, según Varela (2000), a lo que en occidente se ha denominado Fenomenología, en el sentido de indagar la conciencia y el momento presente, no obstante, alcanzando un mayor grado de rigurosidad y profundidad.

Ahora bien, dentro del ámbito de la psicología, la meditación fue foco de atención para Erich Fromm, Karen Horney y también para Jung, quien sostenía que la meditación era una de las formas en las cuales las personas podían acceder a imágenes arquetípicas. A su vez, Perls, también vio la meditación como una forma de acceder al aquí y al ahora, así como los terapeutas transpersonales consideraron la meditación como una herramienta importante para introducir otros niveles de conciencia (Walsh & Shapiro, 2006). Más recientemente, siguiendo a Baptista y Dalbosco en el 2009, el Mindfulness está siendo centro importante de atención en el enfoque cognitivo conductual.

Ahora bien, el término Mindfulness, se traduce al español como “atención plena” o “conciencia plena”, la interrogante es a qué debemos estar atentos plenamente.

Hanh, en el 1976, lo define como “mantener la propia conciencia en contacto con la realidad presente”; Kabat-Zinn (2004), manifiesta que el Mindfulness consiste en “llevar la propia atención a las experiencias que se están experimentando en el momento presente aceptándolas sin juzgar”. Para Baer (2003) meditar es “la observación, ausente de juicios, de la continua corriente de estímulos internos y externos, conforme van apareciendo”.

Cardaciotto (2005) considera que “es la tendencia a ser consciente de las propias experiencias internas en un contexto de aceptación de estas experiencias sin juzgarlas”. Bishop et al. (2004) lo definen de forma más minuciosa como “una forma de atención no elaborativa, que no juzga, centrada en el presente, en la que cada pensamiento, sentimiento o sensación que aparece en el campo atencional es reconocida y aceptada tal como es”. Por último, Brown y Ryan (2003), exponen que la conciencia plena hace referencia a una claridad y vividez de la experiencia y del funcionamiento actual que contrasta con los estados de menor conciencia, menos despiertos, del funcionamiento habitual o

automático que puede ser crónico en la mayoría de las personas.

Como se percibe, son muchos los autores que describen y dan uso al concepto de Mindfulness. Para mí, meditar es trascender, meditar es reconocerse a uno mismo, sin prejuicios, en el aquí y ahora, conectando con su mundo interno, haciendo perceptibles, sensaciones, pensamientos y emociones que pudieran surgir de la práctica misma, o de eventos pasados o futuros que nos distancian de la quietud de una atención plena en el presente.

Ahora bien, existen una serie de componentes subyacentes a las técnicas de Mindfulness provenientes del zen que son interdependientes. Aunque no todos son expuestos de manera explícita por los distintos autores, de una forma u otra siempre se hace alusión a ellos: 1) atención al momento presente, 2) apertura a la experiencia, 3) aceptación, 4) dejar pasar y 5) intención (Pérez & Botella, 2006).

Siguiendo a estos autores, Pérez y Botella (2006), nos describen cada uno de los cinco componentes de la meditación Mindfulness; así, la atención al momento presente hace referencia a vivir el momento actual sin anclarse en el pasado ni centrarse en los temores, expectativas o

deseos del futuro. La apertura a la experiencia, es la actitud de “mirar con mente de principiante” contemplando la experiencia sin dejarse influenciar por el bagaje de creencias previas que ya poseemos. La aceptación, entendida como no juzgar los sentimientos, pensamientos y eventos que nos suceden en el día a día, es el tercer componente. Dejar pasar, implica no quedar atrapado ni dejarse llevar por sentimientos, sensaciones, pensamientos o deseos, ni sentir que son inherentes a uno mismo. Y, por último, la intención, es un componente que alude a lo que cada uno pretende conseguir al aplicar las técnicas de conciencia plena en su vida.

Así, por ejemplo, atender a las propias señales somáticas o a los cambios de entorno puede ser muy importante para la regulación de la salud y de la conducta (Hayes, 2003). De ahí la importancia en que alcanza esta práctica tan antigua pero que en la actualidad cobra relevancia y queda evidenciada, por ejemplo, en programas de entrenamiento dentro de la psicoterapia, tales como, reducción del estrés basado en la conciencia plena (MBSR), la terapia cognitiva basada en la experiencia plena (MBCT), la terapia dialéctica conductual, la terapia de aceptación y compromiso (ACT) o la terapia breve relacional (DBT) entre otros (Pérez & Botella, 2008)

La práctica de Mindfulness, como se describe anteriormente, impacta de gran manera en el desarrollo de nuestras vidas y en cómo nos visualizamos a nosotros mismos como seres humanos. Esto pareciera ser fácil de comprender entre jóvenes y adultos, quienes alcanzan un nivel de abstracción mayor y quienes pudieran tener una conexión mayor con temas religiosos y espirituales. Pero, ¿qué pasa con los niños?

Pues bien, contemplando los hechos y la experiencia que se ha recogido con población adulta, se puede hipotetizar que la introducción de los programas de atención plena en el contexto escolar, donde niños y adolescentes pasan gran parte de sus vidas o mayor aún, van desarrollándose en diferentes dimensiones, podría tener grandes beneficios y retribuciones. De hecho, dentro de los últimos años se va forjando un aumento en la formación de programas basados en atención plena en diferentes escuelas (Black, Milman & Sussman, 2009).

Durante la etapa pre-escolar y escolar, se producen enormes transformaciones en el desarrollo integral de los niños, aquí se diferencian importantes cambios en niños de 3 a 5 años, como cambios interpersonales que corren en cada uno de estos niveles.

Los procesos de mielinización y maduración de las áreas frontales proporcionan a los niños de esta edad un mejor funcionamiento de sus procesos cognitivos, control corporal y regulación emocional. Como señala Price (2009), la infancia es un período de gran sensibilidad en cuanto a la plasticidad cerebral, lo que los niños aprenden durante este período puede convertirse en algo habitual cuando son mayores.

En cuanto al ámbito cognitivo, Piaget nos describe a estos niños dentro de un estadio preoperacional, aquí se engloba a niños entre 2 y 6 años, donde estos en lugar de hacer actividades de manera automática, ya muestran capacidad para pensar, no obstante, aún no de forma lógica, sino más bien regidos por un pensamiento simbólico, pre-lógico y egocéntrico.

Según Shaffer y Kipp (2007), se estima que, a los 5 años, según la Teoría de la Mente, los niños ya son capaces de comprender que el pensamiento de otras personas no tiene por qué ser igual al suyo propio.

Los infantes poseen una atención menos lábil, y la controlan más que cuando son más pequeños, saben regular la planeación y organización de actividades y ostentan una mejor coordinación de los sentidos,

procesos de memoria, así como de habla y audición (Lenroot & Giedd, 2006). Philips y Tolmie (2007), nos describen que el desarrollo del lenguaje está principalmente condicionado por la maduración cerebral y el contexto social, siendo como señala Vygostky, una herramienta fundamental para el aprendizaje.

En relación al desarrollo psicosocial, el logro más eminente entre los 2 y 6 años es la regulación emocional, según lo plantea Hidalgo y Palacios en el 2002. Así, los niños van adquiriendo una mayor conciencia social con emociones tales como los celos, la empatía, conducta prosocial, prejuicios y una mayor autoconciencia emocional en la que se desarrolla un autoconcepto que inicialmente suele ser muy positivo, así como una autoevaluación que hace que sean más críticos con ellos mismos pudiendo ensanchar la gama de emociones, tales como el orgullo, la autoestima, la vergüenza y la culpabilidad (Berger, 2007).

Cabe destacar a su vez, que el agente socializador por excelencia durante esta etapa denominada infancia, es la familia, pudiendo también estar presente los maestros o compañeros de clase, sin embargo, los cuidadores principales poseen aquí gran responsabilidad en cuanto al manejo emocional, reconocimiento de las

necesidades de los niños, y visualizar el juego como actividad fundamental para el desarrollo integral del menor.

Como se describe, son muchos los procesos implicados en la infancia y en el proceso madurativo de los niños, de aquí lo relevante en ver cómo es que una práctica meditativa, puede ayudar a desarrollar tales procesos de manera más efectiva y otorgando mayor simbolismo y conciencia a personas pequeñas “inmaduras” pero con gran potencial.

Diferentes estudios nos muestran los efectos de la práctica de la atención plena en el ámbito educativo, según Parra, Montañés y Bartolomé (2012), mejora el rendimiento académico, incide en los niveles de creatividad, regula emociones en niños con problemas de internalización/externalización de emociones, disminuye ansiedad, incrementa la atención, modifica conductas agresivas, mejora la percepción de autoeficacia así como del humor y calidad del sueño. Esta práctica, ayuda en la capacidad de abrir paso a un nivel mayor de conciencia, no tan solo por lo que pasa internamente como lo exponen estos autores, sino que también amplía conciencia a nivel colectivo y externo.

Existe suficiente evidencia empírica que demuestra la utilidad de enseñar a practicar la atención plena a los niños desde edades tempranas, de manera que cuenten con una herramienta eficaz que les ayude a afrontar la vida de una manera más consciente y plena. Como indica Arguís (2014), la práctica de Mindfulness en el ámbito educativo puede contrarrestar el estrés diario de forma que se puedan vivir las experiencias de un modo más atento y consciente, permite asimilar la nueva información de manera más serena y relajada, aprendiendo mejor y evitando el riesgo de exceso de información y aporta elementos para el desarrollo personal, social y la promoción del bienestar en las escuelas, complementando así los aprendizajes académicos más tradicionales (Parra & Tébar, 2015).

Las prácticas desarrolladas con niños no son radicalmente diferentes a las llevadas a cabo con adultos. Según Lillard (2011), los ejercicios deben ser adaptados en relación a la edad y las habilidades que muestren los niños teniendo en cuenta que su pensamiento es más concreto. Se han de proponer dinámicas sencillas y claras, sin olvidar la gran imaginación y creatividad que los niños poseen de manera intrínseca. Además, es fundamental tener en cuenta el tiempo en la realización de estas

actividades de manera que se ajuste a las necesidades de los niños y características de la actividad.

Un estudio realizado con niños entre 5 y 6 años (Parra & Tébas, 2015), demuestra los efectos del Mindfulness luego de hacer dicha práctica durante 7 sesiones de diversas maneras. Aquí se le plantea a los niños, primeramente conocer el Mindfulness y se le realiza una introducción al respecto, para luego pasar a las actividades que tienen relación con meditar en silencio, meditar caminando, meditar mientras se observa, conoce y se come un masticable, meditar a través del arte de mandalas, meditar conociendo su propio cuerpo y finalmente a través de concientizar la respiración.

Tales actividades no son para nada complejas y tan solo se necesita la voluntad de cada uno para realizarlas. Dentro de tal estudio, los niños se desenvuelven bien, logran captar el objetivo de trabajo, cuando se les pregunta qué es Mindfulness y para qué sirve, ellos lo refieren como una serie de “juegos para estar atentos, estar tranquilos”, se muestran contentos y realizan las actividades sin temores.

Como se percibe, muchas de las sesiones expuestas en el estudio anterior,

tienen una serie de componentes comunes a la base. La mayoría se caracteriza por ejecutar ejercicios que promuevan la conciencia de uno mismo, la identificación de las propias sensaciones, pensamientos o emociones que aparecen y que van provocando las variadas actividades, como elemento principal está la atención al momento presente o la aceptación sin juzgar. Por otro lado, se inspira conseguir una mejora en la atención plena a través de la respiración, meditación sentada, concentrarse en los sonidos externos y la exploración del cuerpo, a modo de realizar un scanner de este.

De acuerdo a lo ya expuesto, se logra evaluar el gran aporte que realiza el Mindfulness en niños, pero tales intervenciones requieren un análisis mayor para esta población particular y así poder obtener mayores logros y éxitos. Ya que se dispone de variados programas para aplicar técnicas de atención plena en poblaciones de niños y adolescentes, se vuelve menester seguir ampliando horizontes y líneas de investigación con el fin de verificar su eficacia y seguir creando otros nuevos o adaptando los existentes en pro del bienestar del niño/a.

Ahora bien, lo que se propone en este apartado, es evaluar dicha eficacia del

Mindfulness, a través de la Psicoterapia, y específicamente dentro del Enfoque Integrativo Supraparadigmático (EIS), propuesto por el Dr. en psicología Roberto Opazo.

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

Por otro lado, el EIS, que pretende generar un conocimiento válido y que aporte al cambio, a través de la investigación, para lograr alcanzar una teoría y práctica más completa respaldada a través del accionar clínico, se ve enfrentada a la posibilidad de utilizar diferentes técnicas, las cuales hayan sido validadas por la investigación, como lo ha venido haciendo el Mindfulness dentro de la psicoterapia. Así, la integración consiste en seleccionar diversos tratamientos y aportes clínicos validados previamente, en relación a su eficacia clínica, más allá del aporte que pueda hacer la mera teoría de la práctica.

Ahora bien, el modelo Integrativo propuesto por Opazo se fundamenta en una “macro teoría” que constituye un conjunto

de principios epistemológicos, metodológicos y paradigmáticos, los cuales conforman el cimiento de la Psicoterapia Integrativa (Fernández & Opazo, 2004). Dicho enfoque se diferencia de los enfoques tradicionales, en la apertura de múltiples fuentes de conocimiento y de intervención clínica, diferenciándose a su vez del eclecticismo por aportar un trasfondo teórico, el cual permite ordenar la información proveniente de los diferentes enfoques y guiar la investigación (Opazo, 2001). De esta manera el enfoque Integrativo busca la integración a niveles paradigmáticos, asumiendo como centro de la integración el sistema Self. A partir de la construcción teórica, es que la psicoterapia integrativa considera en su accionar clínico seis paradigmas; biológico, cognitivo, afectivo, inconsciente, ambiental-conductual y sistémico, y seis funciones del sistema Self; toma de conciencia, identidad, significación, autoorganización, búsqueda de sentido y conducción de vida (Opazo, 2001).

Dentro de los paradigmas mencionados, así como también el sistema Self, la práctica de Mindfulness genera una respuesta integrada mente-cuerpo, la cual posee características cognitivas y fisiológicas que permiten desarrollar un estado de equilibrio y autocontrol, pudiendo

presentar efectos positivos en el paradigma biológico.

La práctica de Mindfulness generaría entonces una respuesta significativa dentro del **paradigma biológico**, que incluye la reducción en el consumo de oxígeno, el decremento de la frecuencia cardiaca, respiratoria y frecuencia sanguínea, junto con la reducción de ácido láctico.

Dentro del paradigma biológico podríamos decir que la práctica sistemática de Mindfulness influye aumentando la probabilidad de relajación, y específicamente en niños, la práctica de una atención plena, incide provocando mayor probabilidad de temperamento fácil, adecuada regulación del ciclo sueño-vigilia y mayor conciencia en cuanto a la ingesta de alimentos, entre otras.

Por otra parte, la práctica de Mindfulness conlleva cambios funcionales y estructurales en diversas áreas cerebrales, con consecuencias adaptativas asociadas a una mejor regulación emocional y atencional (Delgado, 2009) que, si lo llevamos al plano de la niñez, impacta de manera significativa en la neuroplasticidad neuronal y en las actividades realizadas desde la corteza frontal lo que a la larga termina afectando de manera positiva también al paradigma afectivo.

De esta manera, dentro del **paradigma afectivo**, al practicar la técnica de Mindfulness se ha observado que en general el malestar emocional se experimenta como menos displacentero y amenazador en un contexto de aceptación porque cambia su significado subjetivo, lo cual puede conducir a mejorar la tolerancia a los afectos negativos (Bischop, 2002), siguiendo en la infancia, dentro de este paradigma, las emociones van adquiriendo mayor protagonismo y sentido de pertenencia, lo que hace al niño verse más autónomo y como consecuencia, podemos ver mayor regulación emocional.

Por otra parte, la práctica de Mindfulness proporciona afectos positivos, de tal manera que la presencia de un estado afectivo positivo influye aumentando la probabilidad de que se fortalezcan expectativas de autoeficacia. Ahora bien, si la práctica de Mindfulness es prolongada en el tiempo permitiría la presencia de estado de ánimo positivo y estable el cual influiría aumentando la probabilidad de que la persona tenga una autoimagen positiva.

Siguiendo con los afectos, aquel infante que practica Mindfulness primeramente aumentará un autocontrol de su corporalidad y así, de seguridad y confianza en él, lo que desemboca en una adecuada

autoestima y capacidad de ayudar a otros en la realización de atención plena a lo que se está haciendo.

Ahora bien, es dentro del **paradigma cognitivo** en el cual la práctica de Mindfulness ha tenido un mayor desarrollo; en cuanto a la infancia y procesamiento de información, la conciencia plena puede aportar a un desarrollo en la objetividad respecto de la propia experiencia interna, lo que facilita una mayor flexibilidad cognitiva emocional y conductual que contrasta con los patrones rígidos de respuestas que se derivan de la identificación con la experiencia, así tendremos niños menos irritables, que conocen su valor como persona y que logran organizarse luego de vivenciar experiencias estresantes con amigos, sus pares o sus padres.

Así también, se menciona lo relevante que ha sido la práctica de Mindfulness dentro del enfoque cognitivo conductual, dado a que los cambios cognitivos experimentados con Mindfulness han sido relevantes para poder trabajar con las ideas irracionales de los pacientes, por tanto, dentro del paradigma cognitivo la práctica de Mindfulness podría generar cambios cognitivos específicos que influyen aumentando la probabilidad de que se

presenten ciertos afectos o conductas específicas.

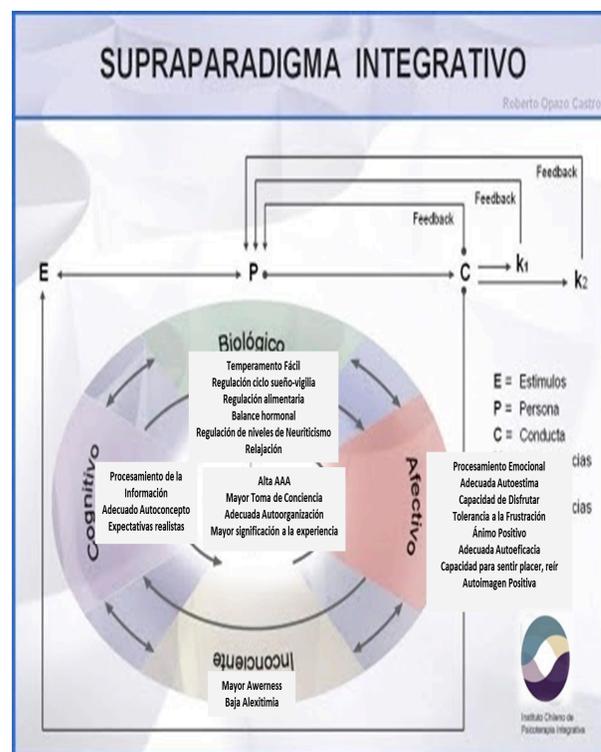
Por otra parte, *Mindfulness* aportaría de forma sustancial a la **función de Toma de Conciencia del Sistema Self**, ya que, al estar consciente mediante la atención plena facilita la elección de conductas consientes con las propias necesidades, valores e intereses, al contrario de lo que produce el pensamiento automático, mejorando de esta manera la autoimagen y la autoestima de los pacientes (Brown, 2003), si bien, esto pudiera quedar claro para adultos, explicar acerca de la “conciencia” a niños de 5 años resulta más complejo, de ahí la importancia de incorporar el juego y actividades generadoras de autoconocimiento para lograr alcanzar niveles elevados de conciencia en niños.

La práctica sostenida de *Mindfulness* podría plantearse como un principio de influencia en los distintos paradigmas mencionados y también en la función de toma de conciencia del Sistema Self. De esta manera, la ampliación de la toma de conciencia de un paciente sobre sí mismo en cuento a sus fortalezas y cualidades, influye aumentando la probabilidad de seguridad en sí mismo.

Cabe destacar, de manera transversal, la importancia de que, en el trabajo con niños,

las instrucciones, objetivos e indicaciones se deben repetir en mayor cantidad con un lenguaje aterrizado a la edad, se debe poseer mayor paciencia y principalmente debe gustar el trabajo con escolares, teniendo esto como base es posible lograr grandes cambios y bellos pronósticos.

Se adjunta una imagen del modelo propuesto por Roberto Opazo, donde se incorporan aquellos aportes que hace el *Mindfulness* por paradigmas, para la población infantil.



Conclusiones

Como se observa, la práctica de Mindfulness está adquiriendo en los últimos años gran valoración, tanto en niños como adultos, debido principalmente al ritmo frenético que nos exige nuestra sociedad. Poder expandir la práctica de la atención plena a los niños desde edades tempranas puede ayudar a una mayor regulación emocional en los años posteriores, contribuye a que éstos posean una identidad más equilibrada e integrada en todas dimensiones, y comenzar a verse, desde pequeños, como individuos holísticos con cuerpo, alma y espíritu. El hecho de transmitirles a los niños dicha experiencia tempranamente, en el apogeo de sus potencialidades, ayudará a continuar practicándolo de manera habitual en el día a día de próximas generaciones.

Ahora bien, lo importante si queremos transmitir este conocimiento a nuestros hijos, estudiantes o niños en general, es ir progresivamente llevando nuestra atención a cada una de las vivencias internas y externas que experimentamos, de tal manera que podamos estar cada vez más presentes en el aquí y ahora de nuestras vidas.

Cabe destacar que lo que se busca con esta práctica de atención plena no es un

estado de iluminación, sino más bien, un proceso de aceptación de los estados internos/externos y mentales que tienden a un aumento del autoconocimiento y transformación personal.

En cuanto a la práctica dentro del ámbito escolar, es menester que, para que éstas tengan éxito, se desarrollen de manera flexible, adaptándolas a los intereses y necesidades de los niños, considerando para esto un tiempo pertinente y apropiado, por ejemplo, en la reducción de las sesiones o del tiempo de las mismas, siendo capaces de finalizar la experiencia Mindfulness cuando los infantes comiencen a distraerse o hablar sin atención plena o bien, cuando observemos que la actividad está dejando de ser atractiva y ha perdido efectividad. Una de las formas para llevar a cabo una buena práctica, es conocer a nuestra audiencia y conocer la etapa vital en la que se encuentran, y así escoger actividades dependiendo de las características individuales, del grupo curso y del contexto.

Unas de las características a tener en cuenta pueden ser, la adecuación de los temas a tratar, siendo selectivos en estos y optando por aquellos que sean más relevantes en torno a nuestro contenido a trabajar, a través del uso de un lenguaje

simple y más concreto, considerando el nivel de abstracción de los niños.

Adaptar los ejercicios y experiencia Mindfulness a niños y adolescentes de manera de hacerlos más simples, repitiendo conceptos y explicando las tareas a seguir las veces que sea necesario, para esto será necesario haber trabajado la paciencia y sobre todo gustar del trabajo con niños. Poder introducir juegos y actividades lúdicas es la mejor manera de llegar a los niños, esta es la herramienta principal de comunicación para ellos, así que partir con juegos antes de la práctica o bien, incorporarlos en la misma, puede atraer a la audiencia y motivarla a seguir presente en una atención plena. Para finalizar, los niños gozan que sus habilidades, destrezas, respuestas y acciones se valoren, además de sentirse capaces de lograr lo que quieren, los hacemos sentir seguros y con eso aumentamos su autoestima, así que entregar recompensas para motivar y validar a los niños será una buena manera de terminar una experiencia Mindfulness.

Si bien, aun se necesitan estudios de replicación de las investigaciones y estudios nuevos para generalizar la fidelidad de la experiencia Mindfulness, si se sabe que muchas son las variables que demuestran

la eficacia de estas técnicas tanto en adultos, como en infancia y adolescencia.

Destaco alguna de estas variables en las que las técnicas Mindfulness han demostrado tener gran éxito, como en la mejora de síntomas de depresión y ansiedad, trabajar ciertos problemas conductuales, aumentar la atención y concentración y perfeccionar funciones ejecutivas. Todo ello parece conllevar mejoras en la calidad de vida e incremento de las sensaciones positivas, el bienestar y la relajación.

De este modo, podemos pensar en acercar cada vez más la práctica de Mindfulness al Modelo Integrativo Supraparadigmático y pensar dicha práctica dentro de los diferentes paradigmas y sistema self comprendidos en el EIS.

Así, la aceptación del momento presente con alto grado de conciencia, se incluiría dentro del Sistema Self, pudiendo abarcar tanto la función toma de conciencia, como la de identidad y significación, como modos generales de funcionamiento. A su vez, que los diferentes paradigmas se ven trabajados gracias a los elementos prácticos del Mindfulness. Así, la relajación refuerza el paradigma biológico, la exposición al paradigma ambiental/conductual, la autorregulación al paradigma afectivo, los

diferentes cambios cognitivos, así como el aumento de concentración y atención inciden en el paradigma cognitivo y la capacidad de autoobservación, puede promover un contacto con lo inconsciente y esencialmente a la función toma de conciencia aumentando el *awereness*.

Se vuelve especialmente relevante buscar una integración entre afectos y cogniciones, pudiendo ser la suma de estos, superior a cada uno por separado.

Por último, el paradigma sistémico, se ve afectado en la medida en que la totalidad del sistema es cambiado por una práctica de Mindfulness y esto a su vez, impacta en el contexto y entorno cercano al individuo que la práctica.

En definitiva, considero que cobra un sólido interés, la introducción en las escuelas, este tipo de programas e intervenciones de tipo integrativo, sobre todo en el horario de clases, para que así todos los alumnos, independientemente de sus condiciones socioeconómicas, culturales, o de salud puedan beneficiarse de los beneficios y ventajas que se adquiere con la práctica de Mindfulness.

Referencias Bibliográficas

- Arguís, R., Bolsas, A, Hernández, S & Salvador M^a (2010).** Programa Aulas felices. Psicología positiva aplicada a la educación.
- Arguís, R. (2014).** Mindfulness y Educación. En Cebolla, García-Campayo y Demarzo (Eds.), Mindfulness y Ciencia. De la tradición a la modernidad. Madrid: Alianza Editorial.
- Baptista, C., & Dalbosco, D. (2009).** ¿Por qué meditar? La experiencia subjetiva de la práctica de meditación. Scielo Brasil.
- Berger, K.S. (2007).** Psicología del desarrollo: Infancia y adolescencia. Madrid: Panamericana.
- Biegel, G., Brown, K., Shauna L. Shapiro, S. & Schubert, C. (2009).** Mindfulness- Based Stress Reduction for the Treatment of Adolescent Psychiatric Outpatients: A Randomized Clinical Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 77 (5)
- Bischof, S. (2002).** What do we really know about Mindfulness - Based Stress Reduction? *Psychosomatic medicine*
- Brown, K. (2003).** The benefit of being present: Mindfulness and its role in psychological well being. *Journal and social psychology*
- Campagne, D. (2004)** Teoría y Fisiología de la meditación. Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace.
- Casado, P. (2015)** Mindfulness en la infancia y adolescencia. Trabajo Fin de Grado para optar al Título de Psicólogo, Universidad de Salamanca, España
- Delgado, L. (2009).** Correlatos psicofisiológicos de Mindfulness. Eficacia en un entrenamiento de habilidades. Biblioteca electrónica de la Universidad de Granada
- Fernández, H., & Opazo, R. (2004).** La integración en Psicoterapia: Manual de aplicaciones. Barcelona: Paidós.
- Hidalgo, V. & Palacios, J. (2002)** Desarrollo de la personalidad entre los 2 y los 6 años. En *Desarrollo Psicológico y Educación. Psicología Evolutiva*. Madrid: Alianza.
- Kabat-Zinn, J. (2004):** Vivir con plenitud las crisis. Como utilizar la sabiduría del cuerpo y

de la mente para afrontar el estrés, el dolor y la enfermedad. Barcelona: Kairós

Lenroot, R., & Giedd, J. (2006). Brain development in children and adolescents: Insights from anatomical magnetic resonance imaging. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 30 (6)

Lillard, S. A. (2011). Mindfulness Practices in Education: Montessori's Approach.

Opazo, R. (2001). Psicoterapia Integrativa: Delimitación clínica. Chile: ICPSI.

Parra, M. & Tébar, S. (2015) Practicando Mindfulness con el alumnado de tercer curso de educación infantil. *ENSAYOS, Revista de la Facultad de Educación de Albacete*

Parra, M., Montañés, J., Montañés, M. & Bartolomé, R. (2012). Conociendo Mindfulness. Ensayos. *Revista de la Facultad de Educación de Albacete*.

Pérez, M. & Botella, L. (2006) Conciencia plena (mindfulness) y psicoterapia: concepto, evaluación y aplicaciones clínicas. *Revista de psicoterapia* N° 17

Philips, S & Tolmie, A. (2007). Children's performance on and understanding of the Balance Scale problem: The effects of parental support. *Infant and Child Development*, 16(1)

Price, M. (2009). More compassion, less competition. Vol. 40, 11, 20. En *American Psychological Association*.

Simón, V. (2007) Mindfulness y neurobiología. *Revista de Psicoterapia- enlaohra.com*.

Simón, V (2011). Aprender a practicar Mindfulness. Barcelona: Sello Editorial. Snel, E.

Shaffer, S. y Kipp, K. (2007). Psicología del Desarrollo: Infancia y adolescencia, 7ª edición. México: Cengage Learning.

Varela (2000) El Fenómeno de la Vida. Editorial Dolmen, Santiago de Chile.

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

Trastorno de Personalidad Antisocial: Sustratos Biológicos

Ps. Paulina Castro R.

Abstract

The present article has been carried out looking for a wide scope of the information on biological substrates, related with the antisocial personality disorder. Includes a selection of literature and current search that look for the relationships between different factors; among them, neuroanatomical structures involved and neurophysiological factors altered in this disorder. It also provides a theoretical framework considering genetic factors associated with the development and maintenance of this disorder.

Keywords: *Personality Disorder, Antisocial personality, biological substrates.*

Resumen

El presente trabajo ha sido realizado con el objetivo de ampliar información actualizada sobre los sustratos biológicos relacionados con el trastorno de personalidad antisocial. Contempla una selección de literatura e investigaciones actuales, con el fin de buscar una relación entre diversos factores de las estructuras neuroanatómicas implicadas, así como en el funcionamiento neurofisiológico que se altera en el trastorno. Y también incorpora un marco teórico de factores genéticos que se asocian con el desarrollo y mantenimiento del trastorno.

Palabras clave: *Trastorno de Personalidad, Personalidad Antisocial, Sustratos Biológicos.*

AcPI, 8: 116-134.

* Psicóloga UDLA. Posttítulo Psicoterapia Integrativa, Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa (ICPSI). contacto: ps.paulinacastro@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Personalidad puede definirse como las causas internas que subyacen al comportamiento individual y a la experiencia de la persona. Las situaciones requieren lidiar con ellas. La personalidad comprende la forma en que una persona se enfrenta al mundo, se adapta a las demandas y oportunidades en el ambiente. La dinámica de la personalidad involucra múltiples influencias, tanto del ambiente como de adentro de la persona. En el ambiente, las situaciones pueden proporcionar oportunidades para satisfacer las metas o las amenazas que requieren de la adaptación. Dentro de la persona, varios aspectos de la personalidad pueden combinarse para influir en el comportamiento (Cloninger, 2003).

Algunos niños parecen serenos, enérgicos, etc., desde el momento del nacimiento. ¿Pudiera ser que la personalidad esté determinada por la genética? El término temperamento se refiere a los estilos consistentes del comportamiento y a las reacciones emocionales que se presentan desde la infancia, presumiblemente debido a las influencias biológicas (Cloninger, 2003).

Desde la antigua Grecia, los filósofos y los médicos creían que las predisposiciones innatas llevaban a una persona a ser melancólica y a otra, sanguínea (Kagan, 1994). Los psicólogos del desarrollo han observado las diferencias de temperamento en los niños desde hace tiempo, pero, dentro de la teoría de la personalidad, tales argumentos han tenido una recepción conflictiva. Algunas de las primeras teorías modernas, incluidos los enfoques biosociales de McDougall y Murphy (Cheek, 1985), afirmaron que la biología influye en la personalidad, y Freud y otros psicoanalistas creyeron que la biología es la razón primaria del porqué los sexos difieren en la personalidad. Otros estuvieron en desacuerdo. Horney propuso que la cultura era más importante que la biología como determinante de las diferencias femeninas-masculinas, y los enfoques conductistas de la personalidad por lo general niegan la importancia del temperamento. Un teórico del aprendizaje, de hecho, tan lejos como teorizar que la razón de que una persona se vuelva zurda mientras que otras sean diestras puede no deberse por completo a la herencia, sino a la operación de los factores de oportunidad, tales como la dirección que un niño debe seguir con tal de

hacer contacto con un juguete o una cuchara (Staats, 1996).

Con la explosión de la investigación en la genética y en la neurociencia, los investigadores modernos de la personalidad están avanzando más allá de la especulación de los teóricos clásicos acerca del papel de la biología, identificando los mecanismos biológicos que contribuyen a tales aspectos de la personalidad como la tendencia a que algunas personas sean sociables y otras tímidas. Eysenck (1982) postuló una base fisiológica para las principales variables de la personalidad y esta línea de investigación continúa (por ejemplo, Bates y Wachs, 1994; Gray, 1987a, 1987b; Lester, 1989b). A pesar de una evidencia creciente del papel de la biología, debemos tener en mente que ésta escenifica su influencia en el ambiente, y los diferentes ambientes pueden hacer que las personalidades que provienen del mismo potencial biológico sean diferentes (Cloninger, 2003).

En medio de las discusiones de la importancia del análisis multifactorial acotamos que la personalidad sería el estilo distintivo de funcionamiento adaptativo que exhibe un organismo o especie frente a sus entornos habituales y los trastornos de la

personalidad serían estilos particulares de funcionamiento desadaptativo.

Uno de esos trastornos, es el trastorno de personalidad antisocial, conocido como sociopatía o psicopatía, que ha sido objeto de varios estudios empíricos y consideraciones teóricas desde que Phillippe Pinel introdujo el término, hace aproximadamente doscientos años (Cloninger, 2003). Este trastorno de personalidad antisocial se relaciona con el crimen, la violencia y la delincuencia. Los individuos que lo presentan tratan a los demás de manera insensible, sin preocupación aparente, sin sentimiento de culpa, incluso cuando dañan a las personas más cercanas o a ellos mismos, motivados por las oportunidades de manipular a los otros (Millon y Davis, 1998). Las personas con este trastorno de personalidad son sumamente rígidas, no pueden adaptarse a la realidad, lo cual debilita su capacidad operacional. Sus patrones desadaptados de pensamiento y comportamiento se hacen evidentes al principio de la edad adulta, frecuentemente antes y, tienden a durar toda la vida (Mata, 2002).

Cloninger, junto con sus colaboradores Siever y Davis (1993), propone un Modelo Tetradsimensional de la Personalidad construido sobre los ejes de la genética y la biología, que coinciden con los ejes clínicos

que giran sobre los trastornos de personalidad (Arroyo y Roca, 1998).

Este Modelo tiene en cuenta los factores que afectan la continua interacción del individuo, haciendo énfasis en el factor disposicional de la biología sobre los diferentes escenarios.

Trastornos de personalidad

Pichot, et al. (1995) presentan algunos de los criterios que se deben tener en cuenta para un trastorno de la personalidad. Los define como un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento, que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, estando presente en una, dos o más áreas de las que se mencionan a continuación: cognición (por ejemplo, formas de interpretarse a uno mismo, a los demás y a los acontecimientos); afectividad (por ejemplo, la gama, la intensidad, la labilidad y la adecuación de la respuesta emocional); actividad interpersonal y control de los impulsos.

Kaplan, Sadok y Grebb, (1994) presentan enfoques complementarios a los que se han mencionado, pero, en este punto, al referenciar aquellas definiciones y planteamientos que se relacionan de manera directa con los trastornos de la

personalidad como tal. Es entonces cuando estos autores hacen mención a la agrupación que el DSM-IV (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales) les da a los trastornos de la personalidad, los cuales se dividen en la personalidad paranoide, la esquizoide y la esquizotípica. Las anteriores pertenecen a la agrupación del grupo A. Las del B incluyen los trastornos de la personalidad antisocial, borderline, histriónica y narcisista, teniendo así en las personas que las padecen comportamientos con inclinación al dramatismo, a la emotividad y a conductas erráticas. El grupo C comprende los trastornos de la personalidad por evitación, por dependencia y el obsesivo-compulsivo, y una categoría denominada trastorno de la personalidad no especificado, en la cual las personas suelen ser ansiosas y temerosas.

En el DSM V se agrega un capítulo nuevo llamado **Trastornos de conducta disruptiva y del control de impulsos** y aúna los trastornos antes incluidos en el capítulo "Otros trastornos de la infancia, niñez y adolescencia", y en el capítulo "Trastornos del control de impulsos no especificados".

Todos estos trastornos se caracterizan por problemas en autocontrol emocional y conductual. Debido a su cercana relación

con los trastornos de conducta, el trastorno de personalidad antisocial, está incluido en este nuevo capítulo y en el de los trastornos de personalidad. También se destaca que el TDAH tiene altas comorbilidades con los trastornos de este capítulo, pero está incluido dentro de los trastornos del neurodesarrollo.

Los rasgos de la personalidad causan incapacidad funcional significativa, social o laboral y, de la misma forma, sus manifestaciones se reconocen en la adolescencia o antes de la edad adulta, continúan a lo largo de la adultez y, a veces, se hacen menos patentes o se atenúan en la edad intermedia o avanzada (Arroyo y Roca, 1998).

Hasta el momento se ha identificado la clasificación que se ha intentado dar a los trastornos de personalidad, en el DSM, herramienta esencial de la psicopatología. Siendo el interés de este trabajo comprender y profundizar en el conocimiento del Trastorno de Personalidad Antisocial (TAP).

Trastorno de personalidad antisocial

Es una alteración de la personalidad que se caracteriza por imposibilitar al individuo a tener una convivencia normal

cuando intenta independizarse; sin embargo, cuando logra cierto grado de independencia, lo consigue gracias a su sobreestimada autovaloración, lo que demuestra intentando mantener su supremacía por la fuerza (Astudillo, Cortes y Valdebenito, 2006).

Garrido (2000) expresa que este término describe un patrón de conducta caracterizado por la falta de remordimientos y una ausencia completa de restricciones. Del mismo modo, en la exposición de Garrido (2003), agrega que se desarrolló, en ese tiempo, el concepto de “locura moral”, en referencia a los hombres con comportamientos y actitudes antisociales.

Para Vallejo (1980), la personalidad antisocial (trastorno antisocial de la personalidad) refleja en los pacientes una gran frialdad y una falta de miedo ante aquellas situaciones en las cuales cualquier otro sujeto con las mismas características y la misma edad, podría sentir temor o “prudencia” por su aparente peligro o situación de riesgo. Así mismo, menciona que los trastornos de la personalidad antisocial se manifiestan con mayor acentuación en aquellas personas que desde la infancia presentan alteraciones y rechazos ante las normas y reglamentos que se les presenten para la vida cotidiana. El autor argumenta que desde la etapa de

la niñez es común notar este tipo de comportamiento en los pacientes que presentan características de personalidad antisocial, además porque se suman factores relevantes como la mentira constante, el robo, el exceso de travesuras y conductas agresivas, que sobresalen una vez que se avanza en la etapa de la niñez.

Las personas que presentan personalidad antisocial reflejan una regulación que se basa exclusivamente en la sensibilidad ante las señales de recompensa y la gratificación inmediata, por ello no se motivan a realizar actividades que requieran un esfuerzo sostenido y acaban desinteresándose de todo lo que no les provea estimulación y gratificación. Esta descripción de Vallejo (1980) se complementa con otras observaciones tales como la presencia continua de consumo de estimulantes del tipo de las anfetaminas o la cocaína, que se ven combinados con el alcohol o la marihuana, características propias de síndromes tóxicos en dichos pacientes.

Estos múltiples síntomas que abarcan el trastorno, determinan la aparición de la alteración como un cuadro que afecta al individuo cuando se presentan en la mayoría de las situaciones experimentadas. Por esto, el DSM V ha logrado reunir los síntomas en un conjunto de criterios

diagnósticos, que facilitan la identificación de la psicopatía. Estos se describen a continuación.

Criterios diagnósticos del trastorno de personalidad antisocial

Criterios para el diagnóstico de F60.2
Trastorno antisocial de la personalidad
(301.7) CIE-10

A. Un patrón general de desprecio y violación de los derechos de los demás que se presenta desde la edad de 15 años, como lo indican tres (o más) de los siguientes ítems:

1. fracaso para adaptarse a las normas sociales en lo que respecta al comportamiento legal, como lo indica el perpetrar repetidamente actos que son motivo de detención
2. deshonestidad, indicada por mentir repetidamente, utilizar un alias, estafar a otros para obtener un beneficio personal o por placer
3. impulsividad o incapacidad para planificar el futuro
4. irritabilidad y agresividad, indicados por peleas físicas repetidas o agresiones
5. despreocupación imprudente por su seguridad o la de los demás
6. irresponsabilidad persistente, indicada por la incapacidad de mantener un trabajo con constancia o de hacerse cargo de obligaciones económicas
7. falta de remordimientos, como lo indica la indiferencia o la justificación del haber dañado, maltratado o robado a otros

B. El sujeto tiene al menos 18 años.

C. Existen pruebas de un trastorno disocial que comienza antes de la edad de 15 años.

D. El comportamiento antisocial no aparece exclusivamente en el transcurso de una esquizofrenia o un episodio maníaco.

Entonces, es de gran importancia mencionar que este trastorno se inicia con comportamientos sutiles en la niñez y se exhiben de modo intenso después de la adolescencia y durante la etapa de adulto joven, para luego disminuir cuando se llega a la edad de 40 años (Garrido, 2003).

Los trastornos relacionados con el capítulo de trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta incluyen afecciones que se manifiestan con problemas en el autocontrol del comportamiento y las emociones. Mientras que otros trastornos del DSMV pueden tratar sobre problemas de la regulación del comportamiento y las emociones, los trastornos de este capítulo son singulares en el sentido de que se traducen en conductas que violan los derechos de los demás (p. ej., agresión, destrucción de la propiedad) o llevan al individuo a conflictos importantes frente a las normas de la sociedad o las figuras de autoridad. Las causas que subyacen en los problemas del autocontrol del comportamiento y las emociones pueden variar sustancialmente dentro de los trastornos de este capítulo y entre los individuos de una misma categoría diagnóstica.

Factores neurobiológicos del trastorno de personalidad antisocial

Factores neuroanatómicos

Del-Bel (2005) menciona que la agresión (comportamiento característico de la psicopatía) puede llegar a ser clasificada como reactiva versus operativa. La reactiva (afectiva) se da cuando el individuo se encuentra temeroso y siente la necesidad de defenderse de los estímulos desconocidos, potencialmente peligrosos. Por otro lado, la operativa (depredatoria) es aquella planeada y ejecutada de manera calculada, para eliminar un objeto claramente específico. Por lo tanto, la inhibición o desinhibición de la agresión puede ocurrir entre dos elementos neuroanatómicos, en los sitios más primitivos o en las estructuras “superiores” sobre otras “inferiores” (Del-Ben, 2005). A continuación, se describen los sistemas implicados en la desinhibición e inhibición de la conducta agresiva:

La desinhibición comportamental

Todas las alteraciones, incluidas las comportamentales, tienen elementos comunes. La desinhibición comportamental se vincula, según Mata (2002), con el Sistema de Activación Comportamental (SAC) como opuesto al Sistema de Inhibición Comportamental (SIC). El SAC se

activa en respuesta a incentivos gratificantes o placenteros, en tanto el SIC lo hace frente a la posibilidad de castigo o frustración, y se piensa que es el substrato de la ansiedad. Se ha sugerido que en la psicopatía habría una hiperrespuesta del SAC, con baja reactividad del SIC. Esto ha sido demostrado por medio de pruebas. Algunos autores encontraron que los altos buscadores de sensaciones, especialmente aquellos que puntúan alto en desinhibición, tienden a mostrar baja desaceleración cardíaca a los tonos de moderada intensidad, en tanto que los bajos buscadores de sensaciones responden a la inversa. Estos resultados sugieren que los altos buscadores atienden más a los estímulos novedosos, aún si éstos carecen de significado desde el punto de vista de la recompensa o el castigo (Mata, 1998).

La teoría del bajo nivel de alerta, la cual tendría que ver con la frialdad afectiva, se apoya en que los psicópatas tienen baja responsividad fisiológica, evidenciada por el gasto cardíaco bajo, desde muy temprana edad, exceso de ondas lentas en el electroencefalograma (EEG) y baja conductividad eléctrica de la piel. En un sentido directo, esta baja responsividad puede hacer al individuo menos sensible a claves sutiles requeridas para el aprendizaje de claves prosociales y puede

deteriorar el condicionamiento clásico de respuestas emocionales que se cree son importantes para la formación consciente del aprendizaje de la evitación (Howard, 1986).

La inhibición comportamental

Para Mata (2002), una falta de alerta autonómica podría explicar el déficit en el aprendizaje de la evitación pasiva en psicópatas, debido a que el arousal puede inhibir la respuesta en las personas más ansiosas. Los psicópatas tienden a exhibir menos alertabilidad de acuerdo a las mediciones de resistencia eléctrica de la piel, pero muestran alta respuesta cardíaca a los estímulos que han sido condicionados al castigo, ocurriendo a la inversa cuando tal condicionamiento no existe la respuesta cardíaca es bifásica, esto es, puede mostrar tanto aceleración como desaceleración en respuesta a los estímulos.

Estudios de neuroimágenes

Debido a la necesidad de estudiar las estructuras cerebrales implicadas en los diferentes procesos de la psicopatía, la ciencia médica ha utilizado los avances técnicos de neuroimagen funcional, como la Tomografía por Emisión de Positrones (TEP), la Tomografía Computarizada por emisión de Fotón Único (SPECT) y la Resonancia Magnética Funcional (fMRI)

para hallar relaciones entre las regiones cerebrales y los criterios diagnósticos del TPA.

En un estudio de neuroimagen estructural con fMRI, se encontró que las personas diagnosticadas con TPA presentaban una reducción en el volumen de la masa prefrontal que se correlaciona positivamente con una reducción en la respuesta autónoma frente a un evento estresor (Del-Ben, 2005). Chiana-Shan, Kosten y Shinha, (2006), refieren que los individuos con TPA no tienen una adecuada respuesta emocional ante las situaciones de estrés y no logran aprender de las asociaciones cuando se enfrentan a situaciones similares. Estos autores encontraron en la fMRI una activación de la corteza prefrontal y del área de Brodman (BA) 10, en personas antisociales para suprimir el dolor emocional que se puede experimentar ante una situación de estrés, siendo estas estructuras las que controlan el sufrimiento del individuo en conjunto con la disminución de la actividad del cíngulo posterior izquierdo. Tal argumento es confirmado en otra investigación realizada por Edens, et al. (2006), donde hallaron que las personas con un alto puntaje en la escala PCL-R tienen una actividad electotérmica menor ante estímulos lingüísticos y no lingüísticos agresivos, con lo cual lo correlacionan los autores con una

baja sensibilidad para llevar a cabo un proceso de aprendizaje ante las señales de castigo. Estudios más recientes con la fMRI demuestran que en el TPA se implican las regiones prefrontales y el sistema límbico, donde según los investigadores se presenta una disminución en la actividad del complejo amígdala-hipocampo, giro parahipocampal, estriado ventral y giro del cíngulo posterior y anterior (Del-Ben, 2005).

Según García y Téllez (1995), el déficit que se presenta a nivel límbico en personas con alteraciones en el control de la impulsividad les genera dificultad para tener un aprendizaje significativo. Estos mismos autores mencionan que los psicópatas tienen alterado el mecanismo del núcleo peduncular cerebeloso, el cual integra la acción motora, recibe aferencias de los ganglios basales y del sistema nervioso autónomo, por lo cual, en el TPA, el individuo no se percata de sus acciones, presentando frialdad afectiva con incapacidad de tener memoria sensorial y aprender de las experiencias.

Laasko (2001) describió que existe una relación entre la psicopatía y las reducciones bilaterales del volumen del hipocampo posterior. Por su parte, Raine (1994), utilizando el TEP en la actividad de la corteza prefrontal de 41 asesinos y 41

sujetos de control, encontró que los asesinos tenían menor actividad en esa zona. En relación con las regiones del córtex, la reducción del funcionamiento prefrontal puede traducirse en la pérdida de la inhibición o control de las estructuras subcorticales; esto, dentro del plano neuropsicológico, se traduce en alteraciones en los sentimientos agresivos; en el plano neurocomportamental, se han identificado comportamientos arriesgados, irresponsables, trasgresores de las normas, con arranques emocionales y agresivos que pueden predisponer a la violencia; en el plano de la personalidad, se asocian con impulsividad, pérdida de autocontrol e inmadurez y, finalmente, en el plano cognoscitivo, causan una reducción de la capacidad de razonar y de pensar (Raine, 1997 citado por Garrido, 2003).

Este mismo autor también explica que el giro angular izquierdo registra una actividad menor del metabolismo de la glucosa, lo que favorece la conducta violenta. Identificó, además, que el cuerpo calloso tiene una actividad menor que facilita que el hemisferio izquierdo tenga dificultades en la inhibición de las emociones negativas. En otros estudios con PET y SPECT se hace evidente la reducción del metabolismo en regiones frontales (córtex prefrontal) especialmente,

en áreas medias y en el núcleo caudado en el comportamiento antisocial (Blair, 2004). Del mismo modo, se pudo estipular que la actividad de la corteza prefrontal (PFC) más alta se asocia con baja excitación fisiológica, hallando así una correlación positiva entre la activación de PFC y menos cambio en la proporción del corazón, así como menor cambio en la ansiedad, presentando como agravante, el hecho de que los individuos antisociales pueden comprometer el PFC a una magnitud mayor, al evaluar el dolor en la tensión de manera positiva (Chiang- Shan, Kosten & Shinha, 2006). Por último, Chiang-Shan, Kosten & Shinha (2006) manifiestan que su estudio muestra una correlación entre la actividad de MPFC y la personalidad antisocial que hace pensar en la baja excitación fisiológica durante situaciones de estrés.

En particular, se ha observado la pérdida del control de los impulsos y conductas agresivas en los sociópatas (APA, 1999). Para concluir esta parte, a continuación, se resume lo expuesto sobre las bases neuroanatómicas del trastorno de personalidad antisocial.

Tabla tomada de las Bases neuroanatómicas del trastorno de

personalidad antisocial (García y Téllez, 1995, pag. 195.)

Estructura	Actividad
Hipotálamo	Coordinación de la agresión mediante respuesta endocrina simpática Monitorea el medio interno
Sistema límbico	Activa o suprime la respuesta hipotalámica
Amígdala	Recibe impulsos aferentes del neocórtex
Corteza temporal	Asocia con la agresión en estados icterales y preictales
Corteza neofrontal	Modula las actividades límbicas e hipotalámicas Se asocia con los aspectos éticos y racionales de la agresión
Cerebelo	Los lóbulos cerebelosos y el fastigio cerebelar inhiben la conducta agresiva

Factores neurofisiológicos

Además de los estudios que se han realizado sobre las estructuras anatómicas, también es importante resaltar los estudios sobre el funcionamiento de estas y las sustancias que intervienen, no sólo a nivel cerebral, sino en todo el cuerpo y que influyen en el desarrollo del TPA. Con tal finalidad, a continuación, se expondrá dicho funcionamiento.

Agentes hormonales

Las conductas violentas se han asociado a endocrinopatías tipo enfermedad de Cushing, hiperandrogenismo, hipertiroidismo, hipoglicemia y tensión premenstrual, asociaciones que han sido objeto de intensas controversias.

Históricamente, los hombres presentan mayor frecuencia de conducta antisocial en la infancia y en la adolescencia que las mujeres, en proporción de 4:1. En la edad adulta, los hombres muestran mayor prevalencia de trastorno de personalidad antisocial y conductas delictivas con relación de 7:1. La tipología del delito por género es diferente. Las mujeres cometen con mayor frecuencia delitos menores, mientras los hombres muestran mayor frecuencia de delitos contra la vida y la propiedad privada (APA, 1999). La discrepancia fisiológica de género parece ser el resultado de la diferenciación prenatal del área preóptica del hipotálamo, como resultado del influjo de los andrógenos (García y Téllez, 1995). Mata (1998) aporta que las diferencias de género se deben a las hormonas gonadales, en particular la testosterona, y han sido asociadas con la sexualidad, la dominancia social y la agresividad en animales. Estos hallazgos han sido algunas veces extendidos a los humanos sin suficientes estudios comparativos. Altos niveles de testosterona en prisioneros han sido relacionados con historias de agresiones especialmente malignas, pero tanto en prisioneros como en ciudadanos sin problemas legales, la testosterona parece estar relacionada con la dominancia social, la búsqueda de

sensaciones (desinhibición) y experiencias heterosexuales (Mata, 1998).

La hipótesis de Linnoila (1994) es que, de dos grupos igualmente violentos, los ofensores impulsivos podrían tener menores niveles de 5-HIAA en el LCR en relación con los no impulsivos, que habían premeditado sus actos. Por lo tanto, un bajo 5-HIAA es más bien un marcador de impulsividad que de violencia. Puede señalar baja producción de ST, o ser indicador de un alto transporte fuera del LCR, lo cual es un fenómeno de membrana. Los autores sugieren que el temprano consumo de alcohol asociado a bajos niveles de 5-HIAA puede desembocar en cuadros de psicopatía violenta, por lo que sería conveniente suministrar preventivamente serotoninérgicos. Esto apoya la hipótesis de que un control pobre de impulsos está vinculado a bajos niveles de metabolitos de las monoaminas y con una tendencia a la hipoglicemia en ofensores criminales.

Significativamente, niveles bajos del metabolito de la ST, el 5-HIAA y de la enzima Monoaminoxidasa (MAO) se encuentran en los aumentadores visuales en potenciales evocados. Los bajos niveles de MAO se vinculan consistentemente con los buscadores de sensaciones y son bajos

en los desórdenes desinhibitorios. La MAO baja puede ser un signo de falta de actividad serotonina (ST) o excesiva actividad dopamina (DA) (Raine, 1995). Este mismo autor explica la enzima MAO (Monoaminoxidasa) como contenida en las mitocondrias de las neuronas monoaminérgicas y reguladora del nivel de los neurotransmisores (NT) disponibles en las células a través de degradación catabólica por los NT después de la recaptación. La MAO en los humanos es evaluada usualmente a través de las plaquetas. La MAO plaquetaria es usualmente de tipo B, la que está primariamente asociada con la regulación de las neuronas DA en el cerebro humano. Bajos niveles de MAO plaquetaria han sido asociados con altos niveles del rasgo de búsqueda de sensaciones, y también con niveles altos de actividad social, criminalidad, tabaco, alcohol y drogas ilegales.

Hasta este punto se han descrito los factores neuroanatómicos y fisiológicos relacionados con el trastorno de personalidad antisocial. Vale la pena aclarar que la presentación de estructuras o sustancias que aquí se expusieron se encuentran aún en estudio y que no son las únicas implicadas. No obstante, se logró cumplir con el objetivo de ampliar el

conocimiento en esta área. Ahora, para complementar la visión sobre los factores biológicos se describirán a continuación los factores genéticos que se relacionan con el TPA.

Factores genéticos del trastorno de personalidad antisocial

Los genes contienen la información que codifica varias proteínas estructurales y regulatorias (incluyendo al ácido ribonucleico, ARN) que conducen a diferencias en el desarrollo del ser humano. Estas diferencias individuales se pueden expresar en cualquier sistema fisiológico, pero las más importantes son las que se establecen en el cerebro y en otras partes del sistema nervioso ya que son, probablemente, las que más influyen en los rasgos comportamentales (Mata, 2002).

Uno de los estudios que más se ha realizado con respecto al TPA es el de las correlaciones entre gemelos idénticos que fueron criados en forma separada. Estos estudios permiten una estimación directa de la heredabilidad de estos rasgos, contradiciendo la creencia común de que el ambiente familiar es el principal responsable de la socialización del niño y que las similitudes mayores observadas en los gemelos idénticos se deben a que son tratados de manera más parecida que los

fraternos (Mata, 2002). La pregunta sobre qué factor es más importante en el desarrollo de la personalidad, el ambiente o la herencia, ha sido tema de muchas polémicas durante muchos años y es por ello que las investigaciones en los diferentes campos se han ampliado (Barnes, 1984). Se ha sugerido que hay una predisposición genética al retraimiento social, y que esto está relacionado con las anomalías electrofisiológicas vistas en algunos psicópatas, lo cual sugiere que los niños que están predispuestos biológicamente a ser psicópatas están genéticamente predispuestos al aislamiento social; estarían también en riesgo, debido a su hipersensibilidad a amenazas de castigo (en los que están sobrevalorando el peligro) (Howard, 1986).

Al resumir la hipótesis planteada por Howard, se identifica una clase de individuos que muestran un comportamiento antisocial muy temprano, crónico, y cuya condición es fundamentalmente evolutiva, manifestándose en la adultez como un déficit madurativo, tanto comportamental como electrofisiológico; al crecer la persona, estas características disminuyen, en un nivel de rasgos. Algunos de estos individuos, especialmente los que muestran un auténtico trastorno de personalidad, se

caracterizan por un subrasgo patológico de impulsividad. Como consecuencia de esto, hay falta de adaptación, que es la resultante del déficit de la apreciación, tanto primaria como secundaria.

Estudios que muestran la importancia de la genética en relación con las características del trastorno de personalidad antisocial

- La sociabilidad abarca una considerable variedad de estilos de interacción con el ambiente social. En un estudio realizado con casi 13.000 parejas de gemelos suecos, se descubrió que en la pareja de los gemelos monocigóticos la medida de sociabilidad se correlaciona 0.54 y, para los gemelos dicigóticos en 0.21, lo que nos sugiere que para el desarrollo de ciertos rasgos de personalidad se encuentra una fuerte base genética. Por ende, una persona con TPA tiene una carga heredable desfavorable en su capacidad para relacionarse con los demás (Liebert, R y Liebert, L, 2000).

- La emocionalidad, es la tendencia a presentar activación fisiológica en respuesta a los estímulos ambientales. Liebert, R y Liebert, L (2000) mencionan una investigación longitudinal realizada por Fox y Loehlin, (1989) durante cuarenta y un años, con individuos desde su infancia. El

estudio consistía en realizar entrevistas cada tres meses a los padres, luego cada seis meses hasta los 5 años y después, cada año a profesores, amigos y familiares. El resultado indica que los seres humanos presentan rasgos emocionales constantes desde el nacimiento hasta la adultez, lo que podría implicar que dichas expresiones son heredadas, así como sus alteraciones, patrón que ocurre en el trastorno de personalidad antisocial.

- El nivel de actividad es definido por Jang, Livesley, Vernon & Jackson, (1996) como la cantidad neta de respuesta producida por un individuo, la relación con el vigor y la velocidad. Torgeersen (1995) realizó una investigación donde halló una correlación positiva en la heredabilidad de este rasgo del 0,93 en gemelos monocigóticos. Menciona que era diez veces mayor la correlación cuando alguno de los padres había presentado durante la vida alteraciones en el control de impulsos.

Desde la genética no se pretende encontrar el gen de la agresión ya que se presume que depende de la interacción de múltiples genes y se entiende que en su determinación interactúan múltiples factores tanto epigenéticos como ontogenéticos. No obstante, se ha avanzado en el descubrimiento de genes asociados a

defectos enzimáticos que modifican el equilibrio de los neurotransmisores y que se relacionan con las características de la sociopatía. (Jara y Ferrer, 2005).

Constantino, Morris y Murphi, (1997) encontraron una variable predictora importante para el desarrollo de la conducta antisocial. Ella es el que uno o ambos padres padezcan el trastorno de personalidad antisocial. Se halló una asociación entre la conducta hostil y agresiva en niños de 3 meses de edad con niveles bajos de 5-HTAA, cuando alguno de los padres o ambos habían tenido un diagnóstico de TPA; esto aumenta la probabilidad del infante de desarrollar el trastorno durante el transcurso de su vida. Soyka, Preuss, Koller, Zill y Bandy (2003) también mencionan la relación entre la serotonina y la conducta antisocial. Ellos en sus investigaciones hallaron una asociación entre 5-HT 1B del gen 8g1 y el trastorno antisocial.

Por otro lado, Saudino, Pedersen, Lichtenstein, McCt y Plomin (1997) mencionan que toda variedad genética en los eventos de la vida, deseable o no, está relacionada con un rasgo específico. Ellos identificaron correlaciones genéticas significativas entre el fracaso para adoptar las normas sociales (el $r^{sub} g1$, 0.85),

violencia interpersonal (el $r^{sub} g1$, 0.78) y comportamiento antisocial juvenil (el $r^{sub} g1$, 0.45), con una población de gemelos monocigóticos (324) y dicigóticos (335) de Inglaterra.

Dentro de esta misma línea Caspi, et al. (2002) en una investigación descubrieron que hay un gen ubicado en el cromosoma X que afecta los niveles de la enzima monoaminoxidasa (MAO-A), que es la encargada de metabolizar los neurotransmisores en el cerebro como la dopamina, la serotonina y la norepinefrina y potencia la aparición los trastornos de conducta. Estos autores explican que una baja actividad de esta enzima facilita el desarrollo de conductas antisociales en la adolescencia y la adultez.

Por su parte Shih, Chen y Ridd, (1999) apoyan los resultados de Caspi et al., (2002) en su investigación, donde también encontraron una asociación entre el gen de la monoaminoxidasa A (MAO-A) localizado en el cromosoma X (Xp11.23-11.4).

Con respecto al polimorfismo del gen de la MAO-A, Caspi, et al. (2002) mencionan que se ve involucrado en la conducta agresiva cuando se presentan niveles bajos MAO-A en el cerebro, según lo hallado en un estudio que realizó en

Nueva Zelanda. Los mismos autores mencionan, además, que la presencia de un alelo corto del promotor del polimorfismo de la MAO-A disminuye la actividad de transferencia de las células incrementando de esta forma el riesgo de comportamientos indeseados. Soportando lo anterior Haberstick, et al. (2005) recientemente reportaron que el genotipo de la MAO-A interactúa como una variable predictora para el desarrollo del comportamiento antisocial.

Bau, Almeida y Hutz (2000) sugieren según los resultados de su investigación, que el alelo 1 del gen DRD2 (Taq1 A polimorfismo) se encuentra relacionado con el desarrollo del trastorno de personalidad antisocial, ya que genera una alteración de baja actividad plaquetaria de la monoaminoxidasa-B lo cual origina una disfunción en el sistema dopaminérgico. La presencia de este alelo podría inducir a los portadores a ser sensibles a los efectos de sustancias como alcohol o drogas alucinógenas, es decir, prodopaminérgicas, en un esfuerzo por compensar las deficiencias en el sistema dopaminérgico. (Koob y Bloom, 1998).

CONCLUSIONES

En base a la revisión teórica del trastorno de personalidad antisocial, se ha

podido percatar la necesidad de revisar no sólo las explicaciones sino también el interés que motiva una investigación u otra, dado que se da por sentado que estamos siempre hablando de una población delictual consumada, y de la cual, se puede abrir la necesaria exploración de orígenes y causas, pero no necesariamente, abrir caminos al tratamiento.

Una observación interesante de resaltar es la confirmación de que el pronóstico de la vulnerabilidad biológica en el trastorno de personalidad antisocial responde de igual manera que otros trastornos de la personalidad, a que ciertas condiciones de vida generan la diferencia para que un individuo padezca y desarrolle el trastorno, además ponderando los estilos afectivos inmersos en la crianza, abuso o maltrato infantil, modelos con conductas disruptivas, alcoholismo u otros, como factores de mayor atención a la hora de evaluar variables ambientales favorecedoras del trastorno.

Por otro lado, llama la atención que la desadaptación grave y la rigidez que minimiza la capacidad operativa y de relación con la sociedad de un paciente con trastorno de personalidad antisocial, sumado a la comorbilidad con trastornos del ánimo e incluso de psicopatología del

pensamiento, entre otros, precisa identificar que la realidad biológica avanzado el daño, se traspaasa al daño directo en otras esferas de la vida de la persona y por consiguiente, toman una relevancia superior al momento de buscar aplicar en el diseño de estrategias clínicas a través del Modelo Supraparadigmático, dado que los demás paradigmas del modelo se encuentran altamente afectados.

Lo anterior, requiere entonces la búsqueda de la priorización sobre los factores clínicos a favor y en contra de las estrategias para el tratamiento, en el cual, por ejemplo, las redes de apoyo de un paciente que presenta este trastorno de la personalidad pueden verse ausentes o contraindicadas a los avances del abordaje del caso clínico.

Por otro lado, cabe destacar que la ciencia médica actual a través de la neurociencia y la psiquiatría biológica cuentan con avances importantes frente a la posibilidad de investigación y a la tecnología que acompaña nuevos y relevantes hallazgos. Sin duda, el conocimiento desde este ámbito de la realidad permite mejorar la comprensión de esta alteración donde su impacto es muy alto para las personas que lo padecen y tanto más para la sociedad, implicando a su

vez altos costos en programas y estrategias insuficientes y a veces erráticas de abordar la problemática.

El conocimiento en este ámbito de patología en un futuro podría apoyar una nueva mirada del problema, complementada al diseño de estrategias mayormente adecuadas a la hora de proponer tratamiento a los pacientes que en su biología presentan esta vulnerabilidad, intentando no acotar estos avances al abordaje desde el ámbito psiquiátrico, que requiere una mayor presencia en la actividad de promoción de la salud mental en la sociedad.

Esto me lleva a un mayor interés por connotar que el territorio de la investigación clínica en psicología, tiene aún más desarrollo aplicado de la mano de las neurociencias.

Referencias Bibliográficas

- APA. (1999).** Neuropsychitrics aspect of impulsivity and agression. *Journal of American Psiquiatric*, 3.
- Arroyo, M. y Roca, M. (1998).** Trastornos de la personalidad. España: Masson S. A.
- Barnes, J. (1984).** The complete works of Aristotle, Vol. I. Estados Unidos: Princentos.
- Bau, Ch., Almeida, S. y Hutz, M. (2000).** The Taq IA1 allele of the dopamine D2 receptor

gene and alcoholics in Brazil: association and interaction with stress and harm avoidance on severity prediction. *Journal of Medicine Genetics*, 96, pp 302-306. Tomado el día 4 de febrero de 2006 de la base de datos PubMed.

Bates, J. E., & Wachs, T. D. (Eds.). (1994). *Temperament: Individual differences at the interface of biology and behavior.* Washington, D.C.: American Psychological Association

Capsi, Mc., Clay, J., Mofflyt, T., Mill, J., Martin, J. y Craig, I. (2002). Role of genotype in the cycle of violence in maltreated children. *Rev. Science*, 297, pp 851-854. Tomado el día 4 de febrero de 2006 de la base de datos PubMed.

Chiana, L, Kosten, L & Shina, R. (2006). Antisocial Personality and Stress induced brain activation in cocaine dependent patients. *Rev. Yale Heaven University, New Connecticut*, 47 (8) pp. 728-732). Tomado el día 4 de febrero de 2006 de la base de datos PubMed.

Chianna, L., Kuslen, T. y Shinha, R. (2006). Antisocial personality and stress induced brain activation in cocaine dependent patients. *Rev. Yale Heaven University, New Connecticut*, 46(8) pp 728-732. Tomado el 20 de mayo de 2006 de la base de datos Proquest.

Cheek, J. M. (1985). Toward a more inclusive integration of evolutionary biology and personality psychology. *American Psychologist*, 40, 1269–1270.

Clonniger, C., Rakic, S. y Pezybeckt, D. (1993). A psychobiological model of temperament and character. *Arch. General of Psychiatric*, 50, pp 975-990. Tomado el 4 de abril de 2006 de <http://www.psiquiatria.com>.

Clonniger, S. (2003). *Teoría de la personalidad.* México: Prentice Hall.

Del-Ben, C. (2005). Neurobiology of antisocial personality disorder. *Revista de Psiquiatría Clínica de Sao Paulo*, 32 (1). Tomado el 4

de febrero de 2006 de la base de datos Lilacs.

Edens, J., Marcus, D., Liellenfeld, S. y Poythress, N. (2006). Psychopathic, not psychopathic: taxometric evidence for dimension. *Journal of Abnormal Psychology*, 115 (1) pp 131-144. Tomado el 28 de marzo de 2006, de la base de datos Proquest.

Eysenck, H. J. (1982). *Personality, genetics and behavior.* New York: Praeger.

Garrido, V. (2000). *Psicópata.* España: Algar Editorial.

Garrido, V. (2003). *Psicópata y otros delincuentes violentos.* España: Tirantco Blonch.

Gaviria, M. y Téllez, J. (1995). *Neuropsiquiatría: imágenes del cerebro y la conducta.* Bogotá, Colombia: Nuevo Milenio Editores.

Gray, J. A. (1987b). *The psychology of fear and stress.* Cambridge, England: Cambridge University Press.

Howard, A. (1986). Psychopathic: a psychobiological perspectiva. *Review Personality Individuals Different.* Tomado el 20 de mayo de 2006 de la base de datos Medline.

Jang, K. L, Livesley, W. J., Vernon, P. A., Jackson, D. N. (1996). Heritability of personality disorder traits: a twin study. *Acta Psychiatr Scand*, 94 (6) pp 438-44. Tomado el 18 de febrero de 2006 de la base de datos PubMed.

Jarra, C. y Ferrer, R. (2005). The genetics of evidence. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 43 (3) pp 188-200. Tomado el 28 de marzo de 2006 de la base de datos Lilacs.

Kagan, J. (1994). *Galen's prophecy: Temperament in human nature.* New York: Westview Press.

Kaplan, H., Sadock, B. y Grebb, J. (1994). *Sinopsis de psiquiatría.* España: Médica Panamericana.

- Lassko, MP. (2001).** Psychopathy and the posterior hippocampus. *Behr. Brain Res.*, 118 (2) pp 187-193.
- Lester, D. (1989).** A neurotransmitter basis for Eysenck's theory of personality. *Psychological Reports*, 64, 189-190.
- Liebert, R. y Liebert, L. (1999).** Personalidad estrategias y técnicas. España: Internacional Thomson Editores.
- Linnoila, J. Goldman, D. (1998).** Linkage of antisocial alcoholism to the serotonin 5-HT1B receptor gene in two populations. *Acc. Gen. Psychiatry*, 55, pp 989-994.
- Mata, E. (1993).** Neurociencias y destructividad. Relato en la Mesa de Neurociencias en el IX Congreso Argentino de Psiquiatría, Iguazú, Argentina. Tomado el 17 de mayo de 2006 de <http://www.google.com>.
- Mata, E. (1998).** Neurobiología de la personalidad. *Revista Argentina de Psiquiatría*, (5, pp. 286-89). Apuntes de clase para la Cátedra de Psicología de la Personalidad, Instituto Juan XXIII, Bahía Blanca. Tomado el 17 de mayo de 2006 de <http://www.google.com>.
- Mata, E. (2002).** Neurobiología del psicópata. Conferencia presentada en el Simposio Regional de la WPA organizada por la AAP el 22 de octubre de 1999. Mesa Redonda: Personalidades psicopáticas: tres enfoques. Tomado el 17 de mayo de 2006 de <http://www.google.com.co>
- Mayor, J. y Pinillos, L. (1989).** Personalidad. España: Alambra S. A.
- Millon, T. y Davis, R. (1998).** Trastornos de la personalidad. Barcelona, España: Masson S. A.
- Pichot, P., López, J. y Valdez, M. (1995).** DSM-IV. Breviario criterios diagnóstico. Barcelona, España: Masson S. A.
- Raine, A. (1994).** Selective reductions in prefrontal glucose metabolism in murderers. *Rev. Biology and Psychiatry*, 7(6) pp. 365-373.
- Raine, A. (1995).** Antisocial behaviour: neuropsychology neurochemistry and psychobiology. En: *Neuropsychiatry of personality disorders*, *Rev. Science*, 32, p. 353.
- Salín, L., Pascual, R. y Ortega, H. (1989).** Manual: psicoquímica, neuroquímica. México: CEDIS.
- Saudino, K. J., Pedersen, N. L., Lichtenstein, P., McClearn, G. E. y Plomin, R. (1997).** ¿Can personality explain genetic influences on life events? *Journal Pers Soc Psychol.*, 72 (1) pp 196-206. Tomado el 4 de febrero de 2006 de la base de datos PubMed.
- Staats, A. W. (1996).** Behavior and personality: Psychological behaviorism. New York: Springer.
- Shih, J. C., Chen, K. y Ridd, M. J. (1999).** Monoamine oxidase: from genes to behavior. *Annual Review of Neuroscience*, 22, pp 197-217. Tomado el 25 de febrero de 2006 de <http://arjournals.annualreviews.org>
- Soyka, M., Preuss, UW, Koller, G., Zill, P. y Bondy, B. (2003).** Association of 5-HT1B receptor gene and antisocial behavior in alcoholism, 111 (1) pp 101-109. Tomado el 18 de febrero de 2006 de la base de datos PubMed.
- Téllez, J., Taborda, L. y Burgos, C. (2003).** Psicopatología clínica. Bogotá, Colombia: Nuevo Milenio Editores.
- Ustin, G. y Lewin, J. (1983).** Psiquiatría en medicina general. España: Salvat Editores.
- Valdez, M. (1995).** DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. España: Masson S. A.
- Vallejo, J. (1980).** Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. España: Masson S. A.
- Volavka, F. (1999).** The neurobiology of violence. *Journal Neuropsychiatric Clinic.*, 2, pp 307-314. Tomado el 28 de marzo de 2006 de la base de datos Proquest.

Reflexiones Integrativas

Nuevas Masculinidades y Violencia De Género

Ramiro Ramírez Stuardo

AcPI, 8: 136-144

* *Discurso enviado para ser presentado en el Seminario de Conmemoración del Día de la No Violencia contra la Mujer, en la Red No VIF, de la Zona Norte de la Región Metropolitana, Octubre de 2016.*

· * Ps. Pontificia Universidad Católica de Chile. Magíster Psicoterapia Integrativa, Universidad Adolfo Ibañez – Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa ICPSI, contacto: rgramirs@gmail.com

Hace poco más de cincuenta años atrás Simone de Beauvoir escribió en *El Segundo Sexo*, seguramente una de sus obras más influyentes para el pensamiento filosófico del siglo XX, la siguiente frase: “No se nace mujer, llega una a serlo...”. Y pienso que su más potente implicancia no fue sino abrir la reflexión y dirigir la atención en torno a los mecanismos y procesos mediante los cuales en una cultura y en una época determinada se construyen los modos de ser, de sentir y de pensar de, y a, las mujeres. Y aunque la lucha por la vindicación de los derechos de las mujeres había comenzado un par de siglos atrás por muchos, y especialmente por muchas otras, el cisma entre el sexo y los roles de género viene a producirse recién a propósito de este planteamiento.

Abrir el debate y sentar la discusión sobre las formas de construcción de la feminidad, condujo necesariamente la mirada no sólo hacia los discursos y mandatos culturales con los que una sociedad modela, moldea, pauta y acota sus prácticas cotidianas y sus costumbres, sino también hacia la identificación de los modos según los cuales dichos discursos y mandatos distribuyen y organizan los flujos y los ejercicios del poder entre sus

integrantes. Vale decir, analizar los roles de género no significa exclusivamente darnos cuenta de quién hace qué y mediante qué discursos dominantes para cada uno, como si se tratase de una inocente competencia paritaria, sino que además, implica, desde mi perspectiva, develar y desentrañar, casi como en un trabajo arqueológico, las ideologías y los mecanismos doctrinales que les subyacen.

De la misma manera cómo adoptar un enfoque evolutivo no significa contar niños, un enfoque de género no significa contar mujeres u hombres, como cuántas veces hemos sido testigos de estas prácticas en las distintas institucionalidades. Tampoco significa crear y disponer, exclusiva y únicamente, institucionalidades restrictivas para unos y para otras. A mi juicio, la tarea que debió emprenderse desde hace más de un siglo (por lo menos), es la de pensar acerca de los modos de producción de subjetividades entre los seres humanos, y específicamente, de los modos de producción de las sexualidades. Por ejemplo, pensar porqué sólo fuimos capaces de construir y edificar formas de vida humana asentadas en un binomio sexual irrestricto. O porqué cada miembro de ese binomio debe responder

a una manera exclusiva de conducta, o incluso porqué los miembros del par no pueden comportarse ni se entienden en correspondencia con una lógica de equidad y de semejanza en sus potencialidades, sino que precisamente se distribuyen sobre la base de una desigualdad originaria, y en el mejor de los casos, antagónica.

Recuerdo que, en mi infancia, por allá por los años '80 y '90, se transmitía un programa televisivo que se llamaba "La guerra de los sexos", así como también recuerdo que se hablaba acerca de la existencia de un conjunto de humanos al que por su sexo biológico se les hacía pertenecer a un grupo que se denominaba "sexo débil". Por allí, debo haber concluido, no lo recuerdo muy bien, y seguramente guiado también por la lógica binaria, que existía un grupo al que debía llamársele, por añadidura, el "sexo fuerte". Y aunque no estoy tan seguro de que fuese llamado explícitamente de este modo, al menos las condiciones de posibilidad que mis medios circundantes me entregaban, me hacían pensar la realidad de esa manera. En el patio de juegos de los niños estaban las trepas, los neumáticos en desuso y las estructuras metálicas para escalar. En el patio de juegos de las

niñas estaban las casas de muñecas, el carrusel y el resbalín. A unos nos enseñaban los juegos de destreza física para hacernos fuertes, y a otras los juegos de reunión y domesticación, para hacerlas débiles.

Traigo a este espacio estos recuerdos, porque no fue uno, sino que fueron años en los que la subjetivación en torno al género de las crías que allí estábamos en desarrollo se hacía mediante la segregación dicotómica de las sexualidades. Y en los que la construcción de semejanza no estaba dada por la pertenencia a una sola especie: la humana, y por el respeto entre nos-otros, sino que se asentaba más bien en la pertenencia exclusiva a un sólo grupo (de niños en mi caso), y por la separación excluyente entre niños y niñas. Subrepticamente a la segregación material consumada entre los grupos, actuaban las ideologías, pues cualquier acercamiento entre los miembros de grupos distintos estaba rigurosamente normado: si un niño quería participar del grupo de las niñas, entonces era un maricón; si una niña quería participar del grupo de los niños, era una "tres cocos"; y si un niño se acercaba a una niña, entonces había un interés erótico heterosexual, por cierto,

permitido, porque el niño se mostraba activo y entonces, su comportamiento estaba siendo concordante con la ideología dominante o “normal”, esperable para su etapa del desarrollo. Dos niños próximos físicamente entre sí, y aislados del grupo de varones, entonces podían representar un peligro: o era indicio de una inminente homosexualidad, o en el mejor de los casos, la posibilidad de estar tramando algún ataque! , porque claro está, que el amor entre los mismos biológicos, sólo podía darse en el marco de la camaradería de guerra.

Con todo lo que describo, lo que quiero evidenciar, es que en los procesos de construcción de los géneros, que forman parte de los procesos de subjetivación de las crías humanas, también se definen las formas de relación y de interacción que ellos desplegarán en el futuro. Y que, junto con la delimitación de los roles, las ideologías dominantes imponen criterios de valoración, jerarquización, y de ordenamiento que ubican a unos sobre las otras, y a algunos sobre los demás, desigualando las diferencias. Es así como en el complejo entramado y el abigarrado decurso de la inscripción sexual en las crías se van articulando

patrones esperables, normativos, y saludables. Porque la definición de lo sano y lo normal es previa, apriorística y axiomática. Es decir, no se construye a partir de los flujos diversos que siguen los comportamientos humanos, sino que más bien emerge en un momento determinado como la resultante de decisiones políticas y según la hegemonía dominante. Con Foucault nos enteramos de que el intercambio sexual entre los humanos del mismo sexo anatómico existió siempre, pero que no fue sino en la modernidad en la que el concepto “homosexual” tuvo su primera aparición. De la misma manera, como las tristezas, que nos han acompañado desde siempre en nuestras trayectorias vitales, más tardíamente fueron llamadas depresiones, determinando las maneras en las que las personas hacen las interpretaciones de lo que sienten: hoy, la gente no se entristece, se “deprime”.

¿Qué quiero decir con esto? Que si hoy la homosexualidad puede llegar a ser considerada como completamente “normal”, no es porque en la actualidad haya más varoncitos próximos físicamente entre sí en algún rincón del patio de juego de niños, sino porque “se ha tomado” (y en esto estamos todos implicados) la decisión política de

nombrarla como normal, y circunscribirla dentro de determinadas condiciones, ya que dentro de esta delimitación normativa también existen desigualaciones según la clase a la que se pertenezca, la etnia a la que se representa, etc. No sé si la decisión política se debe a la cantidad de protestas libradas en su nombre, o quizás a algún otro motivo de quienes están ligados con los grupos de poder dominante. Eso estará por verse. La cuestión central aquí es volver a las ideologías que se inmiscuyen en las producciones de subjetividad relativas a las sexualidades, porque indudablemente, ya sabemos que uno de los factores más importantes en el origen y la cronificación de las violencias sexuales es precisamente el mandato cultural que las comanda, y las cuestiones relativas a la ética que se encuentran allí engarzadas.

Han habido momentos en la historia en los que las violencias perpetradas por hombres contra las mujeres fueron explicadas por atribuciones a las características de ellas. No se pueden olvidar las teorías fundadas en el “natural” carácter seductor de las hembras, que instituye mujeres provocadoras de respuestas

sexuales “lógicas”, “esperables”, “naturales”, e “inevitables” en los machos. Y en la misma línea, nos encontramos con períodos, más benevolentes con las mujeres, por cierto, en los que los estudios señalaban que las violencias encontraban asidero en teorías biologizantes, donde la prominencia de testosterona explicaba los comportamientos violentos en los hombres. No muy lejos de estos planteamientos reduccionistas, pudimos llegar a pensar que las violencias eran la resultante de un profundo descontrol de impulsos en el individuo, categorizable como un trastorno mental y, por tanto, perfectamente tratable con psicoterapias de corte cognitivo-conductual. Y si bien pudiéramos llegar a encontrarnos con el hecho de que un cierto número de violencias son explicables en gran medida desde estas perspectivas, la cuestión fundamental es que en su mayoría estas violencias no disminuyeron, ni cesaron, volviendo a las mujeres “menos provocadoras”, ni inyectando hormonas en los hombres, ni mucho menos aplicando terapias conductuales. Aún más, los últimos días hemos sido testigos de formas cada vez más crueles y aberrantes de violencia contra las mujeres.

Las violencias en general, y las de género en particular, han seguido su curso, indiferentes a los planteamientos que las ubican en unos y en otros. Y pareciera entonces o que se esconden en los intersticios de las relaciones en algún “lugar” invisible, o que se sofistican hasta tal punto que nos llegan a parecer naturales, habituales y cotidianas. En cualquier caso, podríamos entonces plantear que las violencias no se ubican necesariamente en “el” individuo, sino que podrían estar actuando a través de él. Y aunque esto puede sonar riesgoso, porque cualquier sujeto malintencionado podría utilizar este argumento para exonerar la culpa, argumentando que la responsabilidad es de quienes le han criado o del mundo en el que vive, creo que es importante señalarlo, ya que nos permite ir visibilizando los mecanismos que condicionan su posibilidad, y de este modo, comenzar a provocar un proceso de desnaturalización. Recuerdo aquí la idea de la banalidad del mal, desarrollado ampliamente por Hannah Arendt, que en síntesis refiere a que no existe un mal demoníaco o a que los actos de barbarie no necesariamente responden a una mente perversamente enferma, sino que más bien, éstos pueden ser cometidos por cualquiera de nosotros en momentos de irreflexión, o

más precisamente, en ausencia de una capacidad para armarse un juicio crítico respecto de lo que se está haciendo. Los actos de crueldad no solamente se evidencian en los hechos de espectáculo televisivo que se pasan por los noticiarios. Suceden en cada momento, y son perpetrados por cada uno de nosotros, a través de la burla, del chiste, de la mirada hostil, de la actitud intimidante...

Planteo esto porque quiero mostrar que las violencias se asientan en estos discursos o mandatos que jerarquizan a hombres sobre mujeres, y que ordenan modos de ejercicio del poder donde unos controlan a las otras, y que actuarían a través de los hombres que no se arman juicios críticos ni éticos sobre sus propias conductas. Hace unos años atrás estudiamos con unos amigos en el Ministerio de Justicia estas cuestiones, a propósito de la creación de centros de intervención para hombres que ejercían violencia contra las mujeres en el ámbito doméstico, y nos dimos cuenta que la masculinidad hegemónica, es decir, la manera dominante en la que se construye la masculinidad que se supone ideal y a la que debe aspirarse, ordena modos de interacciones violentas y ejercicios abusivos del poder en los

hombres, especialmente contra las mujeres. De la misma manera, como pudimos pensar que una cierta feminidad hegemónica, por cierto, derivada por la misma ideología patriarcal, ordenaría modos de interacciones sumisas e intentaría anular o sofocar el ejercicio del poder en las mujeres, degradando otras maneras de ejercerlo. El binomio ideal quedaría establecido entonces como hombres violentos-fuertes y abusivos-dominantes, y mujeres sumisas-débiles e impotentes-dominadas. Todo aquél o aquella que se escape, o se desvíe de esta ecuación, sufrirá los efectos de la dominación mediante los dispositivos que se disponen para ello: la categorización enfermante de los trastornos mentales, y la consecuente patologización del comportamiento diverso.

Esta ecuación ha sido sistemáticamente implementada y fuertemente impuesta a lo largo de la historia de la humanidad para establecer el orden entre los cuerpos sexuados, sofisticándose, mutando, escondiéndose, naturalizándose, o incluso, en determinados momentos de la historia, francamente y explícitamente justificándose. Hoy le llamamos "Patriarcado", pero responde a las mismas lógicas colonialistas de otros

tiempos, que básicamente imponen el binomio dominante-dominado, superior-inferior, etc. Y así en estas lógicas de amos y siervas, hoy los hombres debemos proteger y las mujeres deben cuidar. Los hombres debemos dirigir y las mujeres deben apoyar. Unos debemos actuar y otras deben sentir. Y aunque las protestas por las vindicaciones y reivindicaciones se están haciendo sentir cada vez con más fuerza, los chistes, las burlas, los abusos y las violencias suman y siguen. Más sofisticadas unas veces, más cruentas otras. Y por supuesto que la lógica de la desigualación hace lo propio, indicando que proteger es "mejor" que cuidar, que dirigir "mejor" que apoyar, y que la acción y la razón son "mejores" que los sentimientos.

Atrapados entonces por los mandatos que establecen este orden violento, y yo diría francamente criminal, hombres y mujeres, desigualados en sus condiciones y en sus privilegios, eso es un hecho, pero sí semejantes en sus potencias y en el sufrimiento, se instituyen y se constituyen bajo el signo del patriarcado. Y aunque creímos que los movimientos homosexuales y feministas vendrían a desenmascarar estas ideologías y derribarlas,

desafortunadamente también muchas veces han sido deglutidos por la gran maquinaria productora de subjetividades sexuales patriarcales. No olvidemos que dentro de las propias identidades homosexuales existen grandes focos de homofobia, o que los homosexuales nos distinguimos en activos o pasivos, o que las mujeres fuertemente luchadoras por sus derechos han sido calificadas violentamente como “feminazis”.

Por supuesto que han habido cambios que debemos reconocer, que día tras día existen luchas silenciosas y resistencias invisibles. Jóvenes que rompen el orden hegemónico diferenciándose a través de la creación novedosa de nuevas formas de vivir con estos cuerpos sexuados, que próximamente podrían llegar a ser nombrados. Existen nuevas formas de vivir la masculinidad, así como también la feminidad. Modos que se pasean por los bordes de un modelo que todavía se encuentra en plena actividad y efervescencia. De hecho, siempre han habido resistencias y resiliencias, como dije, a veces más sofisticadas, a veces más cruentas. Siempre nos hemos encontrado con fugados, con escapados... Pero lo que yo quisiera desplazar aquí es el foco, porque hablar

de nuevas masculinidades conjuntamente con la violencia de género, pudiera resultar a ratos un poco peligroso, pues corresponden a dos cosas sin duda distintas, puesto que la construcción de nuevas masculinidades desde mi punto de vista constituye una resistencia al orden patriarcal que establece una masculinidad hegemónica, por una parte, y por la otra la violencia de género constituye la resultante, y a la vez la puesta en práctica, del mecanismo que establece dicho orden. Vale decir, la primera es la forma de hacer frente al mandato, y la segunda la operatoria del mandato mismo.

Por estas razones, y a modo de síntesis de lo que he querido plantear aquí es que en un día como hoy: “el día internacional de la no violencia contra las mujeres”, y en un seminario como este acerca de “las nuevas masculinidades y la violencia de género”, la invitación es a reflexionar en el imperativo que como sociedad tenemos de repensar y reformular las formas sobre las cuales se pautan y se acotan los modos de ser hombre y las maneras cómo estamos inscribiendo la sexualidad en el macho biológico así como sus concomitantes posibilidades para el ejercicio del poder. No se trata de una lucha reivindicatoria

de los derechos de los hombres, pues todo el tiempo hemos gozado de esos privilegios. No se trata solamente de pedir perdón por los daños cometidos y las violencias infligidas durante siglos, no se trata de igualarnos porque no lo somos, no se trata de diferenciarnos por que lo somos de hecho, se trata más

bien de apropiarnos de la capacidad de juicio crítico acerca de nosotros mismos, problematizarnos ese poder incuestionado y abusivamente ejercitado, y plantearnos de una vez por todas que: tampoco nacemos hombres, sino que llegamos a serlo...

Biología de lo inconsciente

Santiago Martínez Medina

*Imagínese que su ordenador de mesa
comenzara a controlar sus propios dispositivos periféricos,
se quitara la tapa y dirigiera su webcam hacia su propio sistema de circuitos.
Eso somos nosotros.*

David Eagleman.

AcPI, 8: 145-157.

· Psicólogo Universidad Nacional de Colombia. Candidato a Magíster en Psicología Clínica - Mención Psicoterapia Integrativa, de la Universidad Adolfo Ibáñez en convenio con el Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa (ICPSI). Contacto: stgo_mm@live.com

El neurocientífico y escritor David Eagleman (2013), señala que lo primero que él aprendió al investigar acerca del propio funcionamiento cerebral es que la mayoría de lo que se piensa, se hace y se siente no está bajo el propio control consciente. Traducido al lenguaje del Enfoque Integrativo Supraparadigmático (EIS), se diría que una de las lecciones que se aprende al estudiar el paradigma biológico es el peso funcional que tiene el paradigma inconsciente.

Eagleman (2013), explica este hecho con una metáfora estupenda. Consiste, en pensar en lo que sucede en un día como hoy en el país de residencia. Fábricas y empresas operan. El alcantarillado dirige los desperdicios. Las personas comen, se transportan, trabajan, odian y aman. Las plantas crecen, los virus mutan y se contagian, en algunos lugares esta nublado y en otros soleado. En suma, una innumerable cantidad de sucesos ocurren simultáneamente en la nación, y aunque se deseara saber lo que ocurre en cada momento, resultaría imposible asumir semejante cantidad de datos al mismo tiempo. De tal manera, se hace necesario un resumen que contenga la información relevante, por ejemplo un periódico. Donde sea posible encontrar el

resultado de lo acontecido en el día anterior. Decisiones políticas importantes, niveles de precios de los principales bienes y monedas, resultados deportivos, epidemias de influenza, etc.

La mente consciente es dicho periódico, el yo consciente es el lector y lo inconsciente es todo lo que ocurre tras bastidores (Eagleman, 2013). En la mayoría de las ocasiones, cuando se lee un titular mental el evento importante ya ha sucedido, lejos del control del yo consciente. Sean buenas o malas noticias, la mayor parte del evento ocurre tras bambalinas. Partidos políticos ganan apoyo gradualmente y se vuelven imparables, antes de que el yo consciente sea informado mediante un titular mental en forma de sentimiento, intuición o pensamiento. Muchas veces es el último en enterarse de lo que sucede y, sin embargo, el yo consciente es un lector de periódico muy peculiar, pues lee el titular e inmediatamente se atribuye el mérito de la idea como si se le hubiera ocurrido a él, simplemente dice: “¡Se me ha ocurrido algo fantástico!”. En verdad, antes de que ocurra ese momento de genialidad el cerebro inconsciente ha venido trabajando día y noche, durante horas, días o años

consolidando datos, probando combinaciones, realizando pilotajes, etc.

En los términos del EIS, la función de toma de consciencia del Sistema Self (función que sostiene a las demás al menos parcialmente) es mucho menos poderosa de lo que podría creerse, siendo el paradigma inconsciente el que parece tomar el mando en la mayoría de las circunstancias. Claro está, que menos poderoso de lo que podría creerse, es diferente a nada poderoso y aún es fundamental lo que se puede lograr por vía de dicha función, tema que se irá retomando a lo largo del texto. Por el momento, baste con preguntarse ¿Quién puede culpar al Sistema Self de los individuos por creer que se puede atribuir el mérito de las ideas y por creer que puede controlar el resto del sistema psicológico (cuando una gran parte del trabajo lo hace el paradigma inconsciente)?, después de todo, el cerebro lleva a cabo sus operaciones de incógnito (Eagleman, 2013).

Existen millones de ejemplos de estas operaciones de incógnito, como expone Eagleman (2013). Caer en cuenta de que se tiene el pie a mitad de camino del freno antes de ser consciente que hay un obstáculo en la calle. Cuando el sistema nervioso envía “corazonadas” acerca de

las posibles vías de acción. El acto de esquivar una rama u otro tipo de objeto que se acerca peligrosamente, antes de tomar conciencia de su existencia. Cuando se oye pronunciar el propio nombre en una conversación que creía no estar escuchando. Encontrar atractivo a alguien sin saber porque.

Y no solo se tratan de ejemplos de la vida cotidiana, hay miles de rigurosas investigaciones que avalan estas conclusiones. Las observaciones psicofísicas que inicia Weber (como es citado en Eagleman, 2013), para determinar el umbral a partir del cual se es consciente de un cambio en la intensidad de un estímulo perceptual. El hecho de que no se es consciente directamente del mundo exterior sino de las señales del sistema nervioso, como demuestra Müller (como es citado en Eagleman, 2013), al comprobar que se percibe una sensación de luz, tanto cuando se dirige luz al ojo, como cuando se presiona sobre él y también cuando se estimula eléctricamente sus nervios. Los factores que influyen de manera inconsciente en cuán atractivo resulta una persona para las demás, como la dilatación pupilar, el momento del ciclo menstrual en el caso de las mujeres, los olores, entre otras (Eagleman, 2013). La

sensación de que al chasquear los dedos la visión y el sonido son simultáneos, a pesar de que la información auditiva y visual se procesan a velocidades distintas en el cerebro (Eagleman, 2013).

Otro ejemplo ilustrativo, lo constituye el hecho de que no se es consciente (al menos de manera regular) de los límites del propio campo visual (Eagleman, 2013). Para notarlo, el lector puede observar un punto de la pared que quede justo enfrente, luego extender el brazo y mover los dedos, hecho esto, debe llevar la mano lentamente hacia la oreja mientras sigue observando el punto, hasta que llegue un momento en el que los dedos dejen de ser visibles. Al mover la mano hacia delante podrá verlos de nuevo. Así el lector habrá encontrado el borde de su campo visual. Esto no será sorprendente para algunos, sin embargo en la cotidianidad no se es consciente de que no se tiene una visión total del campo visual, ya que los ojos se dirigen automáticamente al lugar que le interesa ver.

Lo mismo ocurre con el descubrimiento del “punto ciego” del ojo por parte de Marriote (como es citado en Eagleman, 2013). Dicho punto, consiste en un lugar en la retina de cada ojo que carece de fotorreceptores, un lugar

donde el ojo no ve. Para poder ver los efectos del punto ciego, el lector se puede fijar en la Figura 1, cerrando el ojo izquierdo y manteniendo el derecho enfocado en la cruz de la ilustración. Luego acerque y aleje pausadamente la página de la cara hasta encontrar la distancia en la que el círculo desaparece (aproximadamente treinta centímetros de distancia). Cuando eso ocurre, el círculo negro se halla en el punto ciego y por eso no es posible verlo. Además, el lector puede observar que cuando eso ocurre, el lugar que debería ocupar el círculo negro es rellenado con el fondo. El cerebro no percibe un lugar vacío, sino que pone de su parte inventando lo que falta. De manera que, el yo consciente no percibe lo que hay afuera, percibe una co-construcción entre lo que hay y lo que el cerebro le dice que hay (Eagleman, 2013).

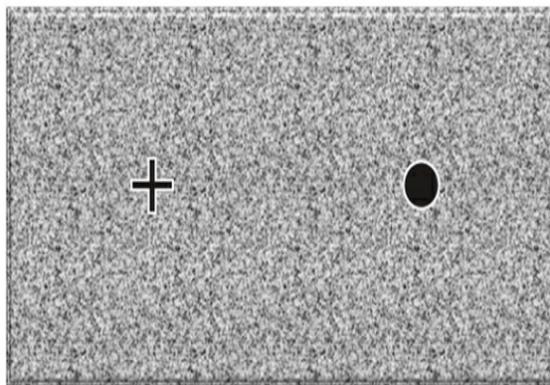


Figura 1. Imagen para comprobar la existencia del “punto ciego” del ojo. Obtenida de Eagleman (2013)

El cerebro facilita asumir esta suerte de “engaños” como ciertos, en este caso, la sensación cotidiana de ser consciente de todo el campo visual en todo momento cuando realmente no es así. Se cree que por poder ser consciente de algunas cosas, se es consciente de todas. Y lo más destacable de este hecho, es la posibilidad de que este tipo de asunciones y generalizaciones no solamente ocurran con la visión, sino también con procesos más complejos como el pensamiento. Un ejemplo de ello, lo constituye el señalamiento que hace Opazo (1992; 2001), respecto a que los enfoques tradicionales en psicología que han explicado bien un segmento de la dinámica psicológica, pasan a explicar mal el todo, a partir de la generalización desmedida de sus hallazgos. Viendo 5, 10, o 20 grados de la dinámica psicológica los enfoques tradicionales creen ver los 360 grados de la misma, sin ser conscientes de lo que no ven y, por ende, tampoco de su generalización desmedida.

La visión resulta algo tan automatizado y que parece requerir de tan poco esfuerzo, que tal como afirma Eagleman (2013), cuando el ser humano se dedica a estudiar su propio funcionamiento (en especial cuando a lo

inconsciente se refiere), es como un pez que intenta comprender al agua. Difícilmente un pez va a haber experimentado otra cosa diferente al agua, así que le resulta muy enmarañado ver o concebir el líquido. Sin embargo, al igual que ver burbujas en el agua, efectos como el de la imagen presentada hace un momento, pueden llamar la atención hacia cosas de las que no se es normalmente consciente y que con regularidad se dan por sentadas. En suma, todo procedimiento o dato que aumente la consciencia puede resultar ser una herramienta útil para comprender lo que ocurre tras los bastidores del cerebro.

La idea entonces, es atender a cada pista e ir pensando en qué puede significar, además de buscar maneras ingeniosas para comprobar o refutar las hipótesis. De tal manera, a partir de aquí se continúa la presentación de algunos ejemplos y estudios circunscritos en la temática del texto, que permiten realizar conjeturas, preguntas e hipótesis relevantes para la práctica y teoría clínica, e incluso, abren la posibilidad de rescatar mayores aportes a partir de la conjunción de los paradigmas biológico e inconsciente, en el marco del EIS.

El cerebro puede funcionar de manera automática, incluso cuando se enfrenta a tareas complejas como interactuar con otras personas. Así es demostrado por Simons y Levin (como son citados en Eagleman, 2013), en su experimento de ceguera al cambio. Un experimentador detiene a peatones al azar y les pide que le indiquen cómo llegar a un lugar concreto. Y de improvisto, mientras el sujeto explica cómo llegar, unos trabajadores se cruzan entre los interlocutores cargando una puerta que por unos segundos no permite que experimentador y peatón se vean. Con esta distracción, el experimentador es disimuladamente reemplazado por un cómplice, de tal manera que cuando los trabajadores han pasado, el individuo que pedía indicaciones era diferente al original. Lo sorprendente era que la mayoría de los sujetos continuaban brindando las indicaciones de cómo llegar al sitio solicitado sin darse cuenta de que la persona no era la misma. En otras palabras, muchas veces al interactuar con otras personas solo se codifica una pequeña cantidad de la información que llega a los sentidos, el resto se supone (Eagleman, 2013).

Vale la pena preguntarse ¿Qué tan automáticamente se interactúa con las

demás personas? y ¿Qué consecuencias positivas y negativas tiene la probablemente alta cuota de automatismo? Es difícil dar una respuesta completa a estas cuestiones que llevan un tiempo planteadas por enfoques psicológicos como el psicoanalítico, pero la dificultad de la tarea no hace que su importancia sea menor.

El cerebro no necesita una maqueta completa del mundo, lo que necesita es un conjunto de programas que le permitan calcular rápidamente dónde mirar y cuándo (O'Regan, como es citado en Eagleman, 2013; Edelman, como es citado en Eagleman, 2013), o dónde interactuar y cómo. El cerebro conoce algunos aspectos de la escena y desconoce otros. Por ejemplo, si al lector se le pregunta ¿En qué posición está la lengua en su boca? o ¿Cuántos párrafos ha leído de este documento?, seguramente podrá acceder a la información de manera relativamente rápida para la primera tarea y con un poco más de esfuerzo para la segunda. Lo interesante, es que no es consciente de esa información hasta que le formulan la pregunta, y la razón de ello no es que no haya estado en contacto con los datos, simplemente que esa información

no suele ser útil. En realidad, el cerebro sabe muy pocas cosas, funciona a partir de lo que necesita-saber y lo que necesita saber la mayor parte del tiempo es cómo recuperar los datos (Eagleman, 2013).

En el marco del EIS, estos hallazgos muestran cómo puede operar la función de toma de consciencia del Sistema Self, dentro y fuera de terapia. Pues implícitamente ponen de manifiesto una suerte de “flujo de la consciencia”, “del consciensar” o “del awareness”, en la medida en que una pregunta (o interlocución) con una dosis de consciencia, tiene grandes posibilidades de aumentar la consciencia del receptor. Otro ejemplo en el ámbito terapéutico, puede ser el de una mujer que llega a consultar porque en repetidas ocasiones ha iniciado relaciones en las que posteriormente su pareja le es infiel, lo que la hace sentir insegura e insuficiente. Sesiones después, la paciente se presenta diciendo que ha encontrado a alguien nuevo que no es como los demás y con quién por fin podrá ser feliz, a lo que el terapeuta pregunta ¿En qué exactamente se diferencia él de tus exparejas?, y ¿En qué se parece?, a lo que la consultante podría identificar parecidos importantes que no había

visualizado y que tal vez se correlacionen con una posible infidelidad futura; como el haberlo conocido en una fiesta, no saber nada acerca de sus relaciones pasadas y llevar poco tiempo de relación.

En el ejemplo anterior, el terapeuta es consciente de la probabilidad que existe de que la consultante busque ambientes y personas patosintónicas, así que formula una pregunta reflexiva con el principio activo de la consciencia. Y como sucede con la pregunta de la posición de la lengua o del número de párrafos leídos, en la consultante se despierta la función de toma de consciencia del Sistema Self. Vale la pena preguntarse ¿Qué tan autoadministrable es la consciencia vía introspección y vía preguntas hacia sí mismo?... probablemente menos de lo que se cree.

El físico y médico alemán Hermann von Helmholtz (como es citado en Eagleman, 2013), al observar que el flujo de información desde los ojos hacia el cerebro es demasiado pequeño, concluye que el cerebro debe suponer parte de la información con base en las experiencias pasadas. En otras palabras, con unos pocos datos, el cerebro hace estimaciones, amplía información y resuelve problemas (Eagleman, 2013).

Un estímulo externo no es solo un estímulo externo, es eso más la interpretación a partir de la experiencia vital. Y si resulta ser un estímulo que moviliza la dinámica psicológica, en el EIS se habla de estímulo efectivo (Opazo, 2001).

Un ejemplo de este fenómeno se puede dilucidar con la Figura 2. El cerebro supone que la imagen está iluminada desde arriba y que los círculos blancos sobresalen como protuberancias, mientras los demás parecen hundidos o, es más, parecen espacios donde bien podría ir otro círculo blanco. Gran parte de esos datos son ampliaciones del cerebro, asunciones, ilusiones o “engaños”, pues estrictamente hablando, la imagen no tiene tres dimensiones, por ende, no tiene sombras, solo son círculos de dos colores más iluminados arriba o abajo de acuerdo a su color. Helmholtz (como es citado en Eagleman, 2013) llama a este fenómeno inferencia inconsciente, dadas las conjeturas que el cerebro realiza de lo que está afuera.

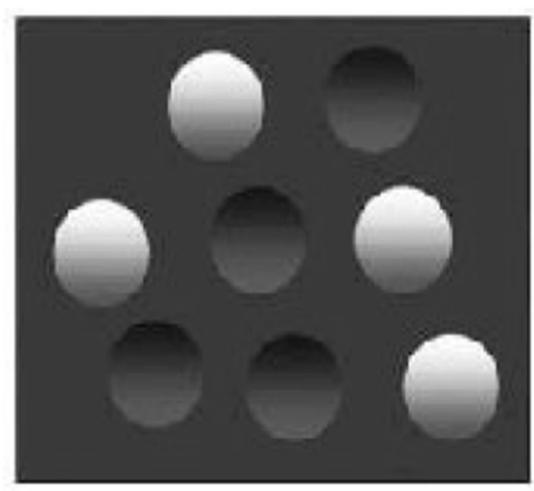


Figura 2. Imagen para comprobar el fenómeno de la “inferencia inconsciente”. Obtenida de Eagleman (2013)

De tal manera, no se tiene acceso directo a la “realidad”, el cerebro co-construye lo que se ve a partir de los ingredientes que ofrece el ambiente y de la propia experiencia con el mundo, lo que recuerda la opción epistemológica del EIS; el constructivismo moderado (Opazo, 1992; 2001). El cerebro es capaz de co-construir de esta manera lo que ve, gracias a millones de años de evolución e interacción con el mundo, mucho más tiempo del que lleva la ciencia tratando de entenderlo, así que no resulta sorprendente lo poco que aún se sabe.

Ahora bien, retomando un tema previo, ¿Qué tanto suceden automatismos y “engaños” cerebrales

semejantes con respecto a las relaciones sociales?, por ejemplo asumir que si alguien usa corbata es una persona confiable, que el individuo que pregunta por indicaciones no cambiará después de una interrupción, que un hombre amable que se conoce en una fiesta será necesariamente fiel, etc., y ¿Qué tan patológicos y/o salutogénicos son estos automatismos y “engaños”?, como se ha visto, se sabe que existen algunos automatismos relacionales, y se sabe mucho menos acerca de las consecuencias a nivel vital. Se retoma el tema en este punto, para llamar la atención sobre algo: parece que la forma de funcionamiento cerebral en cuanto a los sentidos (visión en este caso), puede dar luz acerca del funcionamiento cerebral a niveles más complejos, como a la hora de interactuar con otras personas. Cuando se es un pez que quiere entender el agua, no se debe dejar escapar una sola burbuja sin hacerle el mayor escrutinio.

Y no solo se pueden aventurar conjeturas (con mayor o menor sustento) al estudiar cómo operan los sentidos y la percepción, sucede lo mismo en el caso de procesos como la memoria. Por ejemplo, se ha observado que la memoria explícita es totalmente

separable de la implícita, una de las dos se puede dañar sin perjudicar la otra (Cohen, Eichenbaum, Deacedo y Corkin, como son citados en Eagleman, 2013; Brooks y Baddeley, como son citados en Eagleman, 2013). Los pacientes con amnesia anterógrada, son incapaces de recordar de manera consciente las nuevas experiencias de sus vidas. Al pasar un día enseñándoles un videojuego como Tetris, al día siguiente reportaran que ya no recuerdan la experiencia, que no conocen el juego y nunca lo han jugado. Sin embargo, al volverlos a enfrentar al juego se observa que su manera de jugar mejora exactamente igual al compararla con no amnésicos. En otras palabras, el cerebro ha aprendido el juego de forma implícita o inconsciente. Claro está, que no solo los amnésicos disfrutan de un aprendizaje inconsciente, en esencia, casi todo los aprendizajes relacionados con la interacción con el mundo se basan en este proceso (Eagleman, 2013).

Al recordar nuevamente el caso de la paciente que consulta por sus continuas relaciones de pareja insatisfactorias, es posible hipotetizar que una suerte de experticia inconsciente puede llevarla a relacionarse repetidamente con un mismo tipo de hombre. Posiblemente sea

experta en reconocerlos, encontrarlos atractivos y relacionarse con ellos, todo esto sin darse cuenta. Posiblemente adquiera toda la información que necesita con unos cuantos datos y en muy poco tiempo. No necesita que el hombre se presente diciendo “soy un hombre infiel”, porque tal vez algo dentro de ella ya lo sabe. Ahora bien, si esta hipótesis fuese cierta, vale la pena preguntarse ¿Por qué el cerebro nos juega tan malas pasadas?, tal vez tenga algo que ver con garantizar la supervivencia social y la reproducción de la especie, una suerte de mandato inconsciente del cerebro del tipo: “¡Compórtate de manera socialmente aceptable, conéctate y reproducete (como lo has aprendido, sin importar que en parte sufras, así debas renunciar a ti mismo en el proceso y hazlo todo de la manera energéticamente más económica posible, es decir, lo más automática e inconscientemente posible)!”. Después de todo un mandato de este tipo resultaría muy productivo evolutivamente hablando, sin embargo, no se pretende dar una respuesta acabada a este tema que lleva tanto tiempo siendo estudiado, solo se pretende exponer un punto de vista a una cuestión que aún no ha sido resuelta.

Uno de los principales estudiosos de lo inconsciente fue Freud (como es citado en Eagleman, 2013), quién toca el tema del deseo en repetidas ocasiones. En la actualidad se sigue estudiando el asunto, e investigadores como Roberts, Havlicek y Flegr (como son citados en Eagleman, 2013) han demostrado que una mujer resulta más atractiva para los hombres justo en la cúspide de fertilidad de su ciclo menstrual, es decir, aproximadamente diez días antes de la menstruación. Todo esto, sin que los hombres sean conscientes de la asociación entre la fertilidad y el atractivo que perciben. En otras palabras, el cerebro está bastante más capacitado de lo que podría creerse, para favorecer e instigar la reproducción de la especie, incluso de manera automática. Sin embargo, “¡Reproducete!” es solo uno de los hipotéticos mandatos del inconsciente, y muchas veces se opone al mandato “¡Compórtate de manera socialmente aceptable!”. Lo cual, burdamente puede recordar el conflicto entre el ello y el superyó sostenido por la postura psicoanalítica.

Existe un detalle más en la investigación de los pacientes con amnesia anterógrada que juegan Tetris, y es que si después de haber jugado se

les despierta durante la noche, reportan que están soñando con bloques de color que caen, sin saber el porqué de un sueño tan bizarro. Supóngase un mundo en donde todos y cada uno de los seres humanos tenemos amnesia anterógrada y algunas personas reportan sueños de bloques de color que caen. No sería sorprendente que alguien en algún momento se preguntara ¿Qué querrá decir esta coincidencia? y que incluso tratara de estudiarla en búsqueda de la porción de “realidad” que aparentemente le es esquiva, con el infortunio de que estaría luchando contra su propia naturaleza amnésica y la de todos los que lo rodean; ¿No habrá sucedido algo similar con Freud y su interpretación de los sueños?

La postura psicoanalítica ha sido bastante desacreditada, sin embargo, puede encontrar apoyo parcial en la neurociencia actual, en la medida en que existe una creciente postura a favor de que el cerebro funciona como un equipo de rivales (Eagleman, 2013). Sean estos razón y emoción (Eagleman, 2013); ello, yo y superyó (Freud, como es citado en Eagleman, 2013); o cerebro reptil, sistema límbico y neocórtex (MacLean, como es citado en Eagleman, 2013). Dicho equipo de rivales tiene la misma

meta; la supervivencia y prosperidad del organismo, solo que difieren en la manera de conseguirla (Eagleman, 2013). Todas las facciones apuntan a conseguir bienestar, sin embargo las diferencias entre una y otra pueden (hipotéticamente) generar comportamientos patológicos o transgresores. Por ejemplo, en el caso de la histeria (Freud, como es citado en Eagleman, 2013), se podría hablar de un conflicto entre las facciones de supervivencia social y de reproducción sexual. En casos de pobreza y desempleo, y un consecuente aumento de la frecuencia de los robos, se podría hablar de un conflicto entre las facciones de supervivencia social y de supervivencia natural. En este punto, llama la atención cómo el primero de los ejemplos tiende a ser denominado desajuste psicológico y el segundo es más asociado a un desajuste social, la pregunta que surge es ¿Qué tanto el primer ejemplo es también desajuste social? y ¿Qué tanto el segundo ejemplo es también desajuste psicológico?

Claro está, el cerebro no está siempre en conflicto, aunque si ocurre con regularidad (Eagleman, 2013). De hecho, se afirma que muchas veces la consciencia necesita del contraste para

surgir, pues la percepción compara continuamente las entradas provenientes de la “realidad” con los modelos internos predictivos de como se espera que sea dicha “realidad”, y mientras la predicción sea suficientemente acertada no es necesaria la energéticamente costosa participación consciente (Eagleman, 2013). De acuerdo con MacKay (como es citado en Eagleman, 2013), esta afirmación es coherente con el hecho de que existen diez veces más fibras que dirigen información de la corteza visual primaria hacia el tálamo visual, en comparación de las que van hacia delante, pues los datos que necesitan ir hacia delante solo son los que respectan a las diferencias. Por ejemplo, cuando se conduce un automóvil de manera automática hasta que algo despierta la consciencia, un fuerte contraste entre lo que se espera del mundo y la “realidad” misma; por ejemplo un sonido extraño, menor aceleración, fallas de balanceo, etc.

Nuevamente al traducir estos hallazgos al EIS, es posible afirmar que muchas veces la activación de la función de toma de consciencia del Sistema Self depende de que tan bien modelado se tiene el mundo y de qué tanto la

“realidad” física y social ofrece un contraste suficiente como para resultar patodistónica. Así que, como lo hace el EIS se destaca la importancia de buscar y enfrentar ambientes patodistónicos que permitan ir adquiriendo un modelo del mundo más salutogénico.

Finalmente, se han expuesto variados pero no exhaustivos ejemplos y pruebas provenientes del paradigma biológico, que sustentan el peso funcional del paradigma inconsciente en los seres humanos. Se ha subrayado la relevancia de lo inconsciente y la alta probabilidad de ser “engañados” por el cerebro, que constantemente trata de automatizar, ganar en eficiencia y mantener la coherencia interna. Se ha destacado que como humanos se funciona y se disfunciona de manera más inconsciente de lo que se cree. Y por último, también se ha manifestado que muy probablemente, en el tema del paradigma inconsciente aún quede mucho terreno por cubrir, mucha comprensión que profundizar y muchas fuerzas de cambio que rescatar. Incluso desde posturas ampliamente desacreditadas como la psicoanalítica.

La conciencia es como un diminuto
polizón en un transatlántico,
que se lleva los laureles del viaje sin
reconocer la inmensa obra de
ingeniería que hay debajo.

David Eagleman.

Referencias Bibliográficas

Eagleman, D. (2013). *Incógnito, las vidas secretas del cerebro.* Barcelona: Anagrama.

Opazo, R. (1992). Fuerzas de cambio en psicoterapia, un modelo integrativo. En *Integración en psicoterapia* (págs. 400-490). Santiago de Chile: Cecidep.

Opazo, R. (2001). *Psicoterapia integrativa, delimitación clínica.* Santiago de Chile: Ediciones ICPSI.

Neuroplasticidad y Psicoterapia

Francisca Soto H.

AcPI, 8:158-165.

Picóloga Pontificia Universidad Católica de Chile. Posttítulo Psicoterapia integrativa, Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa ICPSI, contacto: sysoto1@uc.cl

Introducción

Con el paso de los años, el conocimiento sobre el cerebro humano ha crecido considerablemente. Tanto así, que de creer que nuestro cerebro se desarrollaba solo hasta la adolescencia, se ha llegado a demostrar que éste está en constante cambio por medio de la interacción con el ambiente (Sánchez Yagüe, s.f.). Esto se puede observar en la neuroplasticidad, la cual se define como “la capacidad de las neuronas para modificar sus propiedades funcionales en respuesta a ciertas pautas de estimulación ambiental” (Aguilar Mendoza et al, 2010, p. 9). La neuroplasticidad va desde cambios moleculares, que alteran la neurotransmisión, hasta modificaciones morfológicas, como regeneración de axones y la creación de nuevas sinapsis (Aguilar Mendoza et al, 2010, p. 9), lo que permite modificar el funcionamiento de nuestro cerebro, tanto de forma dirigida como implícita.

Dado que el cerebro se va moldeando de acuerdo al medio ambiente, la forma en que se van formando las conexiones se puede ver alterada por las relaciones de apego (Meyer, 2011) y por otras interacciones. El aprendizaje, entendido como “la

capacidad de cambiar la conducta como fruto de la experiencia” (Aguilar Mendoza et al, 2010, p. 9), afectará la forma en que funcione y se desarrolle el cerebro, tanto por las conexiones que se generen, como por los genes que se manifiesten (Medow, 2010).

La psicopatología suele ir acompañada por disfuncionalidad cerebral (Medow, 2010); es decir, por funciones cerebrales que se activan de formas diferentes a las de personas consideradas “sanas” (Barsaglini et al, 2013). Si estas funciones se fueron desarrollando por el aprendizaje del cerebro en el ambiente, entonces nuevos aprendizajes podrían conducir a la formación de nuevas funciones y conexiones neuronales (Aguilar Mendoza et al, 2010).

Entendiendo que la psicoterapia es también un proceso de aprendizaje (Medow, 2010), es posible inferir que ésta también es motor de neuroplasticidad. Es por esto que el propósito de este trabajo es analizar algunas investigaciones que relacionan la psicoterapia con la neuroplasticidad, viendo la primera como agente de cambio en la biología del cerebro por medio de la segunda.

Aprendizaje y Neuroplasticidad

El aprendizaje suele ser un cambio, relativamente permanente, observable en la conducta, producto de la experiencia; la relación del individuo con el medio (Aguilar Mendoza et al, 2010). Cualquier cambio en la conducta aprendida implica la capacidad de neuroplasticidad del cerebro, sea tanto este cambio intencional como no (Medow, 2010). De hecho, existe un área del hipocampo, relacionada estrechamente con el aprender y recordar ubicaciones espaciales y relaciones, que posee la capacidad de la neurogénesis; es decir, de crear nuevas neuronas en caso de ser necesario (Medow, 2010).

Según Aguilar Mendoza et al (2010), existen distintos tipos de aprendizajes básicos. El aprendizaje perceptivo es aquel en que se reconocen las características de personas y objetos. También existe el aprendizaje asociativo, dentro del cual se encuentran el condicionamiento clásico, que consiste en la asociación de dos estímulos, y el condicionamiento operante, en el cual se asocia una respuesta y las consecuencias que conlleva. Por último, dentro de las formas de aprendizaje básico, estaría el aprendizaje relacional,

el cual es más complejo que los anteriores, dado que supone el aprendizaje perceptivo y la localización espacial de objetos y personas, junto con una secuencia de acontecimientos relacionada con alguna situación. La forma en que se vayan dando estos aprendizajes a lo largo de la vida, podría producir distintos patrones de conectividad neuronal.

Aprender requiere memorizar, puesto que aquello que se aprendió se codifica y se puede recuperar por medio de la memoria (Aguilar Mendoza et al, 2010). En los procesos de la memoria y el aprendizaje, participan diversas redes nerviosas, que se activan de formas particulares relacionadas con cada aprendizaje y memoria en particular (Aguilar Mendoza et al, 2010). Esto hace que la capacidad de aprender dependa de varios factores relacionados con dichas redes, tales como la concentración y las habilidades del sujeto, como de su motivación y estado emocional (Aguilar Mendoza et al, 2010). No obstante, todos esos factores se han de haber desarrollado y aprendido a lo largo de la vida, lo que implicaría que las experiencias particulares tuviesen impactos distintos en estas redes.

Las cogniciones que aprendamos, afectan nuestra biología cerebral (Medow, 2010). En una Ted Talk, Carol Dweck (2014) da un claro ejemplo de esto; estudiantes que creen en la teoría de la inteligencia fija (que su inteligencia tiene un límite), no presentan mucha activación cerebral frente a los errores. En cambio, los estudiantes con teorías de la inteligencia de aumento (que creen que su inteligencia aumenta con el esfuerzo), muestran mayor actividad cerebral frente a los errores, lo cual se relacionaría con mayores recursos cognitivos disponibles para encontrar soluciones. Ambos tipos de teoría de la inteligencia fueron aprendidos por los estudiantes, en las relaciones con sus establecimientos educacionales y sus sistemas parentales (Dweck, 2014).

Por otra parte, el cerebro humano trabaja principalmente por medio de sistemas automáticos, puesto que se ha ido desarrollando para sobrevivir (Sánchez Yagüe, s.f.). Esto implica que nuestros comportamientos y cogniciones se vean principalmente influenciados por estados emocionales que se activan de forma involuntaria, implicando principalmente la activación de la Amígdala, área cerebral que es muy importante en los procesos de emoción y

memoria, y la corteza prefrontal ventrolateral derecha, la cual se relaciona con la regulación emocional (Sánchez Yagüe, s.f.). La forma en que se activen las distintas áreas cerebrales, como ya se dijo, dependen tanto de los genes de la persona como del aprendizaje en el medio.

Zull (2002, en Medow, 2010) en su libro del "Arte de Cambiar el Cerebro", especifica que nuestro cerebro funciona bajo tres metas principales: sobrevivir, la búsqueda de placer y la evitación del dolor. De esta forma, un cerebro "sano" sería aquel que trabaja de forma eficiente para alcanzar dichas metas. En el mismo libro, Zull describe cómo a lo largo del crecimiento de los humano se van desarrollando distintas estructuras cerebrales relacionadas con el aprendizaje; tanto con los órganos sensoriales, para adquirir información, como con la capacidad de procesar esta información y generar hipótesis y abstracciones sobre ésta.

Algunos trastornos psiquiátricos se relacionan con alteraciones en la activación o el metabolismo de ciertas áreas cerebrales relacionadas con las experiencias de aprendizaje relacionadas con las emociones y su regulación. Ejemplo de esto los muestra un

metanálisis de Barsaglini et al (2013), donde se apreciaría la sobre activación de la amígdala en personas que padecen un Trastorno por Estrés Post Traumático; actividad que menguaría junto con la disminución de los síntomas. En los trastornos fóbicos, también se puede apreciar una sobre activación de la amígdala, junto con aumento de la actividad en la ínsula; ambas disminuirían al bajar la sintomatología. De acuerdo a los autores, en las personas con Trastorno de Angustia, habría un predominio de activación de áreas límbicas y corticales, en desmedro de ciertas áreas de las cortezas prefrontal y temporal. Esta misma disminución de actividad en dichas áreas se puede apreciar en pacientes con Trastorno Depresivo Mayor, quienes mostrarían mayor actividad en el hipocampo y la amígdala anterior izquierdos. Las áreas alteradas estarían relacionadas con la activación y regulación de estados emocionales disfuncionales a nivel biológico.

El estado emocional se aprende a regular de acuerdo al apego que se haya tenido en la infancia (Bowlby, 1988, en Meyer, 2011). El tipo de relación de apego que se desarrolle, seguirá afectando a las personas por el resto de

sus vidas (Fishbanc, 2007, en Meyer, 2011). No obstante, gracias a la neuroplasticidad, se pueden cambiar los patrones de apego que se hayan generado en la niñez (Suomi, 1999, en Meyer, 2011). Esto se relaciona directamente con la psicoterapia, en la que, si se logra formar un apego seguro en la relación terapéutica, éste puede influir en las conexiones neuronales, promoviendo patrones de activación de apego seguro y mayor regulación emocional (Cozolino, 2006, en Meyer, 2011).

Neuroplasticidad y Psicoterapia

Las influencias sociales organizan la forma en que irá estructurando nuestro cerebro (Cozolino, 2006, en Meyer, 2011). Siendo la alianza terapéutica una de estas influencias sociales, es de esperar que ésta influya en la configuración del cerebro tanto del paciente como del terapeuta. De hecho, la relación entre terapeuta y paciente permite que el cerebro de éste último, por medio de la neuroplasticidad, mejore ciertos patrones de activación de redes neuronales, lo que se podría traducir, por ejemplo, en la mejora de habilidades

sociales (Meyer, 2011), por medio del aprendizaje en y fuera de la sesión.

Es ideal que en las relaciones terapéuticas se genere apego seguro. Como la regulación afectiva, proceso tanto consciente como inconsciente, se genera inicialmente con la regulación externa del/la cuidador/a, alteraciones en dicha regulación que afecten la posterior auto regulación de estados afectivos, pueden mejorar por medio del apego seguro en psicoterapia (Meyer, 2011), siendo el terapeuta una nueva figura de apego que permite la exploración segura del paciente de su propio mundo interno.

Las intervenciones psicológicas implican la activación de la neuroplasticidad cerebral, en tanto éstas son instancias de aprendizaje dirigido que promueven cambios en los pacientes (Medow, 2010). Éstas permiten la corrección de la actividad mental disfuncional; corrección que se podría llevar a cabo de forma más eficiente si se fomentara el conocimiento de los psicoterapeutas sobre cómo funciona y aprende el cerebro, con el fin de generar intervenciones que se relacionaran de forma directa con este funcionamiento.

La Terapia Basada en la Mentalización de Fonagy se relaciona

con el funcionamiento cerebral, relacionando el apego con la neurociencia. Fonagy (2008) propone que el trauma en el apego se relaciona con fallas en la mentalización. La mentalización vendría a ser la capacidad de imaginar estados mentales propios y ajenos, junto con las posibles causas y consecuencias de estos estados. La falla de esta capacidad genera menor activación de la corteza prefrontal, la cual se estimula por medio de fomentar la mentalización en estos pacientes, generando nuevas conexiones y mejorando el rendimiento de estos en la auto regulación y auto organización, relacionadas con dicha área cerebral.

Conclusiones.

El cerebro está programado para proveer soporte emocional y reforzar aprendizajes que permitan mejores formas de adaptarse al mundo (Medow, 2010). Es por esto que algunas psicopatologías podrían alterar el funcionamiento neurológico del cerebro; en un medio patológico, hay respuestas que vendrían a funcionar en base a una de las metas del cerebro: la supervivencia. Esto generaría aprendizajes de un medio enfermo, los

cuales serían internalizados, generando parte de la patología. Puede que, como una forma de protegerse, el cerebro de adapta a un funcionamiento disfuncional, aprendido, y que, dado que es aprendido, se pueden enseñar otras formas que mejoren la calidad de vida del paciente.

El apego seguro promueve la mentalización, y permite al terapeuta, tanto por medio de la terapia hablada y centrando su atención en ciertos componentes, como por medio de su actitud y lenguaje corporal, enseñar al paciente a reprogramar su cerebro, hacia una adaptación que no le genere patología, que la disminuya o la vuelva funcional.

Nuestro funcionamiento cerebral afecta nuestros comportamientos, cogniciones y afectos, de la misma forma que estos afectan al primero (Medow, 2010). No es de extrañarse, entonces, que la psicoterapia funcione como promotor de la neuroplasticidad, puesto que trabaja directamente con las cogniciones, afectos y comportamientos, enfocándose, para cada caso particular, en un tipo de aprendizaje específico. De esta forma, no solo se estimulan las conexiones neuronales por medio de nuevas formas de comprender la propia

psiquis y de poder relacionar nuestras cogniciones con nuestras emociones y nuestra conducta, sino que también promueve un constante monitoreo de estos. Este monitoreo, a su vez, puede ser aprendido implícitamente por el paciente, lo cual mostraría una forma de neuroplasticidad, de cambio en las conexiones neuronales por medio del aprendizaje, que, se ser trabajado constantemente, puede hasta funcionar de forma automática. Siguiendo esta línea, y dado que los aprendizajes se consolidan, la psicoterapia no solo enseña nuevas formas de experimentar el mundo interno, sino también de darle coherencia y de mantener, idealmente, un monitoreo de éste.

Referencias Bibliográficas

- Aguilar Mendoza, L. A., Espinoza Pardo, G., Oruro Puma, E. & Carrión, D. (2010).** Aprendizaje, Memoria y Neuroplasticidad. *Temática Psicológica*, 6(1), pp. 7-14.
- Barsaglini, A., Sartori, G., Benetti, S., Pettersson-Yeo, W. & Mechelli, A. (2013).** The effects of psychotherapy on brain function: A systematic and critical review. *Progress in Neurobiology*, pp. 1-14.
- Dweck, C. (2014, Noviembre).** Carol Dweck: The power of believing that you can improve [Video]. Recuperado de https://www.ted.com/talks/carol_dweck_the_power_of_believing_that_you_can_improve#t-129449

Fonagy, P. (2008). Apego, Trauma y Psicoanálisis. ¿Por qué nos hacemos esto. Recuperado de <http://revistamentalizacion.com/ultimonumero/01.pdf>

Medow, H. (2010). Neuroplasticity. Biology of Psychotherapy. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/280926585_Neuroplasticity-Biology_of_Psychotherapy

Meyer, D. (2011). Neuroplasticity as an Explanation for the Attachment Process in the Therapeutic Relationship. Recuperado de https://counselingoutfitters.com/vistas/vistas11/Article_52.pdf

Sánchez Yagüe, A. (s.f.). Emociones y Neuroplasticidad Cerebral. Revista de la Asociación Española de Terapia Gestalt, pp. 1-7. Recuperado de http://www.mindtraining.es/wp-content/uploads/Alejandra_Sanchez_Emociones_y_neuroplasticidad_cerebral_web.pdf