

AcPI

Actualizaciones
en
Psicoterapia Integrativa

Editorial

En el presente Volumen de *AcPI* el lector se encontrará, dentro de la investigación en el marco del EIS, con un estudio en pacientes de Salud Mental atendidos en el Centro de Salud Universitario de la Universidad Austral de Chile y con un estudio del fenómeno del Bullying Homofóbico en jóvenes de nuestro país. Este último estudio nos llena de satisfacción por ser realizado por un grupo de estudiantes universitarios que se motivaron por nuestro enfoque y quisieron aportar al desarrollo del EIS.

En el campo de la psicoterapia, este número nos presentan interesantes investigaciones bibliográficas. La primera corresponde a una aproximación científica a la Terapia de Flores de Bach y su aporte como recurso complementario a la Psicoterapia Integrativa. La segunda, nos orienta hacia un abordaje desde la Psicoterapia Integrativa de los desafíos que involucra el trabajo clínico con personas lesbianas, gay y bisexuales. Y la tercera, sobre los correlatos neurofisiológicos y las indagaciones sobre la eficacia de la Estimulación Bilateral Alternada en el tratamiento de diversas problemáticas clínicas

Se entregan también, en el punto de reflexiones integrativas, dos interesantes trabajos. Uno, sobre el desarrollo de la Empatía desde una mirada Integrativa; y, otro, acerca de la Autorregulación del Aprendizaje desde el Enfoque Integrativo Supraparadigmático

En este número se han incorporado dos nuevas secciones: *Reportes de Investigación ICPSI* y *Comentario de libros*. En el primero entregamos los resultados de un estudio sobre orientaciones vitales en muestra clínica, el que revisó el cuestionario de la Escala de Sentido de Vida en pacientes ICPSI pertenecientes a distintos estratos socioeconómicos. El segundo reporte es de gran orgullo para nuestro Instituto, dado que es un trabajo que busca dar cuenta de 20 años del funcionamiento de nuestros Consultorios Institucionales. Con motivo de cumplirse, en el año recién pasado, 20 años de la creación de los Consultorios para Personas de Escasos Recursos para psicoterapia (los Consultorios CONPER-ICPSI) nos pareció oportuno revisar nuestra experiencia, decantar los resultados de nuestro quehacer clínico aplicado, y perfilar desafíos de futuro. Finalmente, en el punto de revisiones de libros, hemos decidido incorporar uno de los prólogos internacionales del último libro del creador del Enfoque Integrativo Supraparadigmático, el psicólogo Roberto Opazo Castro. Este libro, recientemente publicado, es el resultado de más de 12 años de trabajo y sistematización del EIS.

Estamos seguros de que los lectores encontraran en el *Vol. IX de AcPI* ...artículos, reflexiones, investigaciones y revisiones académicas de nivel y aporte para el trabajo clínico. Y para la continuidad en la búsqueda de conocimientos válidos que nos aporten a entregar cada vez respuestas mejores y más fundamentadas a las demandas de nuestros pacientes.

Verónica L. Bagladi L.

Directora

INDICE

Editorial.	5
Artículos	
Perfil Integrativo de Pacientes de Salud Mental atendidos en el Centro de Salud Universitario de la Universidad Austral de Chile <i>Mg. Catalina Álamo P.; Mg. Texia Bejer T.; PhD D. Verónica Bagladi L. Ps.N. Cárcamo Y.; Ps.D. San Martín S., Ps. M.Fischer G.</i>	9
Bullying Homofóbico: Aproximación integrativa a la configuración del Sistema Self en un grupo de jóvenes lesbianas y gay's chilenos <i>Ps. María Vera V.; Ps. Cynthia Romero C.; Ps. Ana Orellana S. y Patricia Daza C.</i>	21
Una Aproximación Científica a la Terapia de Flores de Bach y su aporte como recurso complementario a la Psicoterapia Integrativa. <i>Ps. Andrea Bunster I.</i>	44
La Estimulación Bilateral Alternada y su Correlato Neurofisiológico: Indagaciones sobre su Eficacia en el Tratamiento de Diversas Problemáticas Clínicas <i>Ps. Catalina Jara S.</i>	79
Hacia un abordaje desde la Psicoterapia Integrativa de los desafíos que involucra el trabajo clínico con personas lesbianas, gay y bisexuales <i>Mg@ Felipe Peña Q.</i>	98
Reflexiones Integrativas	
Desarrollo de la Empatía desde una mirada Integrativa <i>Ps. Carmen Gloria Valdés R.</i>	122
Autorregulación del Aprendizaje: Una mirada desde el Enfoque Integrativo Supraparadigmático <i>Ps. Francisca Soto H.</i>	135
Reportes de Investigación ICPSI	
Investigación: Impacto del Nivel Socioeconómico sobre la Función Búsqueda de Sentido en pacientes del Instituto Chileno de psicoterapia Integrativa <i>PhD. Roberto Opazo C. Mg. Texia Bejer T.</i>	152
Dos décadas de la Psicoterapia Integrativa EIS al Servicio de la Comunidad: Necesidades, Resultados y Desafíos <i>PhD. Verónica Bagladi L.</i>	162
Comentario de Libros	
"Psicoterapia Integrativa EIS: Profundizando la Comprensión, Potenciando el Cambio" de Roberto Opazo Castro <i>Prologo PhD. John C. Norcross</i>	201

Artículos

Perfil Integrativo de Pacientes de Salud Mental atendidos en el Centro de Salud Universitario de la Universidad Austral de Chile

Catalina Alamo Palma*

Texia Bejer Tajmouch**

Verónica Bagladi Letelier***

Nidia Cárcamo Yaitul; Daniela San Martín Santibáñez, Martina Fischer Guzmán. ^{1**}**

Abstract

Most mental disorders have their emergence in emergent adulthood. The role of the university context is crucial in understanding this phenomenon. Objective: This study was proposed to know the psychological profile of mental health patients at the University Health Center of the Universidad Austral de Chile from the supraparadigmatic integrative model. Method: The 15 scales of the FECl, the Beck hopelessness scale and the PHQ-9 depression scale were administered to 40 patients. Results: The results account for a population characterized by a high biological and psychoticism vulnerability; And a low level of self-esteem, frustration tolerance, needs satisfaction, self-image and self-efficacy. Conclusions: Conflicts arise in the role of identity and self-regulation of the Self system, showing conflicts or previous difficulties in adolescent development that can mean the consolidation of these traits in the operation of Personality

Keywords: *Integrative Diagnostics, FECl; Mental Health University.*

Resumen

Introducción: La mayoría de los trastornos mentales tienen su aparición en la adultez emergente. El rol del contexto universitario es crucial en la comprensión de este fenómeno. Objetivo: Este estudio se propuso conocer el perfil psicológico de los pacientes de salud mental del Centro de Salud Universitario de la Universidad Austral de Chile desde el Modelo Integrativo Supraparadigmático. Método: Se administraron las 15 escalas del FECl, la escala de Desesperanza de Beck y la escala de depresión PHQ-9 a 40 pacientes. Resultados: Los resultados dan cuenta de una población caracterizada por una alta vulnerabilidad biológica y psicoticismo; y un nivel bajo de autoestima, tolerancia a la frustración, satisfacción de necesidades, autoimagen y autoeficacia. Conclusiones: Se desprenden conflictos en la función de Identidad y Autorregulación del Sistema Self, mostrando conflictos o dificultades previas en el desarrollo adolescente y que pueden significar la consolidación de estos rasgos en el funcionamiento de personalidad.

Palabras clave: *Diagnóstico Integrativo, FECl; Salud Mental Universitarios.*

AcPI, 9: 9–20.

* Instituto de Neurociencias Clínicas, Universidad Austral de Chile. catalina.alamo@gmail.com

**Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa

***Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa

**** Alumnas Ayudantes, Universidad Austral de Chile. Contacto: catalina.alamo@gmail.com

Introducción

La Psicoterapia Integrativa derivada desde Enfoque Integrativo Supraparadigmático (EIS), considera como parte fundamental del proceso, la evaluación clínica integral, no reduccionista, que procure el diagnóstico integral. Este es entendido por Opazo (2001) como aquel que contribuye a “conocer, precisar, explicar, clasificar, predecir o pronosticar y a intervenir” (pág. 201) en la complejidad de los procesos del paciente. De esta manera, un buen diagnóstico “posibilita un adecuado proceso terapéutico y un mayor logro de objetivos terapéuticos” (pág. 202). En este sentido, el diagnóstico integral es un proceso permanente y que va más allá de la mera categorización del paciente (Bejer, 2010).

Sobre la base del EIS, el Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa (ICPSI) ha desarrollado la Ficha de Evaluación Clínica Integral (F.E.C.I) que es un cuestionario de auto-reporte, que permite realizar una evaluación integral del sujeto, otorgando información relevante sobre el funcionamiento del paciente en cada uno de los paradigmas que componen el modelo y de las funciones de su Sistema Self.

La composición del F.E.C.I contempla una dimensión cualitativa, en tanto recoge descripciones y opiniones del paciente en relación a sus diferentes características y problemáticas, y otra dimensión cuantitativa, en tanto permite acceder a puntajes de diferentes escalas de utilidad clínica validadas a nivel internacional (E.P.Q. de Eysenk, el Test de Asertividad de Rathus,

Sub-Escala Gambrill y Ritchie, entre otras) y otras elaboradas por el mismo Centro de Desarrollo Psicológico (CECIDEP) en conjunto con el ICPSI a partir de la experiencia clínica (Escalas de Síntomas, Depresión, Ansiedad, Autoimagen, Irracionalidad Cognitiva, Satisfacción de Necesidades, Repertorio de Conductas Sociales, Satisfacción de Pareja, Vulnerabilidad Biológica, Escala de Sentido de Vida, Perfeccionismo) (Opazo, 2001).

Bejer (2010), señala que la “Ficha de Evaluación Clínica Integral, en sus escalas clínicas, presenta niveles de validez y confiabilidad satisfactorios que respaldan su aplicación. Es así un aporte al Diagnóstico Integral, esto es, la evaluación intencional, sistemática y “obligatoria” de los paradigmas, biológico, cognitivo, afectivo, inconsciente, ambiental / conductual y sistémico, junto con la evaluación de las 6 funciones del sistema SELF.”

El presente estudio consistió en la aplicación de la dimensión cuantitativa del FECl a un grupo de pacientes de salud mental del Centro de Salud Universitario de la Universidad Austral de Chile, y así aproximarse a una comprensión integral del perfil de estudiantes universitarios que solicitan ayuda especializada en esta área.

La relevancia del estudio radica en que la mayoría de los trastornos mentales que afectarán la vida adulta de un individuo, tienen su primera aparición en la adultez joven (o también denominada adultez emergente, entre los 20 y 25 años) (Kessler et al., 2005, en Zivin, Eisenberg, Gollust, y Golberstein, 2009) y un 75% se sitúa

alrededor de los 24 años (Papalia, Wendkos y Duskin, 2010). Este momento vital conlleva desafíos evolutivos complejos, siendo una etapa de transición a la adultez. Aquellos jóvenes que ingresan a los estudios universitarios se ven particularmente enfrentados a un conjunto de eventos normativos, tales como el alejamiento de la familia de origen, la escasez de recursos económicos, la autonomía y organización de la carga académica, lidiar con las expectativas propias y de la familia; y el acceso a una serie de experiencias nuevas, constructivas y/o de riesgo. A esto se suman estresores particulares de la vida intra-universitaria como la sobrecarga académica, la reprobación de asignaturas y el retraso académico subsecuente, la dificultad de compaginar trabajo (y/o crianza) y estudios; y la imposibilidad de continuar la práctica de sus aficiones (Zivin et al., 2009).

Hunt y Eisenberg (2010) a partir de una minuciosa revisión de las investigaciones existentes a nivel mundial, señalan que las alteraciones de ánimo hacia lo depresivo, las ideas de suicidio, el síndrome ansioso y el consumo problemático de alcohol, son los principales problemas de salud mental que afectan a la población universitaria. Así también, los principales factores identificados aluden a estudiantes provenientes de entornos socioeconómicos más bajos, el pertenecer a alguna minoría (raza o etnia), el bajo apoyo social percibido, las experiencias traumáticas previas (especialmente el abuso sexual), la morbilidad previa entendida como expresión de variables de vulnerabilidad genética y los rasgos de la personalidad (principalmente de

tipo perfeccionistas) que moderarán las experiencias de exigencia académica.

Estos hallazgos consistentes en múltiples estudios son especialmente preocupantes si se consideran las evidencias que existen de que no buscar tratamiento temprano se asocia con un curso más largo de la enfermedad y con recaídas más frecuentes, situación muy común en los estudiantes universitarios (Hunt y Eisenberg, 2010).

Un estudio realizado en el centro universitario de la Universidad Católica de Chile por Micin y Bagladi (2010), describe la distribución en prevalencia de las distintas psicopatologías que padecen los pacientes que consultan en dicho centro, siendo principal los trastornos adaptativos (48,3%), seguido por los trastornos del ánimo (22,8%) en que la depresión mayor es lo predominante, y, por último, los trastornos de ansiedad (20,9%). En este estudio, los trastornos asociados al consumo de sustancia tienen una incidencia del 6,7% (con predominio del alcohol-3%-y marihuana-2,7%) y los trastornos de la conducta alimentaria un 6,5%.

Más al Sur de Chile, en Valdivia, a partir del estudio realizado a estudiantes de pregrado de la Universidad Austral de Chile (Baader et al., 2014) se evidencia una prevalencia de trastornos afectivos en la población universitaria determinando que el 27% de los estudiantes cumple con criterios para una depresión mayor y un 10,4% cursa con un trastorno bipolar. Cabe mencionar que se observan diferencias significativas en la depresión y su relación con la variable

sexo, mostrando las mujeres un nivel de frecuencia significativamente mayor que los hombres.

Tal como expresan Hunt y Eisenberg (2010), es una realidad también que el contexto universitario viene a ser para muchas personas el primer y único escenario donde las personas que ahí estudian podrán contar con una serie de servicios de apoyo (social, académico, médico) y que a su vez están inter-conectados a través del marco institucional.

Debido a lo anteriormente mencionado y a la contundente evidencia existente en cuanto a cómo la enfermedad mental no tratada puede tener implicancias importantes para el éxito académico, es que cobra relevancia el generar políticas de salud mental dentro de las universidades que favorezcan estrategias de prevención, promoción e intervención en salud mental, y ciertamente continuar realizando investigaciones que permitan conocer, comprender y aproximarse a este particular escenario vital.

Método

Participantes

La muestra estuvo compuesta por un total de 40 usuarios del Centro de Salud Universitario de la UACH que se atendían por motivo de salud mental y que no cursaban un cuadro psicótico ni post-traumático (escenarios en que no se aplica el FECI)

Instrumentos

Se aplicaron las 15 escalas del FECI, la escala de Desesperanza de Beck (BHS) y la versión validada en Chile (Baader et al., 2012) de la Escala Patient Health Questionnaire módulo de depresión (PHQ-9).

Procedimientos

Las encuestas se iniciaron en la medida que el sujeto manifestó la voluntad de participar y dio su autorización mediante la firma del consentimiento informado. Cada sujeto respondió de manera anónima, utilizando sólo las siglas de su nombre para fines de identificar el feedback posterior. Toda la información estuvo protegida bajo el principio del secreto profesional, siendo sólo de conocimiento de las investigadoras y el equipo profesional a cargo del caso.

Asimismo, se procedió a la recolección de los datos luego de haber recibido la aprobación del Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad Austral de Chile.

Por otra parte, a cada sujeto que participó del estudio se le otorgó un informe psicológico con la descripción de sus resultados, un análisis integral de éstos, y sugerencias psicoterapéuticas, el cual fue entregado a través de su psicoterapeuta.

Análisis de Datos

El análisis de los datos se realizó con el programa estadístico SPSS Versión 22.

Resultados

Respecto del perfil sociodemográfico de los estudiantes universitarios de la UACH que se atienden por salud mental en el Centro de Salud Universitario (CESU) se puede señalar que la población consultante es predominantemente femenina (70%) y la edad media es de 23 años ($s=3,4$)

Si bien la muestra no se seleccionó de forma intencionada por carreras, se aprecia que del total de la muestra hay dos carreras que sobresalen en frecuencia de estudiantes consultantes por Salud Mental, las que corresponden a las carreras de Medicina Veterinaria y Terapia Ocupacional.

La tabla 1 muestra las características de funcionamiento del Paradigma Biológico de los estudiantes universitarios de la UACH consultantes por problemas de salud mental

DIMENSIÓN	BAJO (%)	MODERADO (%)	ALTO (%)
NEUROTICISMO	10	47.5	42.5
EXTROVERSIÓN	42.5	30	27.5
PSICOTICISMO	27.5	27.5	45
DESEABILIDAD SOCIAL	47.5	22.5	30
SÍNTOMAS DE ANSIEDAD	32.5	22.5	45
VULNERABILIDAD BIOLÓGICA	17.5	40	42.5
TRASTORNO DEPRESIVO	45	12.5	42.5

Tabla 1. Resultados Escalas Paradigma Biológico

En los resultados de prevalencia destaca que un 47,5% ($N=19$) presenta “Moderado

Neuroticismo” y un 42,5% ($N=17$) un “Alto Neuroticismo” ($m=2,33$; $s=0,66$), indicando una cierta predisposición biológica a vivenciar estrés y respuestas emocionales disfóricas.

Por otra parte, predomina una tendencia a la Extroversión Baja con un 42,5% ($N=17$); es decir, a buscar los espacios de soledad y/o intimidad por sobre los de socialización, a preferir actividades de bajo estímulo externo y a disfrutar más las relaciones escasas pero profundas.

En los resultados de la dimensión de Psicoticismo del Cuestionario EPQ de Eysenk, se aprecia que un 45% de los casos se sitúa en ($N=18$) la categoría “Alto Psicoticismo” ($m=2,18$; $s=0,84$), lo que da cuenta de una tendencia basal a la impulsividad o descontrol de impulsos.

En los resultados de la dimensión de Deseabilidad Social del Cuestionario EPQ de Eysenk, con un 47,5% ($N=19$) predomina la “Baja Deseabilidad Social”, lo que sugiere una tendencia a plantearse con cierta objetividad o verdad frente a los otros, es decir, sujetos que no se dejan influir en demasía por el “qué dirán”.

En los resultados de la escala de Síntomas de Ansiedad, se aprecia que un 32,5% ($N=13$) se encuentra en la categoría “Baja Ansiedad”; un 22,5% ($N=9$) en la categoría “Moderada Ansiedad” y un 45% ($N=18$) en la categoría “Alta Ansiedad” ($m=2,12$; $s=0,88$), lo que refleja que los síntomas ansiosos son un importante motivo de consulta.

Los resultados de la escala de Vulnerabilidad Biológica indican una tendencia a presentar alta vulnerabilidad biológica (42,5 %), es decir, una alta predisposición biológica a desarrollar problemas de salud mental, de índole genética, hereditaria o por epigenética.

En los resultados de la escala de pesquisa de Trastorno Depresivo Mayor (PHQ-9), se aprecia que un 45% (N=18) se encuentra en la categoría “Sin Depresión”; un 12,5% (N=5) en la categoría “Síntomas Depresivos” y un 42,5% (N=17) en la categoría “Depresión Mayor” (m=0,97; s=0,95).

La Tabla 2 muestra las características de funcionamiento del Paradigma Cognitivo de los estudiantes universitarios de la UACH consultantes por problemas de salud mental

ESCALA	BAJ O (%)	MODERAD O (%)	ALTO (%)
IRRACIONALIDAD COGNITIVA	27.5	35	3 7.5
PERFECCIONISMO	37.5	25	2 7.5
AUTOIMAGEN	47.5	30	2 2.5
AUTOEFICACIA	45	37.5	1 7.5
DESESPERANZA	90	0	1 0

Tabla 2. Resultados Escalas Paradigma Cognitivo

Existe cierta regularidad en los resultados de la escala de Irracionalidad Cognitiva, en los que un 27,5% (N=11) se encuentra en la categoría “Baja Irracionalidad Cognitiva”; un 35% (N=14) en la categoría “Moderada Irracionalidad Cognitiva” y un 37,5% (N=15)

en la categoría “Alta Irracionalidad Cognitiva” (m=2,10; s=0,81).

Lo mismo ocurre con los resultados de la escala de Perfeccionismo, en que un 37,5% (N=15) se encuentra en la categoría “Bajo Perfeccionismo”; un 35% (N=14) en la categoría “Moderado Perfeccionismo” y un 27,5% (N=11) en la categoría “Alto Perfeccionismo” (m=1,90; s=0,81).

Esta regularidad se altera en los resultados de la escala de Autoimagen, prevaleciendo la categoría “Baja Autoimagen” con un 47,5% (N=19) y un 30% (N=12) en la categoría “Autoimagen Media. Sólo un 22,5% de la muestra se auto-describe con una “Alta Autoimagen” (m=1,76; s=0,81). Esto indica que la mayoría de los pacientes presentaba un autoconcepto predominantemente negativo, parcializado, y que produce discomfort.

Lo mismo ocurre en la evaluación de la Autoeficacia, predominando la noción de una “Baja Autoeficacia” (45%), es decir, el sujeto se percibe predominantemente incapaz de conseguir éxito en las diversas áreas de desempeño. Un 37,5% obtiene el rango de “Mediana Autoeficacia” y sólo un 17,5% se sitúa en la categoría “Alta Autoeficacia” (m=1,73; s=0,75).

En los resultados de la escala de Desesperanza de Beck (BHS), se aprecia que un 90% (N=36) se encuentra en la categoría “Bajo Riesgo de Suicidio” y un 10% (N=4) en la categoría “Alto Riesgo de Suicidio” por Alta Desesperanza (m=0,53; s=0,75).

La Tabla 3 muestra las características de funcionamiento del Paradigma Afectivo de los estudiantes universitarios de la UACH consultantes por problemas de salud mental

ESCALA	BAJO (%)	MODERADO (%)	ALTO (%)
TOLERANCIA A LA FRUSTRACIÓN	65	32.5	2.5
AUTOESTIMA	4 0	45	15
SATISFACCIÓN DE NECESIDADES	4 0	32.5	27.5
DISCONFORT EMOCIONAL	3 0	50	20

Tabla 3. Resultados Escalas Paradigma Afectivo

En este paradigma destaca la tendencia a la “Baja Tolerancia a la Frustración” (65%), lo que significa que estos sujetos se ven afectados de manera importante frente a los eventos que no resultan como esperan, alterando su bienestar ($m=1,38$; $s=0,54$).

Así también, los resultados de la escala de Autoestima muestran cierta paridad entre las personas que se autoevalúan con una autoestima media y aquellos que se evalúan con una baja autoestima (45% y 40% respectivamente). Sólo un 15% se autoevalúa conforme y a gusto consigo mismo: “Alta Autoestima”; ($m=1,76$; $s=0,71$).

La misma tendencia media-baja se presenta en los resultados de la escala de Satisfacción de Necesidades, con un 40% en “Baja Satisfacción de Necesidades” y un 32,5% en “Mediana Satisfacción de Necesidades”. Un 27,5% se encuentra en la categoría “Alta Satisfacción de Necesidades” ($m=1,87$; $s=0,82$). Esto refleja que un número importante de pacientes presenta carencias

esenciales para el bienestar físico y psíquico, dando cuenta de factores de riesgo basales (vivienda, alimentación, contacto y apoyo social, etc.).

En los resultados de la escala de Gambrill y Ritchie sobre disconfort emocional (asociado a situaciones sociales), se aprecia que un 30% ($N=12$) se encuentra en la categoría “Baja Ansiedad Social”; un 50 ($N=20$) en la categoría “Moderada Ansiedad Social” y un 20% ($N=8$) en la categoría “Alta Ansiedad Social” ($m=1,90$; $s=0,71$).

La Tabla 4 muestra las características de funcionamiento del Paradigma Ambiental conductual de los estudiantes universitarios de la UACH consultantes por problemas de salud mental.

ESCALA	BAJO (%)	MODERADO (%)	ALTO (%)
REPERTORIO CONDUCTUAL	37.5	22.5	40
ASERTIVIDAD	42. 5	42.5	15

Tabla 4. Resultados Escalas Paradigma Ambiental

En los resultados de la escala de Repertorio Conductual, se aprecia que un 37,5% ($N=15$) se encuentra en la categoría “Bajo Repertorio Conductual”; un 22,5% ($N=9$) en la categoría “Moderado Repertorio Conductual” y un 40% ($N=16$) en la categoría “Alto Repertorio Conductual” ($m=2,03$; $s=0,89$), reflejando dos grupos opuestos. Uno con presencia de habilidades sociales y por ende de mayor eficacia interpersonal, y el otro grupo con un déficit en estas habilidades.

En los resultados de la escala de Asertividad, se aprecia que un 42,5% (N=17) se encuentra en la categoría “Baja Asertividad”; un 42,5% (N=17) en la categoría “Moderada Asertividad” y un 15% (N=6) en la categoría “Alta Asertividad” ($m=1,73$; $s=0,72$).

La Tabla 5 muestra las características de funcionamiento del Paradigma Sistémico de los estudiantes universitarios de la UACH consultantes por problemas de salud mental, compuesto por la escala de “Satisfacción de Pareja”

	SMAT_CAT	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE	PORCENTAJE
				VÁLIDO	ACUMULADO
VÁLIDO	1	20	50,0	50,0	50,0
	2	10	25,0	25,0	75,0
	3	10	25,0	25,0	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

Tabla 5. Resultados Escala Paradigma Sistémico

Se aprecia que un 50% (N=20) se encuentra en la categoría “Baja Satisfacción de Pareja”, sin embargo, sólo un 30% es realmente válido como puntaje bajo ya que el 70% del total estaba sin pareja y por ello puntuaban 0. Prosiguiendo, un 25% (N=10) se encuentra en la categoría “Moderada Satisfacción de Pareja” y un 25% (N=10) en la categoría “Alta Satisfacción de Pareja” ($m=1,76$; $s=0,84$). En este sentido, no hay una prevalencia específica en el plano de pareja en el grupo consultante.

La Tabla 6 muestra las características de funcionamiento del paradigma inconsciente de los estudiantes universitarios de la UACH consultantes por problemas de salud mental,

compuesto por la escala de Alexitimia de Toronto.

	ALEX_CAT	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE	PORCENTAJE
				VÁLIDO	ACUMULADO
VÁLIDO	1	11	27,5	27,5	27,5
	2	13	32,5	32,5	60,0
	3	16	40,0	40,0	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

Tabla 6. Resultados Escala Paradigma Inconsciente

En los resultados de la escala de Alexitimia, se aprecia que un 27,5% (N=11) se encuentra en la categoría “Baja Alexitimia”; un 32,5% (N=13) en la categoría “Moderada Alexitimia” y un 40% (N=16) en la categoría “Alta Alexitimia” ($m=2,13$; $s=0,82$). Ésta última, reflejaría una dificultad en esta población para comprender sus estados emocionales, describirlos, verbalizarlos, y, por ende, manejarlos de forma eficaz para su bienestar. Esto puede repercutir en la prevalencia de síntomas ansiosos y depresivos, en tanto la persona no es capaz de reconocer sus necesidades y activarse para su resolución.

A modo de síntesis y para un análisis adicional que caracterizara a la población consultante, se procedió al análisis de t de student para muestra única (tabla 7 y 8), a partir del cual es posible afirmar que todos los resultados, exceptuando los de la escala de Asertividad, son estadísticamente significativas de la muestra, es decir, son extrapolables a la población clínica de estudiantes universitarios consultantes en el Centro de Salud Estudiantil UACH.

En este sentido, con un $p \leq 0,05$, los resultados dan cuenta de una población

caracterizada por una expectativa positiva del futuro (baja desesperanza) y por ende un bajo riesgo de presentar ideas o tentativa suicida.

En los rasgos de personalidad y variables biológicas según este análisis, la población se caracteriza por un Neuroticismo Medio, una Extroversión Media, un Psicoticismo Alto, una Deseabilidad Social Media y una Alta Vulnerabilidad Biológica, presentando niveles medios de Ansiedad y Depresión.

Aspectos ligados a la afectividad como la Autoestima está en nivel Bajo, lo mismo que para la Tolerancia a la Frustración y la Satisfacción de Necesidades. Hay un nivel medio de disconfort emocional asociado a situaciones sociales.

En la esfera cognitiva, la Autoimagen y Autoeficacia se encuentra en nivel Bajo, y en nivel medio se encuentran la Irracionalidad Cognitiva y el Perfeccionismo.

La Alexitimia propia del paradigma inconsciente que repercute ciertamente en otras esferas como la afectiva y biológica se encuentra en niveles medio.

En el paradigma ambiental conductual, el Repertorio Conductual es medio, mientras que la Asertividad aparece en niveles bajos, sin embargo, este último resultado no es estadísticamente significativo. Lo mismo ocurre con la escala de Satisfacción de Pareja, en que, si bien el resultado estadístico da cuenta de ser significativo, no se considerará válido ya que hay un % alto de la población total que no tenía pareja,

arrojando puntuación 0, lo que altera la media.

	N	Media	Desviación estándar	Media de error estándar
Ptje.BHS	40	3,88	3,443	,544
Ptje.Neu	40	14,68	4,009	,634
Ptje.E	40	10,50	4,420	,699
Ptje.P	40	4,50	2,900	,459
Ptje.L	40	8,60	3,485	,551
Ptje.AI	40	31,25	6,975	1,103
Ptje.AES	40	32,78	6,742	1,066
Ptje.AEF	40	17,98	3,084	,488
Ptje.ASER	40	-,10	20,884	3,302
Ptje.SMAT	40	27,28	22,394	3,541
Ptje.NEC	40	31,00	7,168	1,133
Ptje.ANS	40	7,00	3,449	,545
Ptje.DEP	40	6,03	3,423	,541
Ptje.ALEX	40	36,78	7,546	1,193
Ptje.TF	40	9,63	3,248	,514
Ptje.IRRAC	40	42,05	7,473	1,182
Ptje.PERF	40	52,60	7,919	1,252
Ptje.Gritchie	40	48,00	9,897	1,565
Ptje.RC	40	49,68	8,453	1,337
Ptje.VBIO	40	17,28	8,981	1,420

Tabla 7. Estadísticas de Muestra Única

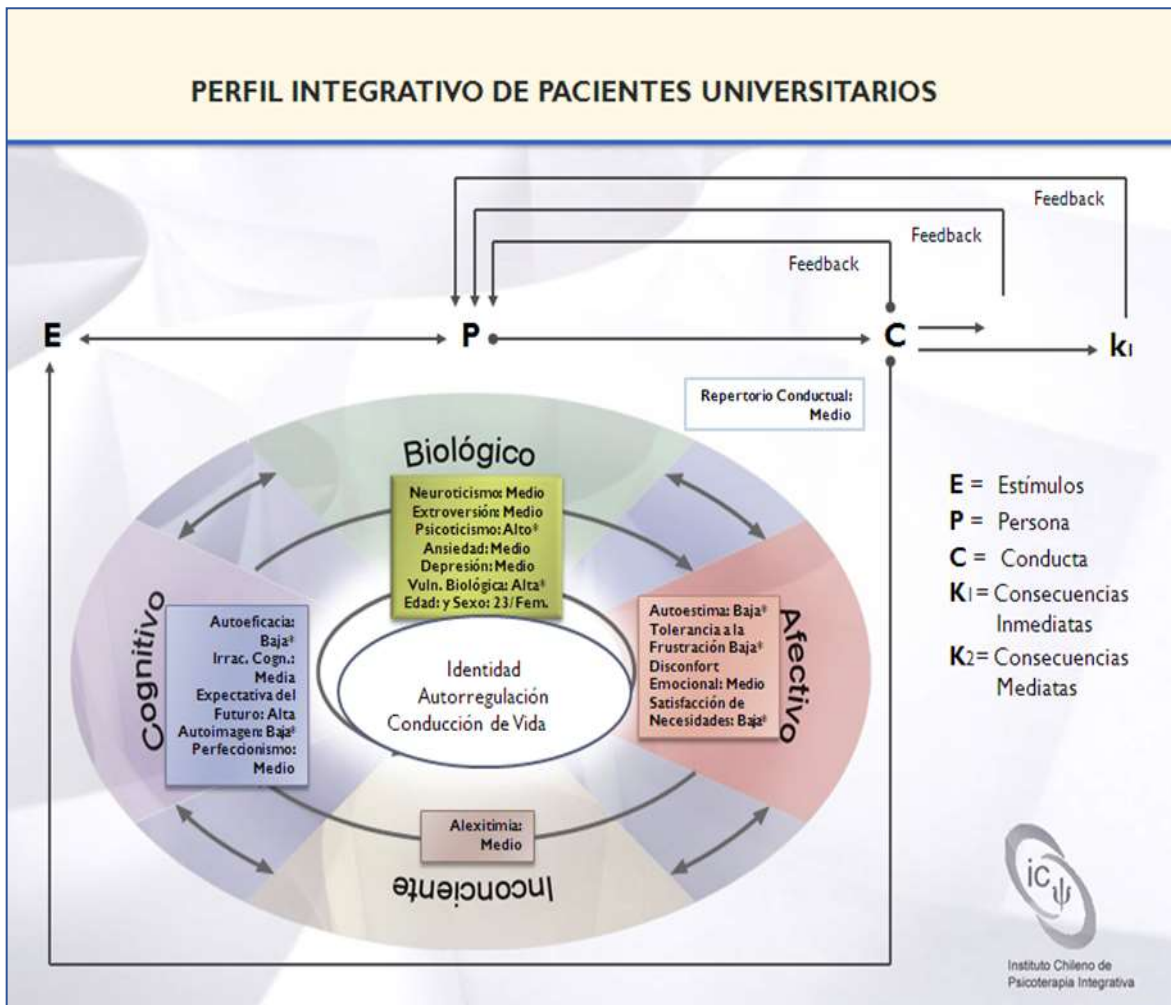
	Valor de prueba = 0					
	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
					Inferior	Superior
Ptje.BHS	7,118	39	,000	3,875	2,77	4,98
Ptje.Neu	23,152	39	,000	14,675	13,39	15,96
Ptje.E	15,024	39	,000	10,500	9,09	11,91
Ptje.P	9,814	39	,000	4,500	3,57	5,43
Ptje.L	15,608	39	,000	8,600	7,49	9,71
Ptje.AI	28,335	39	,000	31,250	29,02	33,48
Ptje.AES	30,744	39	,000	32,775	30,62	34,93
Ptje.AEF	36,860	39	,000	17,975	16,99	18,96
Ptje.ASER	-,030	39	,976	-,100	-6,78	6,58
Ptje.SMAT	7,703	39	,000	27,275	20,11	34,44
Ptje.NEC	27,351	39	,000	31,000	28,71	33,29
Ptje.ANS	12,835	39	,000	7,000	5,90	8,10
Ptje.DEP	11,132	39	,000	6,025	4,93	7,12
Ptje.ALEX	30,821	39	,000	36,775	34,36	39,19
Ptje.TF	18,743	39	,000	9,625	8,59	10,66
Ptje.IRRAC	35,588	39	,000	42,050	39,66	44,44
Ptje.PERF	42,010	39	,000	52,600	50,07	55,13
Ptje.Gritchie	30,674	39	,000	48,000	44,83	51,17
Ptje.RC	37,166	39	,000	49,675	46,97	52,38
Ptje.VBIO	12,165	39	,000	17,275	14,40	20,15

Tabla 8. Prueba de Muestra Única

Por otra parte, a partir de los resultados descritos sobre el perfil integrativo de los estudiantes universitarios consultantes por motivos de salud mental en el Centro de Salud Estudiantil representados en el

diagrama 1, se desprende que más que un paradigma en particular repercute en la génesis o mantención del malestar o motivo de consulta, lo que sobresale son ciertas Funciones Del Sistema Self que se aprecian

mayoritariamente afectadas o comprometidas



*Diagrama 1
 Perfil Integrativo de los Estudiantes de la UACH consultantes en Salud Mental del Centro Universitario según el Modelo Integrativo Supraparadigmático.*

Entre las que destacan se encuentran la función de Identidad, presentando la autoestima, autoimagen y autoeficacia en niveles bajos; también la función de Autorregulación presentando una baja tolerancia a la frustración y una alta

impulsividad, que pueden influir en la función de Conducción de Vida (interfiriendo la toma de decisiones y postergación de gratificación). Las otras funciones del Sistema Self estarían aparentemente estables, en un funcionamiento adecuado.

Discusión

En base a los resultados, las estrategias psicoterapéuticas desde el Modelo Integrativo Supraparadigmático, debiesen estar enfocadas en la intervención de los paradigmas y funciones más afectadas, actualizando a favor de éstas los recursos presentes en los otros paradigmas y funciones.

Considerando la amplia población universitaria y el alto índice de problemas de salud mental en este grupo, pudiesen diseñarse intervenciones orientadas a la prevención de psicopatología que según los resultados expuestos, podrían destinarse a a) la sensibilización sobre los problemas de salud mental, b) detección temprana de síntomas ansiosos y depresivos, c) estrategias de relajación por medio de técnicas de respiración y d) psicoeducación sobre la relevancia de la actividad física sistemática para el bienestar psíquico.

Por otra parte, a modo de promoción de habilidades de autocuidado, incorporar en aula pequeñas “pausas saludables a nivel mental”, caracterizadas por espacios de relajación previo a exámenes, imagería y visualización de los aspectos favorables del sí mismo, pero también breves ejercicios que promuevan la tolerancia al dolor, al estrés y a la frustración con recursos del mindfulness. Todo esto, puede optimizarse usando el recurso cognitivo que es uno de los paradigmas protectores en este grupo, y la permanente conexión con el sentido de vida,

buscando coherencia e integración, que aporten gratificación existencial.

Adicionalmente, el análisis sobre el perfil de los estudiantes universitarios consultantes en salud mental, suscita de manera inesperada e insoslayable la idea de que los elementos centrales coinciden con las dimensiones comúnmente críticas en los adolescentes como parte de la etapa vital del desarrollo, sin embargo, considerando la edad media de la muestra, se estima que la evidencia aquí presente puede estar dando cuenta de un grupo de jóvenes que trae conflictos o dificultades previas en el desarrollo adolescente, sea esto por distintas variables individuales y/o del contexto social. Un escenario complejo sí radica en que estas características de funcionamiento se instalen como modo de funcionamiento de personalidad.

No obstante, cabe señalar que una limitación central del estudio y de los análisis emergentes, es que sólo se aplicó la dimensión cuantitativa del FECl, excluyendo la perspectiva más amplia y enriquecedora que significa administrar el FECl en su totalidad, por la que esta representación del grupo puede estar sesgada. Además, en la dimensión cuantitativa del FECl, no existe una escala que evalúe la funcionalidad/disfuncionalidad de la familia, factor que luego de realizar las devoluciones caso a caso con el equipo tratante, parecía ser muy relevante en este grupo.

De aquí se desprende por tanto la proyección de profundizar el estudio en la

misma población, pero con la administración del FECI completo. Así también, se pudiese ampliar el número total de la muestra (n), e intencionar una mayor heterogeneidad en edad, sexo y carrera.

Referencias Bibliográficas

- Baader, T., Rojas, C., Molina, J. L., Gotelli, M., Álamo, C., Fierro, C., y Dittus, P. (2014).** Diagnóstico de la prevalencia de trastornos de la salud mental en estudiantes universitarios y los factores de riesgo emocionales asociados. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 52(3), 167-176.
- Baader, T., Molina, J., Venezian, S., Rojas, C., Farías, R., Fierro-Freixeneta, C., Backenstrass, M. y Mundt, C. (2012).** Validación y utilidad de la encuesta PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) en el diagnóstico de depresión en pacientes usuarios de atención primaria en Chile. *Revista Chilena de NeuroPsiquiatría*, 50(1), 10-22.
- Bejer, T. (2004).** "Confiabilidad y validez de constructo de las escalas de la ficha de evaluación clínica integral (FECI): autoimagen, satisfacción matrimonial, satisfacción de necesidades, tolerancia a la frustración y perfeccionismo". (Tesis para optar al grado de magíster en psicología clínica: mención psicoterapia integrativa). Universidad Adolfo Ibáñez, Santiago de Chile.
- Hunt, J., y Eisenberg, D. (2010)** "Mental Health Problems and Help-Seeking Behavior Among College Students". *Journal of Adolescent Health* 46, 3-10.
- Micin, S. y Bagladi, V. (2010).** Salud Mental en Estudiantes Universitarios: Incidencia de Psicopatología y Antecedentes de Conducta Suicida en Población que Acude a un Servicio de Salud Estudiantil. *Terapia Psicológica*, 29 (1), 53-64
- Opazo, R. (2001).** *Psicoterapia Integrativa: Delimitación Clínica*. Ediciones ICPSI: Santiago de Chile.
- Organización Mundial de la Salud. (2000).** Prevención del suicidio un instrumento para médicos generalistas. Extraído el 4 de febrero de 2013, http://www.who.int/mental_health/media/gen_eral_physicians_spanish.pdf
- Papalia, D., Wendkos, S. y Duskin, R. (2010).** *Desarrollo Humano*, 11ma edición. México: Mc Graw Hill, Interamericana Editores.
- Zivin, K., Eisenberg, D., Gollust, S., Golberstein, E. (2009).** Persistence of mental health problems and needs in a college student population. *Journal of Affective Disorders* 117, 180-185

Bullying Homofóbico: Aproximación integrativa a la configuración del Sistema Self en un grupo de jóvenes lesbianas y gay's chilenos

María Vera Valdés *

Cynthia Romero Cornejo*

Ana Orellana Salinas *

Patricia Daza Cerpa *

Abstract

This article aims to review the concept of Self System in the lesbian and gay population that has experienced homophobic bullying in their school stages. Alongside this, the meanings that people construct with respect to themselves are mediated by the heteronormative ideology prevailing in Chile and the considerations that must be taken into account when approaching the professional work from the Supraparadigmatic Integrative Approach.

Keywords: *Homophobic Bullying, lesbian, gay, Personal development, Self System, Supraparadigmatic Integrative Approach.*

Resumen

El presente artículo tiene como objetivo realizar una revisión del concepto Sistema Self en la población lesbiana y gay que ha experimentado bullying homofóbico en sus etapas escolares. Junto a ello, se exponen los significados que dichas personas construyen acerca de sí mismos mediados por la ideología heteronormativa imperante en Chile y las consideraciones que se deben tener en cuenta al aproximarse al quehacer profesional desde el Enfoque Integrativo Supraparadigmático.

Palabras claves: *Bullying homofóbico, lesbianas, gays, Desarrollo personal, Sistema Self, Enfoque Integrativo Supraparadigmático.*

AcPI, 9: 21-43.

* Licenciada en Psicología, Universidad Católica Raúl Silva Henríquez. Mail: veravaldes.m@gmail.com

* Licenciada en Psicología, Universidad Católica Raúl Silva Henríquez. Mail: cyromeroc@gmail.com

* Licenciada en Psicología, Universidad Católica Raúl Silva Henríquez. Mail: pdaza@miucsh.cl

* Licenciada en Psicología, Universidad Católica Raúl Silva Henríquez. Mail: aorellanas@miucsh.cl

INTRODUCCIÓN

El presente artículo se desprende de la adaptación de una tesis de investigación, en donde se evidencian importantes elementos a considerar al momento de aproximarse desde el Enfoque Integrativo Supraparadigmático a la población lesbiana y gay en un contexto psicoterapéutico.

Con el objetivo de orientar al lector en las particularidades que tienen relación con las temáticas que se abordan, se realiza un recorrido por diversos temas que logran dar sentido a los resultados de la investigación.

Consideraciones acerca de la diversidad sexual en Chile

Pareciera ser que el cambio es una de las palabras que identifica con exactitud el momento que está viviendo el país en materia de diversidad sexual.

El cambio social como cual proceso psicoterapéutico, en algunas instancias puede verse teñido de momentos de crisis y ambigüedad. Pese a ello, las transformaciones permiten el camino hacia el bienestar, por lo que resulta significativo que el profesional de Salud Mental pueda responder de forma oportuna a las nuevas demandas de la población.

En el último tiempo, las personas lesbianas, gay's, bisexuales y trans (LGBT) han comenzado a manifestarse en relación a las problemáticas en temas de afectividad, sexualidad y género (Dides et al., 2007). Dicho impulso, podría dar cuenta de un despertar de la fuerza intrínseca de las mismas hacia su

desarrollo personal y búsqueda de sentido existencial.

De esta forma, el despertar de movimientos en pos del bienestar integral de las personas que son percibidas o se reconocen como pertenecientes a la comunidad LGBT se vuelven reveladores para el profesional de la psicología que se posiciona en su quehacer desde el movimiento integrador, abogando por la consideración holística de las personas que asisten a un proceso de índole psicoterapéutico.

Sin embargo, en ciertos momentos las fuerzas de cambio se pueden ver influenciadas por agentes macroculturales que podrían potenciar o inhibir las transformaciones a nivel inter e intrasubjetivo de las personas.

En Chile, una de las bases fundamentales de aquello es lo que se denomina ideología heteronormativa (Cornejo, 2013; Garrido, 2015), la cual se considera como la tendencia de una sociedad a imponer una mirada sobre lo que es normal y sobre lo que no lo es, dentro de lo que se entiende como roles de género y el gusto (atracción) por el género opuesto.

El bullying homofóbico, se sirve de estas ideas y se materializa en diversos actos nocivos para las personas, disposición que podría influenciar gravemente los significados que configuran el Sistema Self de éstos, siendo así como niños, niñas y adolescentes LGBT presentan 4 veces más riesgo de suicidarse que sus pares heterosexuales y este riesgo se duplica a 8 veces si son rechazados por sus padres (Kann L., et al. 2011; Ryan C. 2010).

Las prácticas homofóbicas son fomentadas por los discursos emitidos por personas que frecuentemente se desarrollan en comunidades con ideologías religiosas (Gibbs y Goldbach, 2015) y personas que se rigen por los patrones de la ideología heteronormativa.

Dicha discriminación expresada en el bullying homofóbico podría influenciar la construcción del Sistema Self de jóvenes lesbianas y gay's, ya que influiría en el desarrollo intrasubjetivo de estos (Martxueta, 2014), pudiendo presentar significaciones negativas sobre ellos mismos debido al recurrente maltrato, (que desvaloriza e invisibiliza) desvalorizando e invisibilizando su expresión de género en la infancia. Es por esto que resulta de suma importancia explorar las experiencias de jóvenes LG (lesbianas y gay's) en relación al bullying homofóbico vivenciado (padecido o sufrido).

Desde allí, se hace posible comprender las dimensiones teórico-clínicas que se deben tener en cuenta en un proceso psicoterapéutico junto a jóvenes y adultos que han experimentado algún tipo de discriminación por motivos de orientación (e identidad) sexual. Entendiendo que este tipo de violencia podría afectar a los jóvenes LGBT de manera directa y/o indirecta en aspectos ambientales, conductuales, sistémicos, afectivos, cognitivos e inconscientes.

Afectividad, sexualidad y género en un Chile heteronormativo

El ámbito de la afectividad y la sexualidad no está exenta de ambigüedades. Este hecho vuelve necesario discutir estos elementos de

forma criteriosa, integrando todos los factores que intervienen en ella.

Es así como se vuelve necesario señalar que, si bien las personas se relacionan con otras mediadas por sus metas vitales, la cultura y las particularidades intersubjetivas del ambiente en el cual se desarrollan juegan un rol importante en el grado de coherencia y bienestar de dichos encuentros afectivos (Toro-Alfonso, 2012; Muñoz de Arenillas y Morales, 2014; Gibbs y Goldbach, 2015; Martxueta y Etxeberria, 2015; Todo Mejora, 2016). De ello se desprende la existencia de normas morales y legales que determinan cuáles son los pensamientos, comportamientos y sentimientos socialmente consensuados (aceptados, porque no son necesariamente consensuados).

En Chile, en cuanto al modelo tradicional, se establece una ideología heteronormativa, la cual es entendida como la tendencia de las sociedades a organizar las relaciones sociales y el diseño normativo con base en un ideal de sexualidad (¿cuál sería ese ideal según los autores?) y reproducción heterosexual (Beltrán y Puga, 2016).

En este sentido, implica aceptar la sexualidad de las personas de forma afectiva, sexual, moral y legal exclusivamente en relaciones entre hombre y mujer.

Sin embargo, la pregunta que surge en este punto podría ser: ¿es posible determinar qué o cómo deberían relacionarse las personas? interrogante que en la actualidad es el actor principal de infinitos debates en el país.

La afectividad, puede ser entendida como una dimensión fundamental del

desarrollo humano, y se refiere a un conjunto de emociones, estados de ánimo y sentimientos que permean los actos de las personas, incidiendo en el pensamiento, la conducta y la forma de relacionarse con uno mismo y con los demás (Mineduc, 2013).

Pese a ello, en las culturas fuertemente influenciadas por la ideología heteronormativa, existe un excesivo control en cuanto al encuentro sexual entre las personas (Beltrán y Puga, 2016), junto con una intolerancia a la diversidad sexual y una reducción de la sexualidad humana hacia una comprensión en función de la reproducción.

Este punto involucra introducirse en un juego de roles entre el género femenino y masculino en la sociedad. Sin embargo, para el Ministerio de Educación del Gobierno de Chile (2013) la sexualidad está definida como:

Una dimensión central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca el sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual; se vive y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, roles y relaciones interpersonales.

Posicionarse desde esta perspectiva en el quehacer profesional, abre el camino hacia (para) comprender la sexualidad y la afectividad como un punto convergente, desarrollando la posibilidad de dilucidar el rol de la sociedad en la construcción del sí mismo de las personas en los ámbitos ambientales, conductuales, sistémicos, afectivos, cognitivos e inconscientes.

Beltrán y Puga (2013) proponen que la heteronormatividad pone en situaciones de riesgo a las personas que no cumplen (ajustan) con modelos tradicionales de familia, promoviendo la discriminación, la violencia, la exclusión, la migración forzada, la criminalización y consecuentemente, la negación de sus derechos humanos, por el hecho de tener una orientación (o identidad) sexual diferente (a la heterosexual) y manifestarla públicamente.

La cultura heteronormativa, cumpliría un rol fundamental en el juego de roles, comenzando por categorizar el actuar y el modo de pensar del género masculino y femenino construido socialmente. En este sentido, (para la heteronorma) existen comportamientos claramente identificables en relación al género de cada persona.

Por un lado, lo que se espera del género masculino está íntimamente relacionado con cualidades (atributos) que deben ser comunes a todos los demás para ser identificados como “machos” (¿cuáles?). Por otro lado, la seducción, la maternidad y negación del poder forman parte de la femineidad, aprehendidas (aprendidas) socialmente y reproducidas en la cotidianidad (Villagra, s/f).

Este juego de roles dentro de la cultura heteronormativa se traduce en un interés social por mantener el orden en cuanto al ámbito sexual-afectivo de las personas, excluyendo cualquier otro tipo de demostración de aquello.

Los estereotipos construidos socialmente abarcan también el prejuicio y la discriminación, lo que implica poner a miembros de un grupo en desventaja o tratarlos injustamente por pertenecer a un

grupo normativo (Morales, 2011), lo que eventualmente puede producir influencias a nivel psicológico y social en las personas.

Discriminación por motivos de orientación sexual y Bullying Homofóbico

La discriminación, se construye como una manifestación de las ideologías heteronormativas, por lo que es entendida como toda forma injustificada de distinción, exclusión, restricción o preferencia, que prive, perturbe, amenace o menoscabe el ejercicio de los derechos establecidos en la Constitución Política y en la ley, así como en los textos internacionales y en la Declaración Universal de Derechos Humanos (Movilh, 2010).

Movilh (2010), señala que la discriminación es una violación a los derechos humanos, ya que esta niega la igualdad de derechos y deberes a las personas, se plantea que cuando esta discriminación es por motivos de orientación sexual (homofobia, lesbofobia y/o bifobia) o de identidad de género (transfobia) se pasan a llevar también los derechos sexuales, situación que podría generar daños en la dignidad de las personas.

Plaza (2011), afirma que se registra una amplia variabilidad en las actitudes hacia las relaciones sexuales entre personas del mismo sexo a lo largo y ancho del mundo, con un abanico que va desde la institucionalización hasta la persecución a muerte, en donde la mayor parte de la población aún considera la noción de homosexualidad y lesbianismo como algo inmoral, pecaminoso o enfermizo.

En el contexto nacional, Movilh (2010) plantea que este tipo de discriminaciones

se basan en la ignorancia respecto a que lo es ser lesbiana, gay, bisexual o trans, al poco o nulo contacto con estos grupos de personas y a prejuicios y mitos provenientes de antiguas concepciones sobre la sexualidad y los derechos humanos.

De esta forma, diversos autores (Movilh, 2010; Cornejo, 2014) identifican fuentes que han promovido la discriminación, entre las que se encuentran las religiones, las ciencias, los estados y los medios de comunicación.

Estos elementos se consideran como imperantes ya que las religiones tienden a considerar la homosexualidad como un pecado que atenta contra la moral y las buenas costumbres; las ciencias naturales defienden la idea de la homosexualidad como una enfermedad mental; (algunos, probablemente muchos, pero no todos) los estados, consideran la homosexualidad como un delito; y los medios de comunicación, reproducen estos pensamientos sin cuestionamientos (así como también como identidades u orientaciones que pueden ser burladas o degradadas mediante el chiste, por ejemplo).

Es importante señalar que en la actualidad, estas fuentes han ido disminuyendo sus niveles de discriminación, puesto que las religiones han ido comprendiendo que el ejercicio sexual libre, sano y responsable es un derecho humano; las ciencias han ido concluyendo que ninguna orientación sexual es sinónimo de enfermedad; algunos estados ya no consideran la homosexualidad como un delito, comenzado a crear leyes en contra de la discriminación por esta causa; y los medios de comunicación promueven la diversidad

y la no discriminación (Movilh, 2010). (Habría que re-redactar estos dos últimos párrafos, de tal manera que se entienda que se está haciendo un contraste)

Entendiendo lo anterior, al aproximarse a los eventos que se han descrito respecto a las situaciones de discriminación por motivos de orientación sexual que suelen experimentar las personas que se reconocen a sí mismas o son percibidas como pertenecientes a la comunidad de la diversidad sexual, se han unificado el concepto bullying (matonaje) y homofóbico (conjugación de homofobia) para dar cuenta de las instancias de transgresión a personas LGBT en las etapas de escolaridad.

Por lo tanto, cuando se habla de bullying homofóbico, se hace alusión al uso de poder indiscriminado que se evidencia a partir de comportamientos violentos por los que una persona se expone y/o queda expuesto repetidamente a la exclusión, aislamiento, amenaza, insultos y agresiones por parte de sus iguales, en una relación desigual de poder, donde los agresores o bullies se sirven de la homofobia, el sexismo, y los valores asociados al heterosexismo (Platero, 2007, citado en Cornejo, 2014) para ejercer violencia.

El bullying homofóbico se ha legitimado y perpetuado como una forma de relación entre pares, según lo explica Cornejo (2014), debido a las incitaciones moralizantes, mayoritariamente de inspiración religiosa, la promoción de la ideología heteronormativa, los permanentes discursos homofóbicos, entre otras prácticas ejercidas principalmente por figuras de poder.

Estas figuras de poder han revestido el bullying homofóbico con un manto de impunidad, potenciando la creencia social de estar contribuyendo a la preservación del orden heteronormativo (asumiendo...) que garantizaría el bienestar social y psicoemocional de todos los miembros de la sociedad a través de estos actos.

Enfoque Integrativo Supraparadigmático

Dado que el bullying homofóbico y el desarrollo personal de personas lesbianas y gay's que han experimentado discriminación por motivos de orientación sexual en sus etapas escolares converge con elementos inter e intrasubjetivos tales como la cultura y las potencialidades de cada persona, requiere de una teoría que posibilite una aproximación a ellos de forma holística e integradora (integrativa).

En este desafío, el Enfoque Integrativo Supraparadigmático (EIS) emerge ante el equipo de investigación con el propósito de responder a la necesidad de observar el todo de un fenómeno y no eclipsar el estudio en focalizar la atención en partes que podrían dar luces parciales de los objetivos que persigue el estudio.

De esta forma, en palabras de Opazo y Bagladi (2011), el modelo integrativo involucra una nueva lectura del panorama que exhibe la psicoterapia y los datos válidos del conocimiento que surgen a partir de un análisis crítico acerca de la calidad de las teorías existentes y la necesidad de síntesis del conocimiento en psicología para potenciar la comprensión de los sujetos.

Así mismo, el EIS desarrolla en el interior de sus planteamientos una concepción del sí mismo de los sujetos al que llama Sistema Self, teniendo en cuenta

que en las personas dialogan (y se interrelacionan) una serie de sistemas que son organizados en un eje central.

En este sentido, desde el EIS la comprensión del sí mismo tiene influencias desde seis paradigmas explicativos del acontecer psicológico psicológicos (biológico, ambiental/conductual, cognitivo, afectivo, inconsciente y sistémico), lo que lleva a considerar al sí mismo como una instancia integradora de las esferas del ser humano, un eje (núcleo) que organiza y coordina las funciones que una persona desarrolla a lo largo de su vida (Opazo, 2004).

Para comprender la conceptualización del sí mismo como sistema integrador, es preciso recorrer estas seis instancias:

El paradigma biológico, hace referencia a todas aquellas características que ha propuesto la ciencia biológica respecto al estudio de la vida, la organización y las leyes genéticas del ser humano (Opazo, 2004).

Respecto a esta dimensión, se considera que es relevante considerar los aspectos biológicos y las tensiones que han surgido a lo largo de la historia en temáticas de género, particularmente los conflictos que se desprenden desde el misterio que hasta en la actualidad rodean las temáticas de la diversidad sexual y la relación con la genética del ser humano.

Ésta es una temática que toca profundamente a las personas con identidades trans, las cuales son cuestionadas socialmente a partir de las transformaciones biológicas y/o hormonales a las que suelen recurrir para modificar las cualidades de sus cuerpos.

Por ende, todos los seres humanos son corpóreos, y como consecuencia están implicados de forma dialéctica con una esfera biológica que influye en la construcción del sí mismo.

Integrar esta mirada permite, entre muchas cosas, considerar los aportes de los Estudios de Género, los cuales se centraron en un inicio en la separación del concepto de género del de sexo biológico-anatómico (Gaba, 2015) que permiten los avances actuales en la materia.

Dicho alcance que propone el EIS es relevante considerarlo al momento de estudiar fenómenos sociales. Particularmente en Chile, se vuelve indispensable al considerar la fuerte heteronormatividad que impone a los sujetos roles sociales relacionados íntimamente con el sexo biológico de los sujetos. (Esto no corresponde al paradigma biológico, corresponde a la dimensión sociocultural y/o al paradigma ambiental conductual)

El paradigma cognitivo, guarda relación con todas aquellas características de la información que posee una persona y la forma de procesamiento de dicha información dentro del sí mismo entendido como sistema (Sistema Self) que organiza y da sentido a las experiencias. (hay una confusión conceptual entre paradigmas y Sistema Self. Existe la información desde el P. Cog. Y desde los restantes paradigmas, ésta luego es procesada por el sist Self como un todo)

Al abordar este paradigma desde temáticas de género, surgen como importantes la autoimagen y la autoestima (Gaba, 2015), que guardan relación con el bienestar biopsicosocial y las tensiones que pueden vivenciar personas de la

diversidad sexual al experimentar creencias irracionales, sobre todo en aquellos contenidos y dinámicas orientadas a remarcar las diferencias de género y el deber ser impuesto por los valores socioculturales. (El deber ser - los valores socio culturales- son un aspecto del paradigma ambiental-conductual, los esquemas que el sujeto llega a tener sobre tales influencias, son correspondientes al paradigma cognitivo)

En esencia, el elemento cognitivo se presenta en este caso como un punto valioso ya que a partir de los pensamientos, recuerdos y significaciones de los participantes de la investigación, se manifiestan las dinámicas que se ponen en juego en la configuración y desarrollo del Sistema Self a partir de las relaciones dialécticas que establece consigo mismo y con otros.

El paradigma afectivo, incluye todas aquellas características energéticas de cada persona, sus motivaciones, emociones y sentimientos (Opazo, 2001).

Se podría llegar a pensar, teniendo en cuenta los antecedentes del contexto nacional en temáticas de género y diversidad sexual, que este subsistema es uno de los más críticos en personas con una orientación sexual no-normativa debido a que en Chile se han relacionado marcadamente los roles de género, las cantidades y cualidades de los vínculos afectivos a partir de las concepciones socioculturales.

El cuarto paradigma que plantea el EIS es el inconsciente y se relaciona con la influencia de las actividades mentales no conscientes sobre la génesis de cogniciones, afectos y conductas (Opazo, 2001).

Esta dimensión del Sistema Self pareciera tener gran relevancia en relación a la construcción del sí mismo y los significados que una persona le otorga a las experiencias que vivencia a lo largo de su vida.

En este sentido, se puede comentar que muchas de las características naturalizadas de los roles de género guardan relación con el malestar que pueden experimentar algunos sujetos pertenecientes a la comunidad de la diversidad sexual, puesto que los contenidos inconscientes operan en un nivel profundo inaccesible a la conciencia, lo que se puede materializar en patrones relacionales psicopatológicos y hasta incluso conductas autolesivas. (aquí debiesen señalarse los aspectos de los prejuicios internalizados)

El quinto paradigma descrito corresponde al ambiental/conductual, el cual tiene directa relación con la dimensión sociocultural de un espacio determinado. Opazo (2004), refiere que considerar los elementos sociales y culturales admite comprender cómo el paradigma influye en la dinámica psicológica del sí mismo como sistema, particularmente en elementos tales como las cogniciones, los afectos y las conductas específicas.

En términos de género, se puede mencionar la existencia de un alto nivel de segregación por género de los estímulos, de las expectativas y de las conductas facilitadas (Gaba, 2015).

Esto último, podría estar relacionado con lo que se comentaba anteriormente acerca de los deberes impuestos socialmente para cada género y la orientación heteronormativa respecto a

los vínculos que establece una persona con otros.

Finalmente, el paradigma sistémico se sustenta en la idea de que el todo es más que la suma de sus partes y que un sistema se comporta de acuerdo con un patrón de causalidad circular.

Gaba (2015), sostiene que la dimensión sistémica es tomada para pensar la vinculación del sujeto con otros sistemas externos a él (otros significativos, familia, etc.), enfatizando en la dirección bidireccional de las relaciones como también para pensar el dinamismo dentro del Sistema Self.

En temáticas de género la vinculación y la relación de una persona con otros sistemas frecuentemente van de la mano con relaciones de género estereotipadas y donde las mujeres ocupan un rol ¿más o menos? subordinado respecto de sus figuras masculinas (pareja, esposo, padre), por lo que, los roles naturalizados para cada género definirán las dinámicas de vinculación que cada uno de ellos reproduce (Gaba, 2015).

Este punto es particularmente sensible en casos de personas con orientación homosexual que han experimentado bullying homofóbico, ya que convergen niveles de tensión importantes respecto a las significaciones de los diversos tipos de violencia, sobre todo en aquellas dinámicas que se establecen con el o los agresores, los cuales podrían teñir las potencialidades de las personas violentadas.

Teniendo en cuenta lo anterior, en cada experiencia el sí mismo entendido como una instancia integradora de diversos paradigmas (Sistema Self) construye

estímulos efectivos, y se construye en la medida en que cada experiencia lo modifica (Opazo, 2004).

En consecuencia, toda persona se encuentra en un constante desarrollo personal mediado por las características individuales, los vínculos que establece con otros significativos y las influencias que guardan relación con el espacio sociocultural en el que se mueve.

De esta forma, el Sistema Self permite representar un dinamismo integral de las personas, considerando los procesos que suceden simultáneamente en todos los círculos que convergen en el ser humano.

Además, dicha visión permite un análisis y un trato con las personas involucradas más sensible y humanizador, entendiendo que cada una de ellas tiene total responsabilidad y libertad en otorgar significados a sus experiencias, por lo que al momento de recordar las vivencias de bullying homofóbico, se podría observar cómo el sentido que fue construido media en la planificación de los proyectos vitales de dichos sujetos como también distinguir si éstas significaciones guardan un sentido positivo o negativo.

De ello se desprenden cinco funciones centrales para el acontecer psicológico (Opazo, 2004) que permiten focalizar y especificar el estudio (Hay que explicitar que estas funciones corresponden al Sistema Self, como eje integrador).

La función de identidad es aquella dimensión en la cual cada persona configura un sentido de "mismidad", es decir, se reconoce a sí misma a través del tiempo (Opazo, 2004). En otras palabras, esta función refleja la identidad personal de una persona que se va transformando

mediado por sus procesos de crecimiento y desarrollo personal a partir de las distintas experiencias que vivencia en su trayecto vital.

Es novedoso notar que, si bien el enfoque denota la importancia del dinamismo de la identidad personal en el proceso de desarrollo del Sistema Self, también le da lugar a las características del sujeto que se mantienen estables para dar a entender que es la misma persona la que crece, se desarrolla, atraviesa por diferentes etapas y experiencias (Opazo, 2004), promoviendo la comprensión de un ser humano dinámico en ciertos rasgos y estable en otros.

La función de autoorganización corresponde a la dimensión del Sistema Self que persigue la organización y la estabilidad del organismo. El EIS plantea que cada experiencia impacta en los sujetos, los desintegra (desorganiza) en cierto grado, desorganizando de algún modo el Sistema Self, siendo ésta proporcional al tipo de experiencia.

Opazo (2004) refiere que, para evitar la desintegración paulatina ante una experiencia, cada Sistema Self pone en marcha su función de autoorganización, la cual comprende mecanismos de recuperación del equilibrio homeostático perdido, de la organización pérdida.

De esta forma, dicha función cumpliría el rol de sostener y mantener en equilibrio la totalidad del organismo, brindando una suerte de contención frente a los cambios personales que se experimentan a partir de todo tipo de vivencias que el sujeto articula tanto consigo mismo como también con otros significativos.

La función de significación es aquel espacio en el cual cada persona construye sentidos y significados a las experiencias de vida. Opazo (2004) expone que interpretar un hecho implica traducirlo, darle un significado y es precisamente ese el rol de la mencionada función.

Ahora bien, el autor sostiene que en las significaciones que construye una persona están involucrados los subsistemas biológico, cognitivo, afectivo e inconsciente por lo que conllevan una significación integral.

Al tener en cuenta que la significación necesita la participación de la totalidad del Sistema Self, se abre la posibilidad de aproximarse al sujeto que ha sufrido bullying homofóbico desde sus significados construidos en torno a la experiencia, cada Sistema Self pone en marcha la función de auto-organización, la cual comprende mecanismos de recuperación del equilibrio homeostático perdido en relación a la carga biológica, cognitiva, afectiva e inconsciente que dicho fenómeno tiene tanto para su vida actual como también para su proyecto vital.

La función de control conductual es aquella dimensión que monitorea la satisfacción de las necesidades a través del despliegue conductual del sistema Self.

Dichas necesidades son asumidas y priorizadas por el propio Self (Opazo, 2004). Esta función tendría estrecha relación con la capacidad de todo ser humano para movilizar conductas, por lo tanto, el EIS proporciona al sujeto un rol activo en el camino de su crecimiento y desarrollo tanto en los ámbitos personal y social.

Frente a este rol activo y movilizador, se podría llegar a pensar que el sujeto necesita de una fuente energética que le permita el despliegue conductual y es en ese preciso momento en donde emergen nuevamente los puentes conectores entre los diversos subsistemas, otorgándole gran relevancia a la energía afectiva y a la claridad cognitiva.

Por último, la función de búsqueda de sentido es aquella dimensión que se preocupa de descubrir (construir o crear, ese sentido no tiene preexistencia) el sentido de vida, entendiendo que cada uno es libre de determinar el sentido que dará a su vida. Es decir, el sentido central de cada vida lo determina cada sistema Self (Opazo, 2004).

El EIS postula que una vida con sentido tiene más sentido. Cuando una persona configura un sentido de fondo para su vida, se supera, lucha y persevera más. Cuando su propia vida tiene sentido, la persona se derrumba menos ante la adversidad e incluso es capaz de crecer frente a ella. En suma, la persona se torna más resiliente (Opazo, 2004).

Tener en cuenta la función de sentido de vida y entenderla incluso más allá de la importancia de la vida, sino más bien como el espacio espiritual del ser humano, en donde converge la sabiduría existencial relacionada con el saber, la reflexión, el sentimiento y fundamentalmente con la toma de decisiones (Opazo, 2004), permite contemplar a los sujetos como seres activos, libres y responsables de sus proyectos vitales.

MÉTODO

El estudio se enmarca en una metodología cualitativa, la cual en palabras de Ruiz (1996), corresponde a aquellos métodos que estudian significados intersubjetivos, situados y construidos en la primicia de los aspectos subjetivos de la conducta humana por sobre las características objetivas.

La investigación es de tipo no exploratoria y transversal. Adicionalmente es interpretativa ya que no sólo se pretende lograr la descripción del fenómeno en estudio, sino que además la comprensión de una manera profunda y subjetiva de la temática a partir de la incorporación de la perspectiva teórica integrativa.

Otro punto a destacar guarda relación con que el estudio se basa en un enfoque holístico-inductivo, es decir, estudia la realidad en su globalidad, sin fragmentarla y contextualizando las dinámicas en relación con las características socioculturales del medio.

En cuanto a los participantes de la investigación, se consideran personas que se reconocen a sí mismas como lesbianas y gays entre 18 y 29 años pertenecientes a la comuna de Santiago de Chile.

Para determinar el número de participantes de la investigación se utiliza el criterio de saturación de información. Este criterio plantea que se vuelve innecesario recolectar y analizar datos cuando se presenta un saturado de categorías, dejando de proporcionar información novedosa a la investigación, lo que marca el cierre del proceso de muestreo (Sampieri et al. 2010).

Nº	Edad	Sexo	Orientación Sexual
1	24 años	Mujer	Lesbiana
2	26 años	Mujer	Lesbiana
3	27 años	Hombre	Gay
4	26 años	Hombre	Gay
5	23 años	Mujer	Lesbiana
6	23 años	Mujer	Lesbiana

Figura: Cuadro resumen: Participantes.

Junto a ello, se emplea la entrevista en su modalidad semi-estructurada para explorar las particularidades de los participantes y la Teoría Fundamentada como procedimiento de análisis (Glaser y Strauss, 1967) que tiene como objetivo manejar la información recolectada y construir una teoría para comprender el fenómeno en estudio a partir de la interpretación de los propios participantes, concediéndole valor a las explicaciones subjetivas que surgen desde las personas al momento de ser entrevistadas.

RESULTADOS

A partir del análisis de las experiencias de los participantes de la investigación, se desarrollaron dos tipos de resultados: los descriptivos y los interpretativos. Los resultados descriptivos, corresponden a tópicos levantados a partir de las entrevistas con los participantes, mientras que los interpretativos al trabajo de análisis y discusión por parte del equipo de investigación.

Entendiendo lo anterior, entre los resultados descriptivos se destacan:

Inicio de bullying homofóbico en la infancia

En los casos analizados, se presentó un inicio temprano de vivencias de discriminación por motivos de orientación sexual. En dichas situaciones se

experimentaron agresiones de tipo verbal, psicológica y física, bajo constantes humillaciones, actitudes agresivas, exclusión (esto es violencia ambiental o social), golpes, entre otros.

Es relevante destacar que las agresiones físicas que experimentaron las personas entrevistadas se concentran principalmente en el nivel básico de su educación (re-redactar para que se explique que en el período de enseñanza básica) y se desarrollan de manera progresiva hasta llegar a un punto crítico que sobrepasa los límites que puede sobrellevar el Sistema Self.

Particularmente se experimentan desde cuarto básico hasta octavo básico, sin embargo, también se registran vivencias de esta índole en educación media, las cuales son más aisladas y menos críticas que las vivenciadas en educación básica.

Uno de los aspectos que apareció en todas las vivencias de las personas lesbianas y gay es el significativo hostigamiento, actitudes y comportamientos negativos por parte de la institución escolar ejercida por las figuras de autoridad como directores, docentes, personal y profesional de la educación.

Lo preocupante en este aspecto es que se expresan situaciones en donde los profesionales de la educación son testigos o motivadores de agresiones hacia personas LGBT, dejando de lado su labor educativa y contenedora en el contexto escolar que impide detener y/o prevenir posibles transgresiones a las personas entrevistadas.

Es importante destacar que, si bien en algunos casos la institución escolar mostró

preocupación ante sus estudiantes, en todos los centros de estudio se experimentó violencia (explícita o implícita) por parte de los actores educativos, lo que resulta un indicador crítico al momento de considerar la crisis por la que pasa la educación chilena en la actualidad (esto no está necesariamente relacionado con lo que se está describiendo, o bien habría que conectarlo de otra manera).

Se especula que este hecho puede ser originado por la ausencia y/o ineficiencia en la educación (capacitación y formación, para distinguirlo del concepto educación que se viene refiriendo a otra cosa más arriba) en temáticas de diversidad sexual, sobre todo en directivos, docentes, personal y profesional del sistema educativo, aumentando la posibilidad de transgresión de las personas LGBT en el contexto escolar y sociocultural.

Búsqueda de aceptación social del Sistema Self

Como se comentaba con anterioridad, la sociedad se rige por normas que indican los comportamientos que debe realizar una persona según su sexo (hombre o mujer) y género (masculino o femenino).

En los relatos de los entrevistados, se manifiesta que, en cuanto a la forma de pensar, sentir, actuar e interpretar el mundo se expresan las normas sociales de modo que condiciona determinadas conductas y comportamientos a las que los ciudadanos deben adaptarse en un espacio y tiempo determinado para contribuir con el orden social y alcanzar la aceptación e integración a la sociedad.

En consecuencia, los participantes señalan experimentar fuertes cuestionamientos acerca de sí mismos, lo que culmina en una adaptación de sus características personales en relación a las normas sociales.

En este sentido, podría entenderse que el Sistema Self es mediado por el ideal social, el cual moldearía los roles de género y la forma de significar las experiencias, dicho elemento surge como angustiante para el desarrollo integral del sujeto ya que se experimenta tensión entre el Sistema Self ideal y el real. (esto está muy interesante, quizás sería bueno profundizar un poco más en esta idea)

Adquisición de trastornos psicológicos y asociados

Como consecuencia de las vivencias de bullying homofóbico, entre las personas entrevistadas existe la presencia de trastornos psicológicos o síntomas de éstos, tales como ansiedad, angustia, cuadros depresivos, baja autoestima y trastornos emocionales que en algunos casos se materializaron en pensamientos e intentos suicidas.

Junto con lo anterior, uno de los elementos que surgió como relevante es la presencia de cuadros depresivos en edades tempranas, los cuales fueron apoyados por profesionales de la Salud Mental mediante psicoterapia y fármacos.

Dicho aspecto revela un punto crítico en cuanto a la calidad de vida de las personas lesbianas y gay en un contexto psicosocial, ya que la adquisición de este tipo de trastornos los ha llevado a cuestionar su forma de significar el mundo externo e interno.

En este sentido, la introyección de la ideología heteronormativa es de tal grado que podría resultar en la desestructuración del Sistema Self que podría atentar en contra de las motivaciones de vida de las personas lesbianas y gay's, desencadenando ideaciones, planificaciones e intentos suicidas que pueden llevar a suicidios consumados.

Homofobia Internalizada

La homofobia internalizada es un concepto que se ha comenzado a utilizar para denominar diversas actitudes, comportamientos y sentimientos que no permiten a la persona LGBT identificarse con su orientación sexual, lo que se manifiesta en lenguaje negativo hacia sí mismo, como por ejemplo pensamientos autodestructivos, fantasías de inferioridad, vergüenza, culpa, baja autoestima, conductas autodestructivas, entre otros aspectos que dificultan su desarrollo pleno (Ortiz, 2005).

Quintanilla et. Al (2015) expone que la homofobia internalizada se experimenta como consecuencia de la incorporación de un autoconcepto sustentado primordialmente en los conceptos de masculinidad y heterosexualidad como norma en la vinculación con otros.

Entendiendo lo anterior, los participantes del estudio relatan haber experimentado actitudes, comportamiento, sentimientos y significaciones negativas respecto a su propia orientación sexual como consecuencia de las presiones sociales.

Emerge como un elemento significativo ya que podría suponer una profunda

tensión en el Sistema Self, lo que se traduciría en sentimientos de culpa, conductas violentas que atentan en contra la integridad psicológica, física y/o social del Self y una forma de relatarse a sí mismo teñido de elementos negativos que culminan en baja autoestima. Se piensa que esta forma de relacionarse consigo mismo se potencia por las experiencias de bullying homofóbico y el rol heteronormativo de la sociedad.

Este hecho se encuentra antes, durante y después de las experiencias críticas de bullying homofóbico, sin embargo, con el tiempo va disminuyendo por medio de la acción de factores protectores como la propia aceptación de la orientación sexual, la aceptación de algunos círculos significativos, entre otros.

Además, es relevante comentar que los entrevistados expresan situaciones en donde se realizan agresión hacia sí mismos, ya sean de carácter físico tales como las autoflagelaciones o de carácter psicológicos refiriéndose a sí mismo de manera descalificativa.

Factores protectores

Uno de los puntos significativos que surgieron en todas las entrevistas, es la capacidad de desarrollar estrategias de protección y afrontación hacia las situaciones críticas de bullying homofóbico vivenciado en el espacio escolar.

Es así como las personas lesbianas y gay's, a pesar de experimentar presiones socioculturales basadas en la ideología heteronormativa del país (de la cultura nacional), tienden a buscar, desarrollar y potenciar sus fortalezas para encontrar seguridad y apoyo.

De esta forma, las personas entrevistadas desarrollan potencialidades que les permiten en la actualidad resignificar o estar en proceso de reelaboración del trauma que podría haber desorganizado en algún momento sus experiencias vitales. (aquí sería bueno hacer la distinción entre traumatizarse – habiendo logrado de antemano una organización- y haberse organizado en torno al trauma –impidiendo en algún grado la organización)

Además, se evidencia el desarrollo de vínculos seguros con familiares, profesores y amistades que permiten desplegar un espacio de contención y seguridad después de las experiencias de bullying homofóbico.

En este sentido, las personas lesbianas y gay's podrían responder por medio de la resiliencia frente a las experiencias de violencia física, verbal y/o psicológica en el contexto escolar, similar a las respuestas que experimentan personas que han sido expuestas a experiencias traumáticas, pero han logrado desarrollar habilidades para aceptar e integrar las vivencias al continuum vital. (quizás sería interesante distinguir entre resiliencia y resistencia)

Construcción de sentido de vida

Los entrevistados al haber vivenciado el fenómeno del bullying homofóbico tienden a desarrollar una proyección social en sus vidas, es decir, realizan o quieren realizar algún aporte para evitar, educar o apoyar a personas que vivencian esta misma experiencia.

En este sentido, los entrevistados podrían pasar por un proceso en el cual

dejan de verse a sí mismos como víctimas, lo que cambiaría su pensamiento y su forma de actuar a un rol más activo, donde se muestran interesados en apoyar a personas que actualmente estén pasando por situaciones de hostigamiento. (algunos teóricos plantean precisamente lo contrario, entenderse como víctimas permitiría ayudar a otros, porque no reconocerse como tal implicaría en algunos casos omitir la noción de daño)

Todos los entrevistados comentan que en la actualidad poseen una imagen positiva de ellos mismos, son capaces de identificar y valorar sus fortalezas, como también a aceptar aquellas habilidades que no han sido potenciadas aún.

Este elemento resulta significativo, ya que permite que las personas lesbianas y gay's tengan la posibilidad de desarrollarse de forma integral aún después de haber sido objeto de agresiones verbales, físicas y/o psicológicas.

En este sentido, también se evidencia una visión positiva hacia ellos mismos y hacia su futuro en relación a las metas y expectativas que conducen su vida, enfatizando que son capaces de proyectarse y fantasear con el desarrollo de sus potencialidades y la búsqueda de un sentido de vida.

En otras palabras, se evidencia que pese a las experiencias de bullying homofóbico experimentadas en el contexto escolar, las personas lesbianas y gay's tienden a desarrollar una imagen positiva actual de ellos mismos a partir de los factores protectores que son capaces de desarrollar a lo largo de su vida con el propósito de integrar las vivencias traumáticas y de esta manera sentirse

validados para emprender su proceso de búsqueda de sentido vital.

Considerando la información anteriormente detallada, el equipo de investigación procede a realizar un análisis interpretativo, de la cual se extraen las siguientes consideraciones:

Significaciones del Sistema Self mediados por ideologías heteronormativas

Los subsistemas del Sistema Self de las personas que pasaron por situaciones de discriminación por motivos de orientación sexual en su etapa escolar, podrían haber sido influenciados en diversos grados dependiendo de la cronicidad y el grado de vulneración perpetrado por las dinámicas de bullying homofóbico.

En este sentido, cuando se focaliza la atención en los diversos subsistemas, la dimensión cognitiva es notablemente influida a partir de la homofobia internalizada que instaura una forma de concebir al mundo interior y a los otros que son o son percibidos con una identidad sexual no-normativa de forma nociva.

En el Sistema Self, este elemento resulta bastante significativo ya que produce una serie de tensiones psíquicas que se podrían emular a lo que se conoce como disonancia cognitiva, materializándose en grandes montos de angustia y ambivalencia hacia la propia identidad.

Respecto al subsistema afectivo, las personas entrevistadas relatan en una primera instancia sentir que, al relacionarse de manera sentimental con personas del mismo sexo, se convierten en

seres pecaminosos y sucios, lo cual indudablemente está relacionado con los estereotipos heteronormativos y los ideales religiosos que predominan en la sociedad chilena.

En consecuencia, las personas son limitadas en su exploración emocional lo que deja huellas invisibles (invisibilizadas) en el proceso de construcción del Sistema Self mediado por las presiones sociales.

En cuanto al subsistema inconsciente, es relevante destacar el rol del aprendizaje de los ideales heteronormativos, lo que se manifiesta en la naturalización de las agresiones recibidas en el contexto escolar y hasta incluso en las experiencias cotidianas de índole social.

Dicho elemento, al unificarse con los pensamientos relacionados con la homofobia internalizada, suponen graves riesgos para la construcción del Sistema Self y los vínculos que establece con otros ya que, al existir tensiones psíquicas que no son accesibles ni comprensibles para la persona, se tienden a desarrollar conductas autolesivas, como por ejemplo consumo de drogas y alcohol en exceso, prácticas sexuales de riesgo (aquí cabría hacer la distinción entre las consecuencias de las prácticas –que efectivamente pueden llegar a ocasionar daño- y las motivaciones, que en algunos casos puede tener que ver con la búsqueda de placer, o con la necesidad de experimentar emociones y/o sentimientos –algo así como una conexión emocional consigo mismo), autolesiones, ideaciones e intentos suicidas.

Todo lo anterior, se enmarca principalmente en el periodo de la adolescencia de las personas entrevistadas, por lo que se apoya la idea

de que además de las crisis normativas propias de aquel ciclo vital, las personas que se reconocen con una identidad sexual no-normativa tienden a tener más probabilidades de desarrollar este tipo de conductas.

En el subsistema ambiental/conductual, las pautas de comportamiento que siguen las personas lesbianas y gay's no siempre son coherentes con las que están socialmente impuestas y aceptadas, por lo que se evidencia malestar al relacionarse en espacios públicos de forma coherente con su sentir (esto se relaciona con lo que planteé más arriba acerca de la conexión emocional que se puede pretender con la elección de ciertas conductas calificadas como "comportamientos de riesgo").

No obstante, dicho malestar es equilibrado por medio de la vinculación con personas pertenecientes a la comunidad LGBT (lesbianas, gays, bisexuales y trans) o bien, personas que aceptan las identidades sexuales que no están dentro de los cánones establecidos por los ideales heteronormativos.

En cuanto al nivel sistémico, se ha encontrado que la cultura cumple un rol fundamental en la perpetuación de dinámicas relacionadas con conductas, actitudes y/o pensamientos de tinte homofóbico ya que, en Chile, se ha evidenciado la presencia de una concepción del ser humano y de sus quehaceres normado por ideales que imponen roles sociales a partir del género binario (femenino/masculino) que debe estar en coherencia con el sexo que se le otorga a los recién nacidos.

En el paradigma biológico, no se registraron elementos significativos para inscribir en este apartado.

Una vez realizado el análisis a partir de los seis subsistemas que conforman el Sistema Self, se puede realizar un acercamiento a las funciones que se desprenden del mismo como consecuencia del desarrollo personal de los sujetos.

Subsistema	Resultados
Cognitivo	Disonancia cognitiva Homofobia internalizada
Afectivo	Presencia de cuadros ansiosos depresivos, ideaciones e intentos suicidas.
Ambiental/Conductual	Conductas estereotipadas o socialmente consensuadas. Expresión de género distinto al socialmente impuesto. Conductas híper-alertas en contexto social.
Inconsciente	Tensiones respecto al sí mismo ideal (social) y real (gay/lesbiana). Dificultades en aceptación de la identidad sexual.
Sistémico	Traumas vinculares. Vínculos dependientes e inseguros.
Biológico	No se encontraron elementos relevantes

Figura: Cuadro resumen: Resultados del análisis a partir de paradigmas del EIS.

La función de identidad, guarda relación con el dinamismo del ser humano respecto a las características que lo representan en su sentido más profundo, algo así como la esencia personal de cada sujeto.

En las personas entrevistadas, este elemento nuevamente puede tender a estar relacionado con las ideologías heteronormativas o religiosas de la sociedad, debido a que, como se mencionaba con anterioridad, es posible que las personas lesbianas y gay's aprendan desde los ideales culturales que ciertos rasgos personales son catalogados como positivos o negativos (existiría una diferenciación desigualada, es decir, valorización moral de determinados comportamientos) (está buena idea y quizás sería bueno profundizar un poco más el análisis interpretativo).

Estos elementos probablemente son los que desencadenan en primera instancia, cambios en las características personales con el propósito de adecuarse a las normas

establecidas, para luego, en una segunda instancia, comenzar a realizar cambios que le permitan vivenciarse de manera coherente con sus pensamientos y sentimientos.

De tal forma, el dinamismo de las personas entrevistadas guardaría relación con instancias de cambio que surgen desde una motivación personal, orientados a desarrollar instancias vitales que les permitan ser tal cual son, sin miramientos prejuiciosos.

En este sentido, se podría decir que los cambios que experimenta una persona que ha vivenciado experiencias de bullying homofóbico en relación a sus características personales, podrían ser bastante potentes, como por ejemplo, el paso de pensar, sentir y actuar de acuerdo a la heteronorma, hacia el vivenciar de acuerdo a sus convicciones personales.

En la función de significación, es decir, en aquella instancia en donde las personas entrevistadas elaboran los sentidos de sus vivencias, es posible expresar que la heteronorma podría ser un punto crítico respecto a los significados que se le otorgan a las experiencias de discriminación por motivos de orientación sexual, a las características del sí mismo y también a las cualidades de las relaciones con otras personas.

En relación a la función de autoorganización, es aquel que se refiere a la capacidad del Sistema Self a mantener un equilibrio homeostático y/o volver a él una vez que experimenta situaciones de altas cargas emocionales.

Cabe señalar que es uno de los elementos más significativos evidenciados en los participantes del estudio, debido a

que las que han experimentado bullying homofóbico, relatan tener o estar desarrollando una percepción positiva de sí mismos y de la vivencia misma de discriminación por motivos de orientación sexual. Esto último hablaría de una fortaleza inherente del ser humano para transformar y transformarse, teniendo en cuenta sus potencialidades y habilidades personales (no necesariamente, ya que más arriba se planteó la importancia del grupo y de la asociatividad. Las funciones del Sistema Self, no deben entenderse de manera aislada a los contextos sociales en los que se sitúan los sujetos, por ende, no puede desprenderse tan rápidamente que es una "fortaleza inherente").

En cuanto a la función de búsqueda de sentido, resulta relevante destacar que, pese a la introyección de ideales heteronormativos, las personas entrevistadas suelen desarrollar grandes valores morales y preocupaciones en torno al quehacer social y cultural en temáticas de diversidad sexual.

En este sentido, los participantes intentan desarrollar actividades que les permitan trascender desde la vocación social, desarrollando instancias que permitan apoyar a personas que se encuentren o hayan pasado por una situación similar a la discriminación por motivos de orientación sexual.

Por último, en la función de construcción existencial, se concibe que las personas lesbianas y gays, a partir de los cambios en el desarrollo personal que han o están vivenciando, se proyectan de forma positiva respecto de su futuro en una instancia subjetiva e intersubjetiva, orientando su existencia hacia metas que podrían realizar en un corto, mediano o

largo plazo para vivenciar de forma plena su existencia consigo mismo y con otros.

Recapitulando, los vínculos y la construcción del sistema self se vieron afectados en las situaciones de bullying homofóbico en el contexto escolar, sin embargo, en la mayoría de los casos no marcan un efecto negativo significativo a largo plazo ya que, mediado por las diversas funciones que se ponen en juego en la persona. (esta recapitulación es un poco peligrosa, pues podría llegar a pensarse entonces que el bullying no tiene efectos en el largo plazo, Y aunque en los entrevistados esto se evidenció en sus percepciones, habría que explicitar todo el camino que recorrieron para hacer frente a la violencia social de la que fueron efectivamente víctimas) (del mismo modo, debe hacerse una clara distinción entre la magnitud y gravedad de la experiencia, y el impacto).

Función del Sistema Self	Resultados
Identidad	Percepción positiva del sí mismo: coherencia entre el sí mismo ideal y real. Desarrollo personal
Significación	Resignificación de experiencias de bullying homofóbico.
Autoorganización	Equilibrio homeostático.
Búsqueda de sentido	Desarrollo de valores éticos y morales.
Conducción existencial	Proyectos vitales a corto, mediano y largo plazo. Metas vitales...

Figura: Cuadro resumen: Resultados del análisis de las funciones del Sistema Self propuestos por el EIS.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Al profundizar en historias de vida que sin duda están en constante relación con la realidad cultural del país en que se vive, se puede dar cuenta de la influencia imperante que ésta tiene al momento de aproximarse a la construcción del Sistema Self de las personas.

En el caso del bullying homofóbico, se percibe una invisibilización del fenómeno por parte de la cultura en general, que

encubre una realidad latente en el país. Estos hechos de transgresión son apoyados por patrones culturales que normalizan la violencia a personas con una orientación sexual distinta a la hetero normada. (sería muy interesante analizar aquellos mecanismos “invisibilizadores”)

En consecuencia, esto se manifiesta en dinámicas heteronormativas y religiosas que se ponen en juego en el fenómeno del bullying homofóbico que no sólo participan en la construcción del Sistema Self de las personas de orientación homosexual y las características de los vínculos que establece con otros dando cuenta de una dimensión intersubjetiva, sino que también influye de manera significativa en las significaciones que realizan los agresores respecto a los actos cometidos.

Respecto a lo anterior, es posible mencionar el daño en un nivel más macro, pasando por los ideales que convergen en los sistemas educativos hasta llegar a las normativas que rigen el comportamiento y la forma de sentir de toda la sociedad.

Esto último se fundamenta en que todas las personas que participan en la sociedad contribuyen, en mayor o menor medida, a que se normalice el lenguaje violento hacia personas que son o son percibidas como LGBT (lesbianas, gay, bisexuales o trans) a través de la aceptación y la reproducción de comentarios tales como “maricón”, “camiona”, “mariquita”, entre muchas otras terminologías que se traducen finalmente en la naturalización de actitudes y comportamientos de índole homofóbico.

Por lo tanto, se considera que es necesario que el profesional que se enfrente a su quehacer de forma crítica

sea un agente que potencie el proceso de cambio que el país necesita. Si bien, es posible mencionar que el país está quitando el velo a las temáticas relacionadas a la diversidad sexual, aún queda mucho por delante.

Se vuelve necesario entonces, profundizar en propuestas que permitan acompañar a la sociedad chilena en este proceso de cambio, programas que apunten a reelaborar los significados sociales que guardan relación con las personas lesbianas, gay's, bisexuales y todo el espectro que se configura bajo la denominación trans en los sistemas educativos y en la sociedad.

Quizás el elemento más crítico en el acompañamiento del proceso de cambio es aquel relacionado al sistema educativo y sus instituciones, las cuales deberían velar por el cumplimiento de los derechos de los niños, niñas y adolescentes de nuestro país en relación a su integridad física, psicológica y/o emocional, sin embargo, bajo el análisis de fenómenos que se gatillan en el seno de la educación, es posible evidenciar que no siempre es así ya que jóvenes que vivencian una identidad de género y/o sexual distinta a la normada son transgredidos de forma brutal.

En suma, pareciera ser que la heteronormatividad y las tendencias religiosas son un gran desafío al momento de realizar una aproximación a dinámicas relacionadas al bullying homofóbico. Elementos que se entrelazan en el proceso de cambio que está comenzando a vivenciar el país, provocando muchas veces retrocesos, pensamientos ambiguos y temores frente a las temáticas relacionadas con la diversidad sexual.

Finalmente, el equipo de investigación se permite concluir que las personas lesbianas y gay's entrevistadas experimentan el punto crítico de bullying homofóbico mayoritariamente en su adolescencia y adultez temprana, etapa del desarrollo del ser humano crucial para la construcción de sus sentidos y proyectos vitales.

Por lo que, además de las crisis normativas del ciclo vital, se mantienen en una angustia constante debido a que se encuentran sometidos al estigma social, a los estereotipos y las limitantes que traen consigo, enfrentándose a una sociedad con ideologías heteronormativas, la cual tiene preestablecida aquellos aspectos que serán considerados como normales o no en cuanto a las relaciones afectivo-sexuales.

El elemento cognitivo se torna relevante, ya que en la dialéctica con el otro (aprendizaje y comunicación) y en el proceso de psicofacturación (Opazo, 2004) de la información extraída desde el ambiente, los participantes le dan sentido y significan dicha información en su Sistema Self.

Este elemento se materializa mayoritariamente desvalorizando su condición sexual, afectando aspectos cognitivos como la autoimagen y la autoestima, provocando un malestar biopsicosocial en relación con la convivencia de los patrones de género impuestos y en la relación con un entorno social que los desaprueba.

Lo anterior iría fuertemente relacionado con el subsistema inconsciente, debido a los procesos cognitivos y afectivos que integran al Sistema Self de los participantes, ya que se

han encontrado durante la mayoría de sus vidas con patrones, creencias e ideologías que negativizan la homosexualidad, por lo que se han criado desde la base con pensamientos y vínculos que los rechazan.

En este sentido, se podría proponer que la homofobia internalizada es consecuencia de la introyección de ideales nocivos para el Sistema Self.

Por otro lado, las instituciones en las cuales los participantes vivieron su etapa escolar fueron esenciales a la hora de profundizar en el bullying homofóbico, ya que es allí en donde se perciben principalmente los actos violentos hacia los entrevistados, ya sea por parte de sus pares o a nivel institucional.

Respecto a esta temática, parece necesario profundizar que en todas las entrevistas realizadas, los docentes, personal y profesional del sistema educativo se manifestó como un agente activo (de forma explícita o implícita) en las dinámicas relacionadas con agresiones a las personas con motivo de su orientación sexual, siendo un elemento criticable considerando el contexto de crisis que hoy experimenta la educación en Chile (ampliar el análisis que están haciendo los investigadores para relacionar coherentemente la crisis de la educación con el bullying homofóbico).

Sin embargo, las heridas reveladas se tornan más bien un elemento situacional, no siendo determinante en el Sistema Self de los participantes, ya que los actos de violencia recibidos son sopesados mediante vínculos sanos tanto consigo mismos y con otras personas que han experimentado similares vivencias respecto del bullying homofóbico.

En este sentido, se hace posible acoger la idea de dinamismo del ser humano, ya que las personas que han sido transgredidas en sus derechos están en constante cambio a medida que se relacionan con otras personas significativas en el contexto sociocultural en el cual participan.

Es así como se puede exponer que el Sistema Self siempre está en construcción, incluso en momentos en donde se piensa que lo que las personas hacen, piensan y sienten no guarda relación con otros, ya que todo ello forma parte de un entretrejo social que explora un nivel intersubjetivo del ser humano que no se puede omitir.

En suma, al momento de remitir una respuesta a la pregunta que direccionó el estudio, se hace admisible comentar que los significados que construyen las personas entrevistadas manifiestan las transformaciones que se comentaban con anterioridad.

Las experiencias de bullying homofóbico, por muy violentas que pudieron llegar a ser, están en constante reelaboración, lo que no sólo permite a la persona desarrollar sus potencialidades, sino que también les proporciona un espacio seguro en el cual establecer relaciones con otros con la convicción de que serán aceptados y apoyados en momentos críticos (no es la experiencia la que permite desarrollar las potencialidades. Re-redactar esta parte para que quede más clara la exposición de la idea).

Como plantea Opazo (2004) en relación a la función de autoorganización del Sistema Self, los participantes luego de haber vivido experiencias violentas, en

este caso bullying homofóbico, logran recuperar la estabilidad que había sido corrompida, la cual necesita la participación de la totalidad del Sistema Self, dando otro sentido a las experiencias vitales.

Ahora bien, cuando una persona que ha experimentado bullying homofóbico no logra desplegar sus potencialidades de forma autónoma por diversas razones, se descubre el quehacer del profesional de la Salud Mental que se posiciona en una comprensión integrativa del ser humano, abogando por el apoyo oportuno a las necesidades de las diversas esferas del Sistema Self que pueden albergar influencias de origen heteronormativo.

REFERENCIAS

- Aguilar-Morales, J. (2011)** Prejuicios, estereotipos y discriminación. Network de Psicología Organizacional. México: Asociación Oaxaqueña de Psicología A.C.
- Beltrán, A. y Puga (2012)** Karen Atala vs. La heteronormatividad: Reflexiones más allá de la discriminación por orientación sexual. Debate feminista. 45. 217-245.
- Cornejo, J. (2014)** Bullying homofóbico en Chile: Trayectoria histórica. Límite, Revista Interdisciplinaria de Filosofía y Psicología. 9(30), 61-87.
- Dides, C. et. Al (2007)** Transformaciones en el ámbito económico, sociocultural y político. Chile: Panorama de sexualidad y derechos humanos. Río de Janeiro, Brasil: Centro Latinoamericano de Sexualidad y Derechos Humanos.
- Gaba, M. (2015)** Aportes de la Perspectiva de Género al Enfoque Integrativo Supraparadigmático. Revista Actualizaciones en Psicoterapia Integrativa AcPI. 7, 27-63.
- Gibbs, J. y Goldbach, J. (2015)** Religious Conflict, Sexual Identity, and Suicidal Behaviors among LGBT Young Adults. Archives of Suicide Research.
- Glaser, B. & Strauss, A. (1967)** The discovery of grounded theory. Chicago: Aldine Press.
- Kann, L., O'Malley, E., McManus, T., Kinchen, S., Harris, W., Wechsler, H. (2011)** Sexual Identity, Sex of Sexual Contacts, and Health-Risk Behaviors Among Students in Grades 9—12. Division of Adolescent and School Health, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, EEUU.
- Martxueta, A. (2014)** Consecuencias del bullying homofóbico retrospectivo y los factores psicosociales en el bienestar psicológico de sujetos LGB. Revista de investigación educativa. 32(1), 255-271.
- Martxueta, A., y Etxeberria, J. (2015)** Claves para atender a la diversidad afectivo sexual en el contexto educativo desde un enfoque global. REOP - Revista Española De Orientación Y Psicopedagogía, 25(3), 121-128.
- Mineduc (2013)** Formación en sexualidad, afectividad y género. Ministerio de Educación.
- Movilh (2010)** Educando en la diversidad. Orientación sexual e identidad de género en las aulas.
- Muñoz de Arenillas, R. y Morales Z. (2014)** Una aproximación a la Homofobia desde la Psicología. Propuestas de Intervención. Psicología, Conocimiento y Sociedad, 4(1), 90-115.
- Opazo R. y Bagladi V. (2011)** Historia del modelo integrativo en Chile. Notas Históricas de la psicología en Chile. Santiago, Chile: Editorial Universitaria. pp. 261-283.
- Opazo, R. (2001)** Psicoterapia Integrativa. Delimitación Clínica. Santiago, Chile. Ediciones ICPSI.

- Opazo, R. (2004)** Psicoterapia Integrativa y Desarrollo personal. En Fernández-Álvarez, H., Opazo, R. (2004). La integración en la Psicoterapia. Manual práctico. Barcelona, España. Ediciones Paidós.
- Ortiz, L. (2005)** Influencia de la opresión internalizada sobre la salud mental de bisexuales, lesbianas y homosexuales de la ciudad de México. *Salud Mental*, 28(4), 49-65.
- Plaza A. (2011)** La homofobia como factor de creación de identidades sexuales. Cuadernos Kóre. *Revista de historia y pensamiento de género* Vol. 1/N.º 4, pp. 14-29.
- Quintanilla et. Al (2015)** Proceso de Aceptación de la Homosexualidad y la Homofobia Asociados a la Conducta Suicida en Varones Homosexuales. *Masculinities and Social Change*, 4 (1), 1-25.
- Ruiz, J. (1996)** Metodología de la investigación cualitativa. Bilbao, España. Universidad de Deusto.
- Ryan, C., Russell, S., Huebner, D., Díaz, R., Sánchez, J. (2010)** Family Acceptance in Adolescence and the Health of LGBT Young Adults. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing* Vol. 23.
- Sampieri Hernández, R. et al. (2010)** Metodología de la investigación. México: McGraw-Hill.
- Todo Mejora (2016)** Informe Bullying Homofóbico: El bullying homofóbico es universal, un desafío para todos. Investigación y acción 1. Santiago, Chile.
- Toro-Alfonso, J. (2012)** El Estado Actual de la Investigación Sobre la Discriminación Sexual. *Terapia psicológica*, 30(2), 71-76.
- Unesco (2012)** Education responses to Homophobic bullying. Good Policy and Practice in HIV and Health Education. *Bloket* 8, 7. Pp. 3 – 58.
- Villagra, C. (s/f) Masculinidad y femineidad:** roles de género bajo la perspectiva de mujeres potenciales víctimas de violencia simbólica en las ciudades de Concepción y Santiago de Chile.

Una Aproximación Científica a la Terapia de Flores de Bach y su aporte como recurso complementario a la Psicoterapia Integrativa.

Andrea Bunster Izquierdo^{*3}

Abstract

This article seeks to explore scientific knowledge and research around the efficacy of the Bach Flower therapy, attempting an approach to topics that include a brief review of the structure of the Bach model and its therapeutic approach, the placebo effect, mechanisms of action and research in this regard. In this way, this article provides some discussion about the validation of this floral therapy and investigate certain points of convergence with the Supraparadigmatic Integrative Model. With the aim of recognizing Bach Flower therapy as a coherent and complementary resource for Integrative Psychotherapy.

Key words: *Bach flowers – Scientific evidence – Placebo effect – Mechanisms of action – EIS – Integrative Psychotherapy.*

Resumen

Este artículo busca explorar conocimientos e investigaciones científicas en torno a la eficacia de la terapia con Flores de Bach; intentando una aproximación a temáticas que abarcan una breve reseña de la estructura del modelo Bach y su enfoque terapéutico, el efecto placebo, mecanismos de acción e investigaciones al respecto. De esta manera, exponer cierta discusión en torno a la validación de esta terapia floral e indagar ciertos puntos de convergencia con el Modelo Integrativo Supraparadigmático, con la finalidad de reconocer la terapia con Flores de Bach como un recurso coherente y complementario a la Psicoterapia Integrativa.

Palabras Claves: *Flores de Bach – Evidencia científica - Efecto Placebo – Mecanismos de acción – EIS - Psicoterapia Integrativa.*

AcPI, 9:44-78.

* Psicóloga Universidad Diego Portales. Post título Psicoterapia Integrativa EIS. E-mail: Andrea.bunster@gmail.com

INTRODUCCIÓN

El interés de esta temática surge luego del recorrido de casi 10 años en la práctica clínica como psicoterapeuta y el trabajo complementario, en la mayoría de los casos, de terapia con Flores de Bach. Un recorrido de gran experiencia y aprendizaje, que entre muchas cosas me ha llevado a descubrir y admirar la gran ayuda que han proporcionado las Flores de Bach, en conjunto con el trabajo psicoterapéutico para el bienestar del paciente.

Por lo general, los pacientes han acogido positivamente el trabajo complementario con Flores de Bach, y de hecho, les ha proporcionado un plus adicional que ha aumentado su motivación inicial al proceso psicoterapéutico. Hay otros que, al comienzo, han sido escépticos a la terapia floral, pero las han aceptado con cierta incredulidad y también curiosidad, y luego han reconocido su ayuda y evaluado cambios favorables. Finalmente, otros que definitivamente buscan terapias alternativas y/o que desean evaluar otras opciones antes de recurrir a tomar medicamentos.

En este sentido, sin dejar de reconocer la necesidad de la administración de los psicofármacos en ciertos pacientes, ya que esta terapia no es reemplazable al respecto, también resulta relevante tomar en cuenta la sobremedicación en muchos casos y la existencia de pacientes que han logrado prescindir de los medicamentos o disminuir las dosis y optar responsablemente por una terapia alternativa con Flores de Bach en

conjunto con el proceso psicoterapéutico.

Un breve recorrido de satisfacción personal y profesional, que me llevó a buscar nuevos conocimientos y perfeccionamiento clínico acorde con una mirada amplia, inclusiva e integradora de la psicología en general y de la práctica clínica en particular.

Incursionando amablemente en el Enfoque Integrativo Supraparadigmático (EIS) y la Psicoterapia Integrativa, cobra interés la inquietud por explorar hacia una aproximación científica de la terapia con Flores de Bach.

En un contexto, donde se pone cada vez más el acento de la integración de práctica e investigación, propiciando la emergencia de una práctica psicoterapéutica basada en la evidencia (Bagladi, 2010) es donde el EIS pretende generar un conocimiento válido a través de la investigación y, que aporte a la predicción y al cambio.

Asimismo, la Psicoterapia Integrativa se ve enfrentada a la posibilidad de utilizar diferentes técnicas, las cuales hayan sido validadas por la investigación. 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.

Por esta razón o más bien inspiración, surge el desafío por explorar hacia un conocimiento válido a través de la investigación en torno a las Flores de Bach y su utilidad en contextos clínicos, como

recurso complementario de la psicoterapia. Y de forma particular indagar hacia una complementariedad coherente con la Psicoterapia Integrativa.

Contexto y Relevancia

Hoy en día las prácticas científicas se han visto cuestionadas en ciertos ámbitos. Resulta relevante tomar en cuenta un contexto que presenta un alto nivel de corrupción y conflictos de interés referidos al ámbito científico. Al respecto, Angell y Norton manejan información de primera fuente (Gill-Sutton e Iroka, 2017)

En el año 2015, el editor de la revista médica *The Lancet*, Richard Norton, escribió: “Gran parte de la literatura científica, quizás la mitad, podría ser simplemente falsa. Afectada por estudios basados en muestras pequeñas, efectos insignificantes, análisis exploratorios no válidos y flagrantes conflictos de interés, junto con una obsesión por seguir tendencias de moda de dudosa importancia, la ciencia ha dado un giro hacia las tinieblas... El carácter endémico aparente del mal comportamiento en relación con la investigación es alarmante” (Gill-Sutton e Iroka, 2017, p. 29)

Asimismo, en 2009, Marcia Angell, exeditora de la revista *New England Journal of Medicine*, se quejó de lo mismo en un artículo para el magacín *New York Review of Books*: “Ya no es posible confiar en gran parte de la investigación clínica que se publica, ni creer en el juicio de connotados médicos ni en las normas de las autoridades

médicas” (ibid)

Contrarrestando la excesiva influencia de la industria farmacéutica en la profesión médica, Angell pudo concluir que será necesario “apartarse de manera drástica de un modelo extremadamente lucrativo de comportamiento”. El editorial de Horton en *The Lancet* concordaba con el juicio de Angell: “¿Podrán corregirse las malas prácticas científicas? Parte del problema es que a nadie se le incentiva a ser correcto. En su lugar, se incentiva a los científicos a ser productivos e innovadores” (Gill-Sutton e Iroka, 2017, p. 29)

Por otro lado, desde hace varios años que el sistema de salud se ha tornado complejo y costoso, además existen fuertes intereses creados por parte de las empresas farmacéuticas para que las inversiones en tratamientos continúe. También, hay quienes piensan que los costos deberían restringirse para reforzar las acciones preventivas (Saraví, 1993)

Cabe señalar el camino por recorrer en torno a la salud en condiciones donde factores de comportamiento, emocionales o espirituales tienen un papel dominante. Al respecto, especialistas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) han descrito cómo la aplicación del método científico a la medicina y la salud pública trajo diversas mejoras en todas aquellas condiciones en las que factores materiales como la infección, el envenenamiento, la lesión, la nutrición o la higiene personal o ambiental tenían un papel preponderante en la etiología. Sin embargo, en condiciones

degenerativas los resultados han sido inferiores, y en condiciones donde factores de comportamiento, emocionales o espirituales tienen un papel dominante sería difícil argumentar que el método científico haya producido mejoras notables (Bannerman, en Saraví, 1993)

Luego, ante la imposibilidad de cubrir la salud mundial a través de las prácticas científicas occidentales, la Organización Mundial de la Salud (OMS) comenzó a evaluar seriamente, y de manera oficial desde 1976, la incorporación de las prácticas alternativas en un sistema integrado (Bannerman, 1983)

La medicina complementaria y alternativa se define como aquellas prácticas, intervenciones, aplicaciones, teorías o demandas que no forman actualmente parte del sistema sanitario convencional. Los pacientes que escogen las terapias alternativas no están necesariamente insatisfechos con la medicina convencional, sienten que estas terapias son más afines con sus ideologías personales y que tratan sus necesidades de manera individual, mejorando su salud y calidad de vida (Gentz, 2001) No faltan personas escépticas o críticas, que creen que estas terapias no tienen efectos específicos (Knipschild, en Muñoz, 2007)

Las terapias complementarias se han utilizado durante generaciones. Recientemente, han encontrado el interés público que se merecen y los pacientes piden cada vez más información a sus profesionales de la salud. Estas terapias se

siguen ofreciendo en numerosos países, a pesar de la información limitada al respecto, de no haber resultados concluyentes, y de no tener una legislación regulada y consensuada (Mills, en Muñoz, 2007)

Hoy en día el interés por las prácticas no convencionales han aumentado notoriamente y la terapia de Flores de Bach es uno de los fenómenos más interesantes de la medicina alternativa contemporánea, basado en un concepto ausente de la medicina clásica: la relación entre el alma humana y la manifestación de la enfermedad, donde el interés profundo apunta a conseguir aliviar el sufrimiento psíquico.

Las Flores de Bach, un conjunto de 38 remedios preparados, se han difundido bajo la denominación de "Esencias o Remedios Florales de Bach" (BFR) y han logrado el respaldo de la OMS, que en 1976 las incorporó a las medicinas alternativas recomendando su uso en todos los estados miembros. Luego, las propiedades de la terapia floral fueron descritas y realizadas por la OMS, en 1983 (Bannerman, 1983)

Más tarde, fueron aprobadas por el Departamento de Salud del Reino Unido y por la Food and Drug Administration de los Estados Unidos, entre otras entidades mundiales que verifican todos los productos que se comercializan en relación con la salud (Llonch, 2005)

La terapia del Dr. Bach se aplica desde hace más de 70 años. Existe mucha experiencia en su uso en casi todos los países del mundo. Cientos de libros y

publicaciones en diversos idiomas dan buena prueba de ello.

Sin embargo, Bach no ofreció ninguna explicación científica de cómo o por qué actuaban estos remedios. En efecto, era consciente de las tendencias a que está sujeta la ciencia, y ha encarecido a los demás a que mantengan sus remedios apartados de la ciencia y de las teorías. Lo que ofrecía Bach eran cientos de historias de casos de curación (Bach, 1993)

Entonces, surge la interrogante: *¿Es efectivo el tratamiento con flores de Bach?* Muchas personas se hacen esta pregunta y buscan evidencia científica que demuestre la efectividad de este tratamiento antes de decidirse a utilizarlo, ya sea para ellos mismos o para sus pacientes, en el caso de los profesionales de la salud.

Edward Bach y la Terapia Floral.

Edward Bach (1886-1936) fue un médico galés, que sobresalió en la investigación dentro del campo de la Bacteriología y la Homeopatía. Guiado por su amor y respeto a la naturaleza y a todos los seres vivos, desarrolló una terapia natural, sencilla de aplicar y sumamente efectiva.

La Terapia Floral del Dr. Bach es un sistema de tratamiento natural compuesto por 38 esencias florales. Constituye una terapia energética (vibracional), holística, que ayuda a restablecer la salud, contribuyendo a armonizar las disfunciones en los campos físico, emocional, mental y espiritual de los seres vivos, sean estos

humanos, animales o vegetales (Sedibac, 2013)

Bach comprobó a lo largo de su trayectoria, que gran parte de las enfermedades que presentaban sus pacientes tenían estrecha vinculación con su personalidad. De esta manera, se interesó por hallar la raíz de los conflictos como el camino más certero para recuperar la armonía general y, en consecuencia, colaborar con la salud mental y física (Bach, 2012)

La terapia floral considera que en los desequilibrios emocionales, sentimentales y del pensamiento están el origen de la enfermedad física y mental, y promueve un método de tratamiento capaz de armonizarlos, disminuyendo la intensidad y frecuencia de padecimientos del ánimo, tales como la intolerancia o el miedo, a favor del desarrollo de la cualidad opuesta, como la tolerancia y coraje. En este sentido, decimos que las esencias florales son pacificadoras naturales del ánimo que promueven el desenvolvimiento de ciertos dones o virtudes, cuya escasa presencia es una de las causas más importantes de las enfermedades psíquicas y físicas (Veilati, 2013, p. 30)

El desarrollo de la virtud opuesta al defecto que da origen a la enfermedad es el principio que explica la acción terapéutica de las esencias florales y lo que dirige la intención y la atención del terapeuta floral sobre el consultante (Veilati, 2013) Bach dirá que el odio se cura con amor, nunca con más odio (Bach, 2004, p. 148, en Veilati, 2013)

Las *virtudes* son potencialidades buenas, podemos llamarlas cualidades, fortalezas o rasgos positivos. Cuando se despliegan, el sujeto accede a una posición mayormente saludable, autorrealizada, inclusiva y compasiva de sí mismo y del otro. Bach menciona cualidades deseables, tales como la paz, la esperanza, la alegría, la fe, la sabiduría, la atención, la seguridad, la compasión, el coraje, la tolerancia y la bondad (Velati, 2013)

Los *defectos* son las fallas, errores como el egoísmo, el orgullo, el odio, la inestabilidad, la ignorancia, o la codicia y, cada uno de ellos está en la trama que teje la enfermedad. La buena noticia es que para estos y otros errores hay esencias florales (ibid), las que no detallaremos en esta oportunidad, debido a su amplitud y necesidad de enfocar el estudio en su dirección.

Bach, quien falleciera a la temprana edad de cincuenta años, nos legó un sistema de diagnóstico y tratamiento de los estados emocionales, mentales y características más generales de la personalidad, que ha sido prácticamente ignorado por la psicología (Rodríguez, 2009)

Este sistema incluye un grupo de esencias florales elaboradas mediante solarización o cocción, cuya acción no se basa en las propiedades químicas activas de los elementos que componen cada planta, sino en la transmisión de un patrón de información que se almacena en el agua (ibid) Su particular sistema de elaboración

(por exposición al sol o a la ebullición) permite que los principios energéticos de la flor, que reorientan de un modo saludable las emociones y los sentimientos en desequilibrio, se fijen en el agua (Veilati, 2013)

Cada esencia floral es una información altamente organizada que alinea la energía del ser vivo que la incorpora a su sistema. Las esencias florales se acoplan a la estructura energética del sujeto, transformando las redes disarmónicas en flujos constantes y uniformes de energía regulada. Según Bach, intervienen “elevando nuestras vibraciones y abriendo nuestros canales...” (Bach, 2004, p. 153, en Veilati, 2013) No actúan por medio de la acción bioquímica, si bien terminan afectando positivamente la biología del ser vivo que la consume (Veilati, 2013)

Flores de Bach en la práctica; administración y dosificación.

Esta terapia floral se basa en la administración de una o varias esencias florales mezcladas en una botella oscura de unos 30 mL (para conservar sus propiedades); se utiliza agua mineral como disolvente y brandy, vinagre de vino o manzana, jarabe de arce, glicerina vegetal o coñac como posibles conservantes (Bach, 2012)

El set completo consta de 38 esencias. Se clasifican en siete grupos según la emoción a tratar. Además, hay un compuesto de emergencia *Rescue Remedy*, formado por la mezcla de cinco de ellas (*Star of Bethlehem*,

Rock Rose, Cherry plum, Impatiens y Clematis), que se utiliza para combatir el miedo, la sensación de pánico, el *shock* y la sensación de perder el control (ibid)

Los remedios se dispensan en dosificaciones homeopáticas y no parecen interaccionar con ninguna otra medicación. No ofrecen peligro si se da el caso de la prescripción de un remedio equivocado, lo que el cuerpo no asimila es desechado sin el menor trastorno. No se oponen a ningún otro tratamiento y pueden administrarse de manera complementaria, sin que por ello merme su efectividad o disminuyan la de la otra medicación (ibid)

Las dosis se administran en gotas: 4 gotas al menos 4 veces al día, o más a menudo si es preciso. En casos urgentes se puede administrar las dosis cada pocos minutos, hasta que se sienta mejoría; en casos graves, aproximadamente cada media hora; en casos crónicos, cada dos o tres horas, o con más o menos frecuencia según la necesidad del paciente (Blome, 1993) No es adecuado aumentar la dosis para lograr un efecto más intenso o rápido, ya que los resultados no dependen de la cantidad que se tome, ni de la mayor concentración del remedio, sino de la frecuencia de las tomas (Bach, 2012)

Desde el primer frasco, la mejoría debe ser evidente y se aconseja no suspender bruscamente el tratamiento (ibid) Para seleccionar y recomendar los remedios adecuadamente, es indispensable que el terapeuta formado realice una buena anamnesis (Vendrell, 2002)

La Estructura del Modelo Bach.

Para poder comprender el sentido de la obra del Dr. Edward Bach es necesario partir de los soportes de su concepción del hombre y del universo. Bach postuló la existencia de una polaridad básica entre dos instancias: el alma y la personalidad. El alma es lo permanente, lo inmortal, la energía esencial, lo trascendente y, la personalidad lo transitorio, lo mortal, el accidente y lo inmanente (Espeche y Grecco, en Bach, 2012)

La meta del alma es alcanzar la perfección, que equivale al despliegue de las potencialidades, a la individuación o realización. El camino para tal fin consiste en el recorrido de un proceso de evolución, que va desde la falta a la completud, del error a la verdad, de la ignorancia al conocimiento y del defecto a la virtud (ibid)

El hombre encarna para obtener conocimiento y experiencia y así, corregir los defectos, errores o faltas que lo hacen imperfecto. Vivir es entonces una oportunidad de continuar avanzando y la enfermedad es uno de los instrumentos con que cuenta el hombre para hacer posible el crecimiento de su nivel de consciencia. Entonces, la enfermedad, en apariencia cruel, es en sí beneficiosa y existe por nuestro bien, y si se la interpreta correctamente nos guiará para corregir nuestros defectos esenciales (Bach, 2012)

Bach señala que para comprender la naturaleza de la enfermedad hay que

conocer ciertas verdades fundamentales: (Espeche y Grecco, en Bach, 2012)

1- El hombre tiene un alma que es su ser real. El alma para Bach tiene una función rectora. Ella dirige y ordena nuestra vida, pero también es la esencia de lo que somos y su naturaleza invencible e inmortal es consecuencia de que es una “chispa del Todopoderoso”. Acentúa el carácter de ser que posee el alma. Es la estructura estructurante de nuestra vida, la guía de nuestra evolución. Su naturaleza es de carácter preontológico, es decir, preexiste al sujeto (personalidad), y es atemporal.

2- Somos personalidades y existimos para lograr conocimiento y experiencia. La personalidad es nuestra parte transitoria y nos sirve de sostén material en esta vida. Bach pensaba que esta circunstancia no era arbitraria o casual, ya que si el objeto de nuestro vivir es aprender lo que desconocemos, desarrollar las virtudes que nos faltan, borrar nuestros defectos y lo negativo de nuestro ser, el alma sabe qué entorno y qué circunstancias nos permitirá lograrlo mejor, y por lo tanto, nos sitúa en esa rama de la vida más apropiada para nuestra meta.

3- Nuestra vida no es más que un momento en nuestra evolución. Estos conceptos se sustentan en la idea de vida como proceso.

4- El conflicto entre el alma y la personalidad es la causa de la enfermedad e infelicidad. Esta idea es una convicción compartida por muchos autores de nuestro siglo, entre los que destacamos a Freud y a Jung. Bach ubica este conflicto entre el alma y la personalidad. Mientras hay armonía

entre ellas, sus frutos son la paz, la alegría y la salud. Por el contrario, cuando se precipita el conflicto surge la experiencia de la enfermedad y la infelicidad. Bach atribuye el motivo del origen del conflicto a cuando nuestras personalidades se desvían del camino trazado por el alma, o bien por nuestros deseos mundanos o por la persuasión de otros (Bach, 2012)

5- La unidad de todas las cosas. Para Bach la fuerza creativa del universo es el Amor y todo aquello de lo que tenemos consciencia es en su infinito número de formas una manifestación de ese Amor. Todo este mundo creado por el Amor forma un gran sistema, de modo tal que las diferentes partes que lo componen no pueden separarse unas de otras, lo que hace que cualquier acción contra nosotros mismos o contra otro afecte a la totalidad, pues el causar una imperfección en una parte, ésta se reflejará en el todo (ibid)

Enfoque Terapéutico.

El Enfoque Terapéutico creado por el Dr. Bach tiene la doble condición de ser holístico y clínico. Holístico, porque su estructura responde a una concepción preliminar e integral del hombre y de su relación con el universo, y clínico, porque brinda enfoques e instrumentos de trabajo orientados a cumplir con los objetivos del tratamiento floral, que son: aliviar el dolor, concientizar, introvisonar e individualizar (Espeche y Grecco, en Bach, 2012)

**Aliviar el dolor* es un objetivo básico, sin embargo, no hay que perder de vista el hecho de que el paciente debe aprender el

sentido de su dolor para que éste adquiera valor terapéutico.

*La *concientización* es el proceso de amplificación o ensanchamiento de los bordes actuales de la conciencia. Esta tarea implica no sólo un registro intelectual del “darse cuenta”, sino una vivencia que acompaña el conocimiento mental. La concientización trae como resultado la mejor comprensión de la situación presente, del sentido de los síntomas y la percepción de los caminos que hay que recorrer y de los que hay que evitar para alcanzar la meta de la cura.

Lo concientizado es necesario que sea puesto en la perspectiva histórica, es decir, que el paciente comprenda que esto que le pasa hoy es fruto de un devenir. Totalizar la toma de conciencia en función de una experiencia global de vida. En esto consiste el proceso de introvisión.

*La *introvisión* tiene como fin lograr en el sujeto una mayor identidad, una mayor diferenciación y en última instancia, la singularización de la vida en relación a un proyecto que se extiende al futuro.

En esta perspectiva, la terapia floral apunta a sostener e incrementar el proceso de *individuación*.

Los fundamentos de este enfoque pueden ser sistematizados en los siguientes puntos: (Espeche y Grecco, en Bach, 2012)

1. La prevención y curación de la enfermedad se logra descubriendo lo que la causa y erradicando el defecto con el recto desarrollo de la virtud opuesta.

2. No se debe tener en cuenta la naturaleza de la enfermedad, sino al paciente que la porta. De esta manera, Bach plantea no fijarse en la enfermedad, sino en cómo ve la vida el enfermo (Bach, 2012) y cómo vivencia la enfermedad.

3. La cura debe estar orientada a reestablecer la armonía entre el alma y la mente; a eliminar la verdadera causa de la enfermedad y, finalmente, a la utilización de los medios físicos necesarios para completar la curación.

4. La salud de la humanidad depende de la comprensión por parte de los hombres, de los principios que rigen el universo. De este modo, el terapeuta deberá ayudar a los que sufren a conocer esta verdad e indicarles los medios por los que podrá conseguir la armonía (Bach, 2012)

5. El criterio de curación no debe ser la eliminación del síntoma, sino el cambio de perspectivas del sujeto enfermo, la recuperación de su paz mental y la felicidad interna.

Relevante destacar que su diagnóstico no se orienta por los síntomas negativos, que como consecuencia de un obrar contradictorio entre las intenciones del alma y la personalidad, pueden convertirse finalmente en causas de enfermedades corporales. Estos estados anímicos no se combaten como si fueran síntomas, ya que de este modo se los mantendría energéticamente, sino que se los inunda de vibraciones energéticas armónicas superiores, lo cual, como dice Bach, hace que “se derrita como nieve al sol” (Scheffer, 1992).

La esencia de flores de Bach restablece, como si fuese un catalizador, el contacto entre el alma y la personalidad, bloqueado en ese punto. El alma puede hacerse escuchar de nuevo por la personalidad, allí donde reinaba la falta de armonía, vuelve a fluir la vida, o como dice Bach “yo no era del todo él mismo, vuelve a serlo enteramente” (ibid).

Los remedios florales.

Los treinta y ocho remedios florales descubiertos por Bach son el instrumento que brinda la naturaleza para ayudar al hombre, tanto en su dolor, como en la búsqueda de la verdad (Espeche y Grecco, en Bach, 2012).

Estos remedios, que se vinculan a treinta y ocho estados emocionales, actúan elevando nuestras vibraciones y abriendo nuestros canales para la percepción del Ser Superior; para inundar nuestra naturaleza con la virtud particular que necesitamos y borrar los defectos que causan el dolor (Bach, 2012).

Se trata de “remedios” energéticos naturales y eficaces, inocuos en el sentido de que no causan daño alguno al sujeto, pero su toma produce la movilización del mundo emocional, la captación de información externa o interna que se desconocía, vivencias y percepciones nuevas, entre otras. De este modo, convocar una emoción por medio de las flores es una experiencia que debe hacerse en el marco de una contención adecuada (Espeche y Grecco, en Bach, 2012).

Al respecto, hay dos niveles complementarios en la terapéutica creada por el Dr. Bach. El primero corresponde a la administración de los preparados florales de acuerdo con el estado emocional prevalente del paciente. El segundo, se refiere al trabajo de conocimiento de las causas reales de la enfermedad y del aprendizaje de la lección que el sufrimiento nos enseña (ibid).

En ambos casos, pretender ser uno el propio terapeuta, no es aconsejable. Es muy difícil ser juez y parte, y aunque el sistema Bach es sencillo y claro, las emociones del hombre conforman un mundo complejo y de gamas muy variadas. El acceso a su comprensión, la precisión en el diagnóstico correcto, requiere el arte de un especialista preparado y capacitado para indagar en los repliegues del alma humana (ibid).

Por otra parte, si el objetivo básico de la terapéutica de Bach es ayudar al enfermo para que pueda conocer y entender el sentido de sus síntomas como señales de una causa profunda, la consciencia patológica que acompaña la enfermedad difícilmente pueda ver con claridad aquellos caminos que lo conduzcan a la cura verdadera. Como señala Bach, las flores no vienen a sustituir el arte de curar (Espeche y Grecco, en Bach, 2012).

Los grupos emocionales.

El Dr. Bach ordenó el complejo mundo emocional del ser humano en siete grupos arquetípicos. Cada uno de estos grupos

incluye varias y distintas reacciones vivenciales. Estas emociones sirven de guía para el adecuado trabajo de prescripción de los remedios florales (Espeche y Grecco, en Bach, 2012).

Cada uno de estos grupos emocionales expresa un modo particular que tiene el hombre de enfrentar la vida y se relaciona con un número de remedios florales.

A continuación, se resumen los siete grupos y las flores que incluyen respectivamente: (ibid).

- *Remedios para los que sienten temor.* Se encuentran flores para todas las gamas del miedo. *Rock Rose, Mimulus, Cherry Plum, Aspen y Red Chestnut.*

- *Remedios para los que sufren incertidumbre.* Grupo de todos aquellos que postergan el camino de la vida porque no están seguros de sus recursos y potencialidades. *Wild Oat, Cerato, Scleranthus, Gentian, Gorse y Hornbeam.*

- *Remedios para los que no tienen interés por las circunstancias actuales.* Falta de interés por la situación que lleva a veces a la apatía. En este caso, el mundo emocional no permite observar la vida en forma global y comprometida, sino sectorizada. *Clematis, Hiney Suckle, Wild Rose, White Chestnut, Olive, Mustard y Chestnut Bud.*

- *Remedios para los que sienten soledad.* Para aquellos que por diferentes razones se sienten aislados, algunos por temor a involucrarse, otros por excesiva preocupación por estar siempre muy acompañados, tratando de llenar de este modo sus vidas. *Water Violet, Impatiens y*

Heather.

- *Remedios para los hipersensibles a influencias e ideas ajenas.* Este grupo utiliza diferentes máscaras para sobrellevar sus penas, postergándose cada día, provocando mucha dificultad en las relaciones interpersonales, armando situaciones engañosas que cubren la realidad, bloqueando la posibilidad de vínculos placenteros y positivos. *Agrimony, Centaury, Walnut y Holly.*

- *Remedios para los que están desesperados y abatidos.* El factor común de este grupo es la desesperación, la imposibilidad de salir de un estado paralizante y doliente. *Larch, Pine, Elm, Sweet Chestnut, Star of Bethlehem, Willow, Crab Apple y Oak.*

- *Remedios para los que sufren por los otros.* Sobreprotección o excesiva preocupación por el bienestar ajeno. Personalidades muy estructuradas que ante cualquier circunstancia o persona que atente contra sus opiniones altera y potencia sus síntomas. Susceptibles e hiperpreocupados por los actos, pensamientos y decires de los otros, preocupación que tiene por finalidad evitar pensar en ellos mismos. *Chicory, Vervain, Vine, Beech y Rock Water.*

EXPLORACIÓN CIENTÍFICA DE LA TERAPIA CON FLORES DE BACH.

La efectividad de las esencias florales de Bach ha sido un tema controvertido y polémico. Ciertamente su introducción no pudo iniciarse dentro de los cánones de la ciencia y su creador tiene que terminar

renunciando al método científico, mas no significa que aquellos que defienden su utilización deban hacerlo.

Un primer paso, consiste en plantear hipótesis sobre sus posibles mecanismos de acción, consistentes con los hallazgos actuales de la ciencia. El segundo paso, consiste en la realización de diseños de investigación que tomen en cuenta los elementos necesarios para establecer la diferenciación entre el efecto del placebo y el de las esencias florales. Quizás sea por obviar algunos (comenzando por un profundo conocimiento de la variable independiente cuyo efecto se desea medir), que se ha dificultado encontrar evidencia (Rodríguez, 2012).

Debería hacer reflexionar a los investigadores que los resultados de las esencias florales: no son consistentes con los mecanismos convencionales de actuación del placebo; no pueden ser explicados por la aquiescencia o la deseabilidad social; son independientes del optimismo, las expectativas y las instrucciones que se ofrecen al participante. Tampoco deben desestimarse los señalamientos que se le han realizado a los intentos de revisión sistemática sobre el efecto de las esencias florales (ibid).

El *Centro de Psicología Virtual (Cepvi)*, centro español, creado en el año 2002, refiere que lamentablemente, han sido pocos los estudios con flores de Bach realizados correctamente. Muchos de los estudios han utilizado las flores de Bach de manera errónea. Por ejemplo, en un estudio

se pidió a los participantes que tomaran las flores de Bach una vez al día, cuando es necesario tomarlas 4 veces al día para que se produzca algún efecto.

La mayoría de los datos que muestran el efecto de las flores de Bach han sido aportados por terapeutas que han tratado a personas de forma individual y que aportan una amplia evidencia en sus estudios de casos individuales. No obstante, existen también algunas investigaciones controladas con grupos que han sido correctamente realizadas, y que demuestran la eficacia del tratamiento con flores de Bach. Para que las flores de Bach sean efectivas, han de seleccionarse según los síntomas y estado emocional de cada persona, en vez de dar el mismo remedio a todo el grupo, y han de tomarse 4 gotas 4 veces al día.

A continuación, se resumen dos investigaciones publicadas por dicho Centro de Psicología español:

- Terapia con flores de Bach. Resultados tras monitorizar 115 pacientes. *Medicina biológica. Italia. 3(37-43), 1997.*
<http://www.medibio.it/>

Se trataron 115 pacientes en un contexto de psicoterapia. Se estudió la efectividad de las flores de Bach en el tratamiento de tres categorías de trastornos: ansiedad, que incluía ataques de pánico, fobias y trastorno obsesivo-compulsivo; depresión, incluyendo problemas en las relaciones y problemas de conducta; y estrés, incluyendo trastorno de estrés postraumático y agotamiento psicofísico. La prescripción de los remedios

florales se hizo en base a las necesidades individuales de cada paciente. El éxito del tratamiento se clasificó en total, parcial o ninguno, según si la remisión de los síntomas era completa o parcial. Se obtuvo un éxito total en el 67,8% de los casos, el cual aumentaba al 89% si se incluía también el éxito parcial.

- Flores de Bach. Influencia selectiva y diversificada sobre sistema físico-químicos.

Medicina biológica. Italia. 3 (54-61), 1997.

<http://www.medibio.it/>

Los autores trataron de responder a la pregunta de por medio de qué mecanismos funcionan las flores de Bach y cómo sabemos que los beneficios no se deben al efecto placebo. Los experimentos realizados para responder a estas preguntas tenían que ver con el intercambio de iones en soluciones acuosas de carbonato de sodio y cloruro de calcio, los cuales, en la solución, se separan en sus componentes. Al salir de la solución, cuando el agua se enfría o evapora, estos iones se recombinan con otros componentes formando carbonato de calcio (bastante insoluble) y cloruro de sodio, bastante más soluble. Pero el ritmo al que las diversas sales cristalizan, así como la composición del sólido resultante, puede verse afectado por factores externos.

La solución se evaporó bajo condiciones controladas, con o sin la adición de tres flores de Bach diferentes. Las sustancias resultantes fueron examinadas usando el método de la difracción por rayos X. Algunos ensayos preliminares se hicieron sólo con el alcohol de los remedios florales

(los cuales se usan en una solución de alcohol), para comprobar sus efectos.

Cuando se añadieron unas gotas del remedio floral Wild Rose, se produjo un efecto muy similar a la aplicación de calor, lo cual sugería que dicha esencia había aumentado el nivel de energía de la solución. Cuando se añadieron unas gotas de Crab Apple en otro ensayo los resultados fueron menos espectaculares, pero la adición de unas gotas de Water Violet tuvo el inesperado efecto de producir una forma beta, completamente diferente, de carbonato de calcio y la eliminación de cualquier resto de cloruro de sodio. Eso sólo puede suceder mediante la adición de una gran cantidad de energía, que únicamente pudo haber procedido de Water Violet.

Por otro lado, el llamado *Grupo Científico de Investigación del Sistema Diagnóstico Terapéutico de Edward Bach (GC-Bach)*, comparte conocimientos y experiencias de más de 10 años de trabajo con este sistema, vinculado con áreas de metodología de la investigación, evaluación e intervención psicológica, respuestas placebo, psicología médica, personalidad y emociones, espiritualidad, bienestar y salud.

GC-Bach fue fundado por el psicólogo Boris C. Rodríguez Martín, pionero en la introducción oficial de la Terapia Floral dentro del ministerio de Salud Pública de Cuba.

El Sistema Diagnóstico-Terapéutico de Edward Bach constituye un esquema de trabajo para realizar el diagnóstico y

tratamiento de estados de ánimo patológicos y estilos desadaptativos de personalidad que se encuentran en la base de las enfermedades.

El diagnóstico se realiza siguiendo un grupo de clasificaciones "autónomas" y la curación se produce mediante el aprendizaje y el cambio, guiados por la acción de treinta y ocho esencias florales, que entran al esquema, como catalizadoras de las conversaciones terapéuticas (Rodríguez, et cols, 2010).

El objetivo de GC-Bach es promover la realización y divulgación de estudios que permitan evaluar el efecto del sistema de diagnóstico y tratamiento propuesto por Edward Bach en concordancia con el método científico. Para ello se apoyan en el uso de diversos diseños con enfoques cuantitativo, cualitativo o mixto, que pueden abarcar desde experimentos de laboratorio hasta estudios de caso. Luego, se divulgan aquellas propuestas de asesoría y formación que cumplan con los estándares de excelencia establecidos por el grupo (GC-Bach).

Resulta relevante destacar el compromiso con una visión científica y objetiva para la utilización de los Remedios Florales de Bach en la práctica clínica, marcando la diferencia con respecto al trabajo fundamentalmente divulgativo con el que se ha venido sosteniendo su práctica hasta nuestros días (ibid).

"No se necesita ser un seguidor del enfoque terapéutico del doctor Bach o del

profesor Boris Rodríguez para apreciar la sensibilidad clínica y profunda comprensión que ellos aportan al estudio de la psicopatología de la personalidad. Debería ser éste un útil trabajo de referencia tanto para clínicos de mente abierta como para estudiantes en formación" (Theodore Millon, en GC-Bach).

A continuación, se resumen dos investigaciones científicas publicadas por GC-Bach (2009):

- Mecanismo de acción de las esencias florales: una aproximación (Rivas, 2009)

La justificación de la transición de la información de la flor y los mecanismos de acción en el cuerpo humano, especialmente en el cerebro y la psiquis no es tarea solo de médicos y psicólogos, ni de psicoterapeutas y naturistas. Es una tarea mucho mayor, que engloba a otras ramas de ciencia; donde físicos, químicos, bioquímicos, inmunólogos, fisiólogos, farmacólogos, neurofisiólogos, filósofos, entre otros, darían un enfoque más completo a una medicina o forma de curación absolutamente novedosa y diferente. Esta nueva forma de entender el proceso salud-enfermedad unida a la medicina convencional, podrían ser la base para una verdadera y completa salud en el ser humano.

Al proponer la difícil tarea de dotar a la terapia floral de un espacio dentro de las alternativas científicas de tratamiento, es de vital importancia llevar a cabo una explicación lo más detallada posible de un

elemento de gran importancia en las terapéuticas convencionales: el mecanismo de acción.

El agua tiene un papel esencial en la transmisión de la información propia de la flor específica y que la variedad de estructuras informacionales que puede adoptar, constituye en cada esencia un patrón tipo característico que desarrolla un patrón de respuesta específico al interactuar con otra molécula y/o estructura biológica.

A diferencia de lo que ocurre con los fármacos convencionales, las interacciones de las esencias florales podrían comenzar mucho antes de la membrana celular, sin la especificidad de un receptor único. El agua como solvente universal de los organismos vivos podría unirse a cualquier molécula, sobre todo a los PGs hidrófilos de la matriz, así como atravesar las estructuras de membrana con relativa facilidad, dando en esa unión la información codificada a la molécula que la recibe, lo que provoca cambios en su conformación espacial. Otra posibilidad, sin unión específica a una molécula, es que al atravesar los túneles helicoidales hiperboloides de los matrisomas se establezca un cambio en su conformación espacial. Estos cambios constituirían la traducción de la información a señal capaz de ser comprendida y transmitida a las células y el organismo.

A partir de receptores de diversos tipos, con una misma señal se logra amplificar, transmitir e incluso regular a corto plazo y con gran inmediatez los procesos

fundamentales de la célula, como la homeostasis, y a largo plazo a través de las modificaciones de los genes. La interacción en la membrana de estos receptores con los componentes del glucocalix en contacto directo con la matriz que contendría las moléculas hidrófilas unidas al agua con la información de la esencia y/o la información ya trasducida por las estructuras propias de la matriz (matrisomas) podría ser la clave del mecanismo de acción de esta terapia.

El efecto de la terapia floral sobre el sistema nervioso central resulta una acción especial. Por diferentes vías llega la información a las mediaciones de las neuronas. Como se refirió, cada esencia contiene la codificación de un patrón informacional de la flor en cuestión. Este patrón contenido en el agua, hace que las estructuras con las que interactúa (que son receptoras) respondan de manera específica, que diferiría con cada esencia floral, pero esta respuesta representaría cada patrón informacional de la flor transmitido a diferentes niveles, en la célula, tejido, órgano, o en patrón de respuesta emocional, cognitiva o conductual (igual mensaje decodificado en todos los niveles)

Para explicar qué pasa en el sistema nervioso central con las esencias florales nos basaremos en los estudios de Kandel (2001) Según estos, cada individuo nace con características propias en su cerebro que son de base genética y/o hereditarias, esto significa que se nace con una estructuración básica de conexiones neuronales o sinapsis. Pero esta estructura no es estática, sino que

durante el aprendizaje, según las experiencias, se producen variaciones en la eficacia de las conexiones nerviosas; los sucesos de cada día (la estimulación sensorial, la privación y el aprendizaje) pueden debilitar eficazmente las conexiones sinápticas en algunas circunstancias y favorecerlas en otras.

Los estudios sobre la plasticidad sináptica indican que existen dos etapas que se solapan en el desarrollo y mantenimiento de la solidez de las sinapsis: - La primera etapa; los pasos iniciales de la formación de las sinapsis, ocurre fundamentalmente en las etapas tempranas del desarrollo y está bajo control de los procesos genéticos y del desarrollo.

- Segunda etapa; el ajuste por la experiencia de las sinapsis desarrolladas, comienza en fases tardías del desarrollo y se prolonga en cierta medida durante toda la vida.

Los diferentes patrones de información codificada contenidos en las esencias de cada flor particular, actuarían a través de una señalización biológica de forma similar a la descrita, pero en el tejido nervioso. Esto potenciaría los mecanismos que intervienen en el aprendizaje. Los procesos lábiles y mediatos se basarían inicialmente en el proceso de rápida estructuración de glúcidos de membrana que llevaría a cambios funcionales y a largo plazo a través de segundos mensajeros con acción a nivel nuclear con nueva síntesis de proteínas y crecimiento y/o poda de conexiones sinápticas, o sea cambios estructurales.

De aquí la explicación de la acción de las esencias florales a corto plazo sobre reacciones emocionales y, a largo plazo con la repetición del patrón de información de la esencia en cuestión, sobre elementos más profundos de la personalidad y la conducta.

- Beneficios del empleo del Sistema Diagnóstico-Terapéutico de Edward Bach en la atención a pacientes con Trastorno de Ansiedad Generalizada (Rodríguez, 2009)

La presente investigación tuvo como objetivo general determinar los beneficios que ofrece el empleo del Sistema Diagnóstico-Terapéutico de Edward Bach en el tratamiento de pacientes con Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG), en relación con el tratamiento convencional para este tipo de patología. La muestra la conformaron un total de 38 pacientes diagnosticados con TAG, divididos en dos grupos: *estudio* y *testigo*. El primero integrado por 15 pacientes pertenecientes al Centro Comunitario de Salud Mental del policlínico "Santa Clara" en la provincia de Villa Clara, el cual recibió el sistema Bach, conjuntamente con el tratamiento farmacológico. El *grupo testigo* estuvo conformado por 23 pacientes del Centro Comunitario de Salud Mental en el municipio de Fomento, provincia Sancti Spíritus, sometidos únicamente al tratamiento convencional.

La investigación estuvo dividida en tres etapas fundamentales: la primera, Evaluación Pre-experimental; la segunda, de Implementación del Sistema Diagnóstico-

Terapéutico de Bach y la tercera de Evaluación Post-experimental. Para la obtención de la información se utilizaron una serie de pruebas psicológicas entre las que figuraron: el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA-B), el Autorreporte Vivencial, la Entrevista Semiestructurada y la Entrevista Diagnóstica del Sistema Bach. Los datos obtenidos fueron procesados de forma cuantitativa con sus correspondientes valoraciones cualitativas. En el procesamiento de la información se emplearon pruebas contenidas en el programa estadístico SPSS/PC.

Los principales resultados denotaron diferencias muy significativas en el *grupo estudio* respecto a la generalidad de las variables evaluadas en las diferentes técnicas, evidenciándose una disminución progresiva de los niveles de ansiedad. Por su parte, en el *grupo testigo* los resultados obtenidos se mantuvieron estables con una tendencia a la fluctuación en la mayoría de los casos, no existiendo notables diferencias en las comparaciones realizadas en la etapa post-experimental.

En 2010, *GC-Bach* publica nuevos estudios. Desde las revisiones teóricas abordan dos problemas medulares para poder analizar con seriedad esta forma de intervención: (1) efecto placebo y (2) mecanismos de acción. Además, se esclarece el espacio epistemológico que hace posible la utilización de las Esencias Florales de Bach en la práctica clínica.

Iniciar el camino hacia una práctica basada

en la evidencia, exige el respaldo de las hipótesis propuestas mediante resultados experimentales. En revisiones precedentes se abordan investigaciones realizadas en un lapso de tiempo de 15 años, y solo se hace referencias a siete estudios a doble-ciego placebo (Ernst, 2010; Thaler, Kaminski, Chapman, Langley y Gartlehner, 2009) y aun así, se han señalado un grupo de limitaciones importantes a la hora de generalizar sus conclusiones (Wolf y Forbes, 2010)

En este contexto, resultan meritorios los nueve resultados de investigaciones, aportados por GC-Bach, que evalúan el efecto de las esencias florales en estudios a doble ciego-placebo: ansiedad, supresión de pensamientos, reducción de errores, reflexión personal y rendimiento académico, constituyeron las variables dependientes de estos estudios (GC-Bach, 2010)

La seriedad y honestidad de este grupo científico queda evidenciada con la inclusión de aquellas investigaciones donde no fue posible separar el efecto de las esencias florales del placebo en comparaciones inter-grupos, lo cual refuerza la credibilidad de aquellos resultados donde esta separación fue posible. Además, hay que tener en cuenta que el placebo no solo puede tener un efecto terapéutico por sí mismo, sino que puede incluso incrementar la vida media de muchos medicamentos (Hammami, Al-Gaai, Alvi, y Hammami, 2010, en GC-Bach, 2010)

Por otro lado, asociados con el grupo cubano de investigaciones GC-Bach, existe la llamada *Sociedad para el Estudio y la Difusión de la Terapia del Dr. Bach de Cataluña (Sedibac)* es una asociación sin fines de lucro creada en 1993 con el objetivo fundamental de difundir y estudiar la Terapia Floral que creó el Dr. Edward Bach para el beneficio de la humanidad. Al constatar diariamente, en todos los aspectos, los beneficios de la Terapia Floral de Bach en ellos y su entorno es el hecho que los ha movido a agruparse alrededor de una entidad. SEDIBAC está registrada oficialmente en el Departament de Justícia de la Generalitat de Catalunya y han publicado más de 60 artículos de investigación.

ESENCIAS FLORALES, EFECTO PLACEBO Y PSICOTERAPIA.

La presente revisión se propone como objetivo exponer las principales ideas que avalan la utilización de las esencias florales de Bach (EF) como un recurso de la acción terapéutica de amplias posibilidades. Se abordan las razones para el uso científico de las EF en su relación con la Psicología Clínica, y en particular con la Psicoterapia; así como las diferencias probables entre su efecto y el del placebo (Rodríguez, et cols, 2010)

El método de tratamiento mediante las esencias florales (EF), descubierto por Edward Bach, no ha sido sistemáticamente analizado por los profesionales de la psicología y la medicina, aun después de

que la OMS en 1975 sugiriera su utilización como una modalidad de medicina alternativa (ibid)

El uso de las esencias florales, como todo lo que se presenta nuevo en el terreno asistencial, ha tenido que enfrentar resistencia. Sus principales detractores, ante la evidencia de que se ha impuesto su utilización y reconocimiento universal, se han visto obligados a realizar múltiples cuestionamientos, siendo el más frecuente el denominar placebo al efecto que se obtiene de este tratamiento (ibid)

Sin embargo, con tal objeción se ignora que está demostrado que los placebos son capaces de desatar el potencial curativo de las personas, lo cual justifica las aplicaciones intencionadas de los mismos, tanto en Medicina como en Psicología (Pérez y Martínez, 1987), y que activar potenciales terapéuticos en el paciente no es ajeno a los propósitos que se persiguen en el tratamiento con las EF (Rodríguez, et cols, 2010)

Aun si se consideraran las EF como placebo, pudiera argumentarse su utilización en los contextos clínicos afirmando, a modo de ejemplo, que se han convertido en recursos para la curación dada su capacidad de transformarse en un símbolo de curación para el paciente. Por lo tanto, fomentar su utilización, aun como placebo, ayudaría a reducir el consumo de fármacos, aceleraría los procesos terapéuticos, permitiría espaciar el intervalo entre las consultas y su empleo sería una buena alternativa complementaria en

distintos momentos de la psicoterapia (ibid)

Además, no debemos olvidar que en la práctica asistencial otros recursos terapéuticos como analgésicos, psicofármacos y antipiréticos en algún momento han sido utilizados como placebo, cuando al suministrarlo no trae efectos secundarios adversos en el paciente y se estén empleando más allá de su habitual prescripción (Rodríguez, et cols, 2010)

Otro problema más preocupante relacionado con la resistencia que se le hace al uso de la EF radica en las pretensiones pseudocientíficas, místicas o metafísicas, de una parte de sus seguidores atraídos por la belleza y originalidad de esta terapia. Algunos hacen de sus postulados una verdad incuestionable, mientras que otros han llegado al extremo de pretender convertirla en una práctica esotérica. En ambos casos, el sustrato científico de esta terapia, al tiempo que no se desarrolla, se oscurece. Esto lamentablemente ha llegado a suceder, porque muchas veces personas sin preparación profesional especializada, se han creído capacitados para su utilización en los servicios de instituciones de salud (ibid)

Por esta razón, Ricardo Orozco (2010) aborda la necesidad de profundizar en la formación de este tipo de terapeuta e integrar la terapia floral en los cuerpos de otras ciencias. La utilización de las EF, concebidas dentro del Sistema Diagnóstico-Terapéutico de Edward Bach (SDTB), es dinámica y admite con un trabajo de elaboración científica ser insertada en el

cuerpo instrumental de la Psicología, específicamente en la clínica (ibid)

Aun cuando los mecanismos de acción que se proponen para explicar su efecto son compatibles con la Fisiología, la Bioquímica, la Psiconeuroinmuno-endocrinología (PNIE) y la Farmacología (Rivas y Cárdenas, 2010) Las principales ideas se transforman en hipótesis, las cuales pueden ser contrastadas mediante la experimentación para ser verificadas o falsadas (Rodríguez, et cols, 2010)

De esta forma, se pretende exponer las principales ideas que avalan la utilización de EF en contextos clínicos, como recurso complementario de la psicoterapia. Se defiende que la elección de las EF para la composición de la fórmula se realice con adecuación al método clínico, mediante el diagnóstico individual.

Consideraciones sobre el efecto placebo.

El efecto placebo puede ser definido (Tempone, 2007, p. 250) como: «modificación inducida de síntomas, signos u otros indicadores, que experimenta el organismo, que no es atribuible al mecanismo de acción específico de una terapéutica, ya sea mecánica, farmacológica, quirúrgica, ambiental o debida a cualquier otra situación curativa» Expresado de manera más sencilla (Demirdjian, 2006, p. 56): «efecto favorable que ocurre en un paciente por el simple hecho de recibir una intervención potencialmente curativa» (En Rodríguez, et cols, 2010)

Son numerosos los elementos que pueden desencadenar un efecto placebo. Se ha observado que el mismo medicamento ha mostrado efectos diferentes cuando lo administra un médico «entusiasmado» comparado con uno «no entusiasmado» (Shapiro et al, citado por Campagne, 2002) También las instrucciones del médico modifican la intensidad y la dirección de las evaluaciones de las mejorías de los pacientes (Amigo, citado por Campagne, 2002) Incluso el precio del medicamento puede reforzar el efecto placebo (Ariely, 2008) De esta manera, más allá del efecto placebo que se establece en la relación médico-paciente (González, 2004), diversos autores han calificado al médico mismo como un placebo (Tempone, 2007; González, Benedetto y Ramírez, 2008) (En Rodríguez, et cols, 2010)

Las «medicinas alternativas» se van convirtiendo, cada vez con mayor fuerza, en un tema que no puede ser ignorado (Wharen y de Cunto, 2004), lo cual aumenta el rigor con el que deben ser estudiadas y enfocadas. El principal problema que enfrentan las investigaciones que se decidan a comparar el efecto de las EF con el del placebo, radica en que la acción de ambos, al ser preparados sin sustancias farmacológicamente activas, puede ser confundida (Rodríguez, et cols, 2010)

Si se analizan los mecanismos que se proponen para la acción de las EF (Rivas, 2009), se puede señalar que es altamente probable que el efecto de éstas se encuentre en la zona de convergencia del

área de acción de la psicoterapia y la de los psicofármacos (ibid)

Se afirma que las EF son placebos; lo cual también se ha dicho de la psicoterapia. Numerosas investigaciones muestran índices de efectividad semejantes entre los distintos enfoques psicoterapéuticos y el placebo. Este aspecto (Torres-Torrija, 2009, p. 185) «lejos de descalificar a las psicoterapias, nos plantea la necesidad de considerar con mayor cuidado en qué consiste verdaderamente el efecto placebo» (En Rodríguez, et cols, 2010)

La Psicoterapia no ha estado libre de cuestionamientos para ser reconocida plenamente como disciplina científica (Campo-Redondo, 2004) y se plantea (Colom, 2000) que la mayoría de las intervenciones psicológicas están lastradas por problemas metodológicos difícilmente subsanables, siendo el primero de ellos la propia definición y el segundo el estilo de la intervención, referido a la posición teórica del terapeuta (Rodríguez, et cols, 2010)

Todas estas dificultades convergen en un punto (Machado, 1994, p. 117), como «sugirió Greenberg (1991), el campo de investigación en psicoterapia empezó adoptando una posición defensiva al intentar probar que la psicoterapia funcionaba, en vez de intentar descubrir cómo funcionaba, a contrario de lo que sucedió en otras ciencias, donde el proceso de descubrimiento precede a la prueba» (ibid)

El problema para explicar el efecto del

placebo y las definiciones operacionales establecidas para su comparación, pudiera radicar en el manejo del término «inespecificidad» (Critelli y Newman, 1987), con tres aristas básicas de análisis: (1) sin actividad, concepto más relacionado con la medicina, donde se busca la diferencia con la acción química; (2) características no especificadas, elementos explicativos de la acción de un tratamiento como los «ingredientes activos» de una psicoterapia (o de las esencias florales); y (3) factores comunes de todas las terapias como persuasión, sugestión, credibilidad del tratamiento, atención del terapeuta, expectativas de curación y demandas de mejoría. Sin embargo, para las EF no puede hablarse de «inespecificidad» del efecto, sino de una acción selectiva en dependencia de la esencia que se ingiera (Rivas y Cárdenas, en Rodríguez, et cols, 2010)

En Cuba, donde la utilización de las EF ha sido restringida a los profesionales de la salud capacitados para ello, la representación social de la misma en la población brinda indicios de ser positiva (Guerra y Quevedo, 2009) En el contexto donde se desarrolla esta práctica y sus condiciones de aplicación, indicadores como el poder de sugestión del terapeuta, la generación de expectativas, la calidad de la relación terapéutica, la confianza en el símbolo o la potenciación de la autoeficacia, entre otros, es altamente probable que no sean mayores que cuando se prescribe un fármaco o se realiza cualquier tipo de intervención psicológica (Rodríguez, et cols, 2010)

En el análisis de las dificultades teórico-metodológicas del uso del placebo en psicología, se toma como referente la reconceptualización del término, realizada por Choliz y Capafons (1991, p. 328), en la cual plantean que lo que es considerado placebo por una ciencia puede no serlo para otra, ya que las variables analizadas dejan de ser inocuas, inespecíficas o inertes y se convierten en parte del cuerpo categorial de la misma: «la pastilla de glucosa utilizada como analgésico no puede considerarse como un placebo en psicología [...] sino que los efectos de la intervención han sido debidos a la sugestión, expectativas o cualquier factor planteado como hipótesis» Estudios con neuroimágenes (Wager et al., 2004) de la analgesia mediante placebo, confirman el papel de la expectativa de alivio durante la fase de anticipación del estímulo doloroso (Rodríguez, et cols, 2010)

También han sido analizadas las dificultades que numerosos fármacos enfrentan al intentar diferenciar su efecto del placebo (Kirsch et al., 1998 y 2008; Ker, Stadler & Viljoen, 2000; Khan et al., 2002, y Fournier et al., 2010) Entonces, si se toma en consideración que los mecanismos de acción propuestos para las esencias florales y las variables psicológicas que su acción modifica, resulta evidente el rigor que se requiere en el diseño de los experimentos que pretendan separar ambos efectos (Rodríguez, et cols, 2010)

Además, es necesario señalar que aunque para muchos sería lo ideal, no todo el conocimiento en psicología se genera en diseños experimentales contra placebo;

existen alternativas metodológicas muy serias como los cuasi-experimentos y los diseños de línea base (Montero y León, 2005; Martín, 2008), por no hablar de una metodología cualitativa de estudio de caso (Montero y León, 2005) En fin, la psicología en las últimas décadas avanza para definir nuevas posibilidades metodológicas, pasando de la mono-metodología a la metodología mixta (Anguera, 2010; Anguera e Izquierdo, 2006, en Rodríguez, et cols, 2010)

La esencia de las flores y la Psicología.

Realizar un análisis sobre la pertinencia de incluir las esencias florales de Bach dentro de la Psicología resulta un tema extremadamente complejo. Sobre todo si se toma en cuenta que la Psicología es, como señalan Arana, Melián y Pérez (2006, p. 123), una «ciencia plural y compleja» (En Rodríguez, et cols, 2010)

Lo que hoy se cuestiona desde la complejidad es la figura epistemológica sujeto-objeto y se desplaza esta hacia otros núcleos de análisis: los contextos de praxis (Sotolongo, 2009, p. 357) Vygotski (1997a) se acercó a la comprensión de esta postura, al señalar que «la práctica reestructura toda la metodología de la ciencia» Por ello, no es de extrañar que la psicología comience a establecer relaciones con las dinámicas no lineales y las bio-ciencias, aunque sin diluirse en ellas (Rodríguez, et cols, 2010)

En definitiva, las consecuencias de toda esta división de teorías y sistemas en psicología, la sufren las ramas aplicadas. No

es de extrañar que las primeras voces que se levantaran abogando por la construcción de una psicología general (Vygotski, 1997a. p. 259), partieran «de los psicólogos prácticos, que estudian aspectos concretos de la psicología aplicada» (ibid)

En la psicología clínica puede citarse, a manera de ejemplo lo que Calviño (2005, p. 83) define como; «actuaciones profesionales de inspiración posmoderna [...] manifestaciones quien sabe si actitudinales que redefinen el sentido de las prácticas psicológicas», dentro de las que incluye la terapia floral. Se coincide con este autor cuando afirma: «Los supuestos sustentos teóricos de dichas prácticas responden o bien a creencias estructuradas y sin mayor certeza que la fe, o a elaboraciones empíricas sin la más elemental verificación [...], en estos grupos se promueve una confusión entre lo místico-religioso, lo cultural y lo científico que facilita la irrupción de “mercaderes del sufrimiento y la esperanza” con sus conocidas prácticas explotadoras y alienantes». (Calviño 2005, p. 86, en Rodríguez, et cols, 2010)

Por razones como ésta, no se erige como una apología a la obra de Bach, ni pretende validar toda práctica que con las EF se realice. Solamente se intenta explicar el espacio que deben ocupar dentro de la praxis clínica del psicólogo (Rodríguez, et cols, 2010)

Para ello, debe reconocerse que ha existido en nuestro medio un uso pragmático, y si se quiere práctico, de las EF, pero este empleo no ha venido

sustentado en un fundamento teórico y argumentado que explique su efectividad, y más aún su eficacia. Esto es un gran reto científico, que se acrecienta por el alcance bioético que su empleo puede, llegado un momento, contraer, como el uso de las múltiples diluciones que se hacen del stock original (ibid)

La problemática entonces, trata de responder a la pregunta *¿Cuál es el espacio epistemológico de las EF?* Para esto es necesario partir de determinados supuestos de carácter teórico y práctico que nos atrevemos a resumir del modo siguiente: (Rodríguez, et cols, 2010)

1. Si los mecanismos de acción que se proponen para explicar su efecto son compatibles, como ya se ha señalado, con la Bioquímica, la Fisiología, la PNIE y la Farmacología, es indudable que el espectro investigativo y asistencial de las EF se reparte multidisciplinariamente. Esto hace de las mismas un recurso que no es prerrogativa única de la Psicología, como tampoco lo es de otras ciencias afines, sino que estas muestran su utilidad en determinados contextos de praxis.

2. En su prescripción y dosificación, nacieron históricamente orientadas por un diagnóstico de emociones, estados de ánimo y estilos de personalidad característicos, conjeturados por Edward Bach, que requieren de una actualización y confirmación por parte del pensamiento psicológico; lo cual resulta una responsabilidad inmediata para los psicólogos que incursionan en esta área.

3. La identificación del patrón que compone la fórmula se hace en un marco de relación y, por tanto, están sujetas al poder de la sugestión, la generación de expectativas de curación y del potencial simbólico. Por lo que es indudable que también abren las potencialidades de su uso como placebo, sin negar el efecto de su acción a un nivel biológico.

Este camino se inicia con la definición de lo que se entiende como Sistema Diagnóstico-Terapéutico de Edward Bach y la función de las EF dentro del mismo (Rodríguez Martín, 2009, p. 8): «un esquema de trabajo para realizar el diagnóstico y tratamiento de los estados de ánimo patológicos y estilos desadaptativos de personalidad, que se encuentran en la base de las enfermedades. El diagnóstico se realiza siguiendo un grupo de clasificaciones “autónomas” y la curación se produce mediante el aprendizaje y el cambio, guiados por la acción de 38 esencias florales que entran al esquema como catalizadoras de las conversaciones terapéuticas» (Rodríguez, et cols, 2010)

Es necesario aclarar que la función de la esencia no consiste en guiar la relación terapéutica, sino en catalizar la consecución de los objetivos estratégicos previamente establecidos (ibid)

En esta definición, puede observarse que se hace alusión a una dimensión psicológica de los procesos salud-enfermedad, mediante el estudio integral de la personalidad, y se plantean acciones de

aprendizaje y cambio para, de forma implícita, optimizar las relaciones del individuo con el medio (ibid)

En cuanto a la pertinencia de los métodos, indudablemente el de elección sería el método clínico. Roca (2000, p. 11) lo define como «el estudio profundo, prolongado y multilateral de sujetos individuales -tanto sanos como enfermos- cuya individualidad es reconocida en su unicidad e irrepetibilidad, en la dimensión de su historia personal y su situación actual” (En Rodríguez, et cols, 2010)

Puede considerarse que el método clínico permitirá realmente la utilización plena de EF como recurso psicoterapéutico alternativo y complementario. Las aplicaciones terapéuticas de las mismas estarán relacionadas con los constructos de la psicología, extraídos de una práctica investigativa y sistematizada, que irían rechazando o confirmando las observaciones iniciales de Bach (ibid)

La optimización de las relaciones individuo-medio en función de las potencialidades del primero se encuentra definido explícitamente en el segundo objetivo estratégico de la terapia en SDTB, contrarrestar las perpetuaciones (Rodríguez, 2009, p.69) «En un lenguaje sencillo [...] quiere decir prevenir la cronificación de hábitos y actitudes patológicas [...] el terapeuta no solo debe neutralizarlas sino [...] conseguir que no generen nuevas dificultades. Para ello Bach nos hace una interesante recomendación: el defecto solo se erradica verdaderamente si

se potencia la virtud que lo anula [...] Orientarnos hacia el desarrollo de virtudes describe tácticas específicas...» (Rodríguez, et cols, 2010)

Resulta importante señalar que la utilización de las EF no está reñida con el cumplimiento de ninguna de las funciones del psicólogo clínico. En la brevedad de sus obras, y de forma implícita (Rodríguez Martín, 2009, p.11), Edward Bach recorre un camino para convertir al consultorio médico del futuro «en un centro de orientación y psicoterapia, donde además deberán realizarse labores de prevención y promoción de salud».

Ahora bien, en estos momentos se requiere por razones técnicas y éticas el uso de las EF como recurso terapéutico en el entorno de las acciones de intervención psicológica (Zaldívar, 2007), y específicamente en relación con la psicoterapia. La definición que se toma de psicoterapia es la ofrecida por Zaldívar, Vega y Roca (2004, p.3): «conjunto de conocimientos, actitudes, recursos terapéuticos y habilidades terapéuticas empleadas en el marco de una relación profesional de ayuda psicológica, en el tratamiento de los trastornos y los problemas de personalidad» (Rodríguez, et cols, 2010)

Estos autores plantean que existen tres categorías para los recursos terapéuticos: (1) psicológicos, basados en los aspectos comunicativos de la relación, (2) biológicos, la acción sobre neurotransmisores que inducen cambios físicos, psicológicos o

conductuales, y (3) ambientales y sociales, acciones vinculadas básicamente con modificación de roles, estatus o cambio de ambiente del sujeto ¿En cuál de ellos se ubican las EF? (ibid)

Ciertamente, aunque las EF carecen de principios activos, las particularidades de su efecto sobre el SNC (Rivas y Cárdenas, en prensa), permitirían ubicarla como un recurso biológico. Sin embargo, hoy existe evidencia a su vez, de la acción «biológica» de los recursos psicológicos (Lingan y Kay, 1998; citados por Torres-Torrija, 2009, p.186): «en tanto proceso de aprendizaje, la psicoterapia actúa en la sinapsis al igual que los psicofármacos, lo que produce nuevas conexiones e incluso cambios estructurales en el cerebro» (Rodríguez, et cols, 2010)

Entonces, se hace necesario aclarar que el patrón de información que se almacena en el agua y se transmite al organismo (Rivas, 2009), opera sobre los neurotransmisores de forma más cercana a los recursos psicológicos, pero no puede ser circunscrito a éstos al no basar su efecto en los aspectos comunicativos de relación. Las EF pudieran considerarse, en este sentido, como psicomoduladores (Rivas y Cárdenas, en prensa, en Rodríguez, et cols, 2010)

A diferencia de los psicofármacos, con las EF no se reportan interacciones, efectos adversos o contraindicaciones, y pueden ser utilizadas sin necesidad de supervisión médica. Esto, unido a que la indicación se basa en el diagnóstico de emociones, estados de ánimo o estilos de personalidad característicos, convierten al psicólogo en el

profesional idóneo para ejercer la prescripción clínica de las mismas.

Sin embargo, consideramos que el instrumento de la psicoterapia lo constituye la movilidad de la actividad psíquica o mental del enfermo en los marcos de una relación de ayuda. En este sentido se consideran las EF como un recurso complementario de la acción psicoterapéutica (Rodríguez, et cols, 2010)

PSICOTERAPIA INTEGRATIVA Y FLORES DE BACH.

El modelo Integrativo 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)

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, los cuales operan en un sistema total (Opazo, 2001) “Desde este punto de vista, el sistema Self es la esencia de nuestra personalidad (Kohut, 1971 citado en Opazo R., 2001), y expresa el balance homeostático y la coherencia sistémica de la dinámica psicológica total” (Opazo 1997, p. 37, en Opazo 2001, p.116)

El Modelo Integrativo permite una panorámica integral de los fenómenos, facilitando un proceso interaccional entre principios de influencia, conceptos movilizados, técnicas validadas y fuerzas de cambio provenientes de los seis paradigmas y de las seis funciones del Self (Opazo, 2001)

Estas funciones son: 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 (ibid)

Con la mera intención de explorar similitudes o cierta convergencia entre el EIS y el enfoque terapéutico de Bach podríamos rescatar que:

Dentro del enfoque terapéutico creado por Bach puede observarse que se hace alusión a una dimensión psicológica de los procesos salud-enfermedad, mediante el *estudio integral de la personalidad*. El diagnóstico se realiza siguiendo un grupo de clasificaciones “autónomas” y la curación se produce mediante el *aprendizaje y el cambio*, guiados por la acción de esencias

florales, como catalizadoras de las conversaciones terapéuticas, donde la función de la esencia no consiste en guiar la relación terapéutica, sino en catalizar la consecución de los objetivos estratégicos previamente establecidos (Rodríguez, et cols, 2010)

Asimismo, su estructura responde a una *concepción preliminar e integral del hombre y de su relación con el universo* (Espeche y Grecco, en Bach, 2012) Además, atiende una concepción *sistémica*, en donde las diferentes partes que lo componen no pueden separarse unas de otras, lo que hace que cualquier acción contra nosotros mismos o contra otro afecte a la totalidad y se refleje en el todo (Bach, 2012)

Por otro lado, el enfoque terapéutico de Bach, se fundamenta en un *concepto de salud integrada que se orienta a reestablecer la armonía entre el alma y la mente*; a eliminar la verdadera causa de la enfermedad y, finalmente, a la utilización de los medios físicos necesarios para completar la curación (Espeche y Grecco, en Bach, 2012), lo cual posee *características cognitivas, emocionales y fisiológicas que permiten desarrollar un estado de equilibrio, pudiendo presentar efectos positivos en diferentes paradigmas*.

De acuerdo al *paradigma biológico*, investigaciones científicas respecto a los mecanismos de acción en la intervención con Flores de Bach asignan particularidades de su efecto sobre el SNC (Rivas y Cárdenas, 2010), que permitirían ubicarla como un recurso biológico. Se ha demostrado que los

diferentes patrones de información codificada contenidos en las esencias de cada flor particular, actuarían a través de una señalización biológica en el tejido nervioso, lo cual potenciaría los mecanismos que intervienen en el aprendizaje (Rivas y Cárdenas, 2010)

Asimismo, a nivel biológico se generan cambios funcionales y estructurales, donde los procesos lábiles y mediatos se basarían inicialmente en el proceso de rápida estructuración de glúcidos de membrana que llevaría a cambios funcionales y a largo plazo a través de segundos mensajeros con acción a nivel nuclear con nueva síntesis de proteínas y crecimiento y/o poda de conexiones sinápticas, o sea cambios estructurales (Rivas y Cárdenas, 2010)

Se explica la acción de las esencias florales a corto plazo sobre *reacciones emocionales* y a largo plazo con la repetición del patrón de información de la esencia en cuestión sobre elementos más profundos de *la personalidad y la conducta* (Rivas, 2009)

Por lo tanto, se estarían afectando también el *paradigma afectivo, cognitivo y ambiental-conductual*, lo cual se podría aclarar cuando se concluye que, las esencias florales no actúan sobre una patología o afección determinada, sino que intervienen en la correcta autorregulación de las funciones celulares y titulares a través de la correcta ordenación temporal de los procesos fisiológicos a todos los niveles.

Se explica la *acción simultánea en «diferentes niveles» como el fisiológico,*

conductual, el emocional si tenemos en cuenta las bases biológicas de los procesos mentales. Es por esto que al aplicar las esencias con un objetivo muy específico, se obtienen «acciones colaterales» en todos estos «niveles» (Rivas, 2010)

En relación a las *funciones del Self*, de forma exploratoria, podríamos encontrar en el enfoque terapéutico de Bach cierta convergencia en algunos aspectos. Este enfoque brinda, clínicamente, enfoques e instrumentos de trabajo orientados a cumplir con los objetivos del tratamiento floral, que son: aliviar el dolor, concientizar, introvisonar e individualizar (Espeche y Grecco, en Bach, 2012)

En el alivio del dolor es esencial que el paciente aprenda el sentido de su dolor para que éste adquiera valor terapéutico, lo que podría vincularse a la *función de búsqueda de sentido*.

En la concientización como el proceso de amplificación o ensanchamiento de los bordes actuales de la conciencia, que implica un registro intelectual del “darse cuenta” y una vivencia que acompaña el conocimiento mental, podría vincularse a la *función de toma de consciencia*.

Al mismo tiempo, la concientización trae como resultado la mejor comprensión de la situación presente, del sentido de los síntomas y la percepción de los caminos que hay que recorrer y de los que hay que evitar para alcanzar la meta de la cura. Lo concientizado es necesario que sea puesto en la perspectiva histórica, totalizar la toma de conciencia en función de una experiencia

global de vida. Podría vincularse a la *función de toma de conciencia, de significación y conducción de vida*.

La introvisión tiene como fin lograr en el sujeto una mayor identidad, una mayor diferenciación y en última instancia, la singularización de la vida en relación a un proyecto que se extiende al futuro. Se vincularía a la *función de identidad y búsqueda de sentido*.

Por otro lado, se plantea que aún si se consideraran las EF como placebo, pudiera argumentarse su utilización en los contextos clínicos afirmando, por ejemplo, que se han convertido en recursos para la curación dada su capacidad de transformarse en un símbolo de curación para el paciente. Por lo tanto, fomentar su utilización, aun como placebo, ayudaría a reducir el consumo de fármacos, aceleraría los procesos terapéuticos, permitiría espaciar el intervalo entre las consultas y su empleo sería una buena alternativa complementaria en distintos momentos de la psicoterapia (Rodríguez, et cols, 2010)

Al respecto, se podría referir al concepto de *Estímulo Efectivo* que es propio de la Psicoterapia Integrativa, el cual se refiere a un estímulo que moviliza el sistema psicológico. De esta manera, resultaría interesante plantear la posibilidad de la terapia con Flores de Bach como un posible *estímulo efectivo* que promueva el cambio en la psicoterapia y en los pacientes.

Luego de la exploración y búsqueda de cierta convergencia entre la Psicoterapia

Integrativa y la terapia con Flores de Bach, es que finalmente, se intenta plantear que esta última consideraría un accionar terapéutico integrado, que podría resultar en alguna medida coherente como recurso complementario a la Psicoterapia Integrativa.

CONCLUSIONES

Hoy en día el interés por las prácticas no convencionales han aumentado notoriamente y la terapia de Flores de Bach es uno de los fenómenos más interesantes de la medicina alternativa contemporánea, basado en un concepto ausente de la medicina clásica: la relación entre el alma humana y la manifestación de la enfermedad, donde el interés profundo apunta a conseguir aliviar el sufrimiento psíquico.

La efectividad de las esencias florales de Bach ha sido un tema controvertido y polémico. Bach no ofreció ninguna explicación científica de cómo o por qué actuaban estos remedios, lo que ofrecía eran cientos de historias de casos de curación.

De esta manera, se han propuesto como primer paso, plantear hipótesis sobre sus posibles mecanismos de acción, consistentes con los hallazgos actuales de la ciencia, y el segundo paso, la realización de diseños de investigación que tomen en cuenta los elementos necesarios para establecer la diferenciación entre el efecto

del placebo y el de las esencias florales.

El tipo de estudio e investigación que se propone para las EF se define como científico, pues las principales ideas esbozadas pueden transformarse en hipótesis para ser contrastadas mediante la experimentación y ser verificadas o falsadas.

En las búsqueda de fuentes fidedignas en temas de investigación científica en EF se han encontrado, por ejemplo, el centro de psicología español (Cepvi) Este refiere que, han sido pocos los estudios con flores de Bach realizados correctamente, ya que muchos de los estudios las han utilizado de manera errónea. Sin embargo, existen algunas investigaciones controladas con grupos que han sido correctamente realizadas, y que demuestran la eficacia del tratamiento con flores de Bach.

Se comparten dos investigaciones científicas que resultan interesantes. La primera, con una muestra de 115 pacientes, donde se estudió la efectividad de las flores de Bach en el tratamiento de tres categorías de trastornos: ansiedad, depresión y estrés. El éxito del tratamiento se clasificó en total, parcial o ninguno, según si la remisión de los síntomas era completa o parcial. Se obtuvo un éxito total en el 67,8% de los casos, el cual aumentaba al 89% si se incluía también el éxito parcial.

Una segunda investigación, abarca la Influencia selectiva y diversificada sobre el sistema físico-químicos de las flores de Bach, donde los autores intentan responder

a la pregunta de por medio de qué mecanismos funcionan las flores de Bach y cómo sabemos que los beneficios no se deben al efecto placebo. Se encuentra que al añadir unas gotas del remedio floral, se produce un efecto muy similar a la aplicación de calor, lo cual sugería que dicha esencia había aumentado el nivel de energía de la solución.

Por otro lado, cabe destacar el gran aporte del Grupo Científico de Investigación del Sistema Diagnóstico Terapéutico de Edward Bach (GC-Bach), cuyo objetivo es promover la realización y divulgación de estudios que permitan evaluar el efecto del sistema de diagnóstico y tratamiento propuesto por Bach en concordancia con el método científico.

Se seleccionan dos investigaciones realizadas por GC-Bach, la primera, y esta vez de forma detallada, hace referencia a los mecanismos de acción de las esencias florales, donde se abarcan temáticas como, que el agua tiene un papel esencial en la transmisión de la información propia de la flor específica y que la variedad de estructuras informacionales que puede adoptar, constituye en cada esencia un patrón tipo característico que desarrolla un patrón de respuesta específico al interactuar con otra molécula y/o estructura biológica. También, se diferencian los mecanismos de acción con los fármacos convencionales y se indaga en el efecto de la terapia floral sobre el sistema nervioso central. Finalmente, se puede acceder a una explicación de la acción de las esencias florales a corto plazo sobre reacciones emocionales y, a largo plazo con

la repetición del patrón de información de la esencia en cuestión, sobre elementos más profundos de la personalidad y la conducta.

La segunda investigación, refiere a los beneficios del empleo del Sistema Diagnóstico-Terapéutico de Edward Bach en la atención a pacientes con Trastorno de Ansiedad Generalizada. Los principales resultados denotaron diferencias muy significativas en el *grupo estudio* respecto a la generalidad de las variables evaluadas en las diferentes técnicas, evidenciándose una disminución progresiva de los niveles de ansiedad. Por su parte, en el *grupo testigo* los resultados obtenidos se mantuvieron estables con una tendencia a la fluctuación en la mayoría de los casos, no existiendo notables diferencias en las comparaciones realizadas en la etapa post-experimental.

Luego, se han expuesto las principales ideas que avalan la utilización de las esencias florales de Bach (EF) como un recurso de la acción terapéutica de amplias posibilidades. Se abordaron las razones para el uso científico de las EF en su relación con la Psicología Clínica, y en particular con la Psicoterapia; así como las diferencias probables entre su efecto y el del placebo.

El método de tratamiento mediante las esencias florales (EF) no ha sido sistemáticamente analizado por los profesionales de la psicología y la medicina, aun después de que la OMS en 1975 sugiriera su utilización como una modalidad de medicina alternativa.

El uso de las esencias florales, como todo lo que se presenta nuevo en el terreno asistencial, ha tenido que enfrentar resistencia. Sus principales detractores, ante la evidencia de que se ha impuesto su utilización y reconocimiento universal, se han visto obligados a realizar múltiples cuestionamientos, siendo el más frecuente el denominar placebo al efecto que se obtiene de este tratamiento.

Al respecto, se ha señalado que, aun si se consideraran las EF como placebo, pudiera argumentarse su utilización en los contextos clínicos afirmando, por ejemplo, que se han convertido en recursos para la curación dada su capacidad de transformarse en un símbolo de curación para el paciente. Por lo tanto, fomentar su utilización, aun como placebo, ayudaría a reducir el consumo de fármacos, aceleraría los procesos terapéuticos, permitiría espaciar el intervalo entre las consultas y su empleo sería una buena alternativa complementaria en distintos momentos de la psicoterapia.

Otro problema más preocupante relacionado con la resistencia que se le hace al uso de la EF radica en las pretensiones pseudocientíficas, místicas o metafísicas, de una parte de sus seguidores atraídos por la belleza y originalidad de esta terapia.

Por esta razón, se aborda la necesidad de profundizar en la formación de este tipo de terapeuta e integrar la terapia floral en los cuerpos de otras ciencias. La utilización de las EF, concebidas dentro del Sistema

Diagnóstico-Terapéutico de Edward Bach (SDTB), es dinámica y admite con un trabajo de elaboración científica ser insertada en el cuerpo instrumental de la Psicología, específicamente en la clínica (Orozco, 2010)

De esta forma, exponen las principales ideas que avalan la utilización de EF en contextos clínicos, como recurso complementario de la psicoterapia. Se defiende que la elección de las EF para la composición de la fórmula se realice con adecuación al método clínico, mediante el diagnóstico individual.

En cuanto a otras consideraciones sobre el efecto placebo, refieren que el principal problema que enfrentan las investigaciones que se decidan a comparar el efecto de las EF con el del placebo, radica en que la acción de ambos, al ser preparados sin sustancias farmacológicamente activas, puede ser confundida.

Se analizan los mecanismos que se proponen para la acción de las EF y se señala que es altamente probable que el efecto de éstas se encuentre en la zona de convergencia del área de acción de la psicoterapia y la de los psicofármacos.

Cabe recordar que, no todo el conocimiento en psicología se genera en diseños experimentales contra placebo; existen alternativas metodológicas muy serias como los cuasi-experimentos y los diseños de línea base, por no hablar de una metodología cualitativa de estudio de caso. En fin, la psicología en las últimas décadas avanza para definir nuevas posibilidades

metodológicas, pasando de la mono-metodología a la metodología mixta.

Por otro lado, en cuanto a las esencias florales de Bach y la Psicología, se ha reconocido que realizar un análisis sobre la pertinencia de incluir las EF dentro de la Psicología resulta un tema extremadamente complejo, sobre todo si se toma en cuenta que la Psicología es una «ciencia plural y compleja».

Asimismo, se ha reconocido la existencia de un uso pragmático y práctico de las EF, el cual no ha venido sustentado en un fundamento teórico y argumentado que explique su efectividad, y más aún su eficacia. Esto es un gran reto científico, que se acrecienta por el alcance bioético que su empleo puede contraer.

De acuerdo a la problemática sobre el espacio epistemológico de las EF, se señalan supuestos de carácter teórico y práctico que concluyen; primero, de acuerdo a los mecanismos de acción que se proponen para explicar su efecto, el espectro investigativo y asistencial de las EF se reparte multidisciplinariamente, lo cual hace de las mismas un recurso que no es prerrogativa única de la Psicología, ni de otras ciencias afines, sino que muestran su utilidad en determinados contextos de praxis.

Segundo, en su prescripción y dosificación, las EF nacieron históricamente orientadas por un diagnóstico de emociones, estados de ánimo y estilos de personalidad característicos, que requieren de una

actualización y confirmación por parte del pensamiento psicológico; lo cual resulta una responsabilidad inmediata para los psicólogos que incursionan en esta área.

Y tercero, la identificación del patrón que compone la fórmula se hace en un marco de relación y, por tanto, están sujetas al poder de la sugestión, la generación de expectativas de curación y del potencial simbólico. Por lo que es indudable que también abren las potencialidades de su uso como placebo, sin negar el efecto de su acción a un nivel biológico.

Este camino se inicia con la definición de lo que se entiende como Sistema Diagnóstico-Terapéutico de Edward Bach y la función de las EF dentro del mismo, donde se hace alusión a una dimensión psicológica de los procesos salud-enfermedad, mediante el estudio integral de la personalidad, y se plantean acciones de aprendizaje y cambio para, de forma implícita, optimizar las relaciones del individuo con el medio. Se aclara que la función de la esencia no consiste en guiar la relación terapéutica, sino en catalizar la consecución de los objetivos estratégicos previamente establecidos (Rodríguez, et cols, 2010)

En cuanto a la pertinencia de los métodos, el de elección sería el método clínico, el cual se considera que permitirá realmente la utilización plena de EF como recurso psicoterapéutico alternativo y complementario. Las aplicaciones terapéuticas de las mismas, estarán relacionadas con los constructos de la

psicología, extraídos de una práctica investigativa y sistematizada, que irían rechazando o confirmando las observaciones iniciales de Bach.

Ahora bien, se requiere por razones técnicas y éticas el uso de las EF como recurso terapéutico en el entorno de las acciones de intervención psicológica y, específicamente en relación con la psicoterapia.

Se plantean tres categorías para los recursos terapéuticos: (1) psicológicos, basados en los aspectos comunicativos de la relación, (2) biológicos, la acción sobre neurotransmisores que inducen cambios físicos, psicológicos o conductuales, y (3) ambientales y sociales, acciones vinculadas básicamente con modificación de roles, estatus o cambio de ambiente del sujeto.

Aunque las EF carecen de principios activos, las particularidades de su efecto sobre el SNC permitirían ubicarla como un recurso biológico. Sin embargo, hoy existe evidencia a su vez, de la acción «biológica» de los recursos psicológicos, ya que en tanto proceso de aprendizaje, la psicoterapia actúa en la sinapsis al igual que los psicofármacos, lo que produce nuevas conexiones e incluso cambios estructurales en el cerebro.

A diferencia de los psicofármacos, con las EF no se reportan interacciones, efectos adversos o contraindicaciones, y pueden ser utilizadas sin necesidad de supervisión médica. Esto, unido a que la indicación se basa en el diagnóstico de emociones, estados de ánimo o estilos de personalidad

característicos, convierten al psicólogo en el profesional idóneo para ejercer la prescripción clínica de las mismas.

Sin embargo, se considera que el instrumento de la psicoterapia lo constituye la movilidad de la actividad psíquica o mental del enfermo en los marcos de una relación de ayuda. En este sentido, se consideran las EF como un recurso complementario de la acción psicoterapéutica.

Por otra parte, en la búsqueda de una convergencia entre la Psicoterapia Integrativa y la terapia con Flores de Bach, se intenta plantear que esta última consideraría un accionar terapéutico integrado, que podría resultar en alguna medida coherente como recurso complementario a la Psicoterapia Integrativa.

Para esto, se exploran similitudes entre el EIS y el enfoque terapéutico de Bach, donde se abarcan, en éste último, temáticas como la dimensión psicológica de los procesos salud-enfermedad, mediante el *estudio integral de la personalidad* y la curación que se produce mediante el *aprendizaje y el cambio*.

El enfoque terapéutico de Bach, se fundamenta en un *concepto de salud integrada que se orienta a reestablecer la armonía entre el alma y la mente*; lo cual posee *características cognitivas, emocionales y fisiológicas que permiten desarrollar un estado de equilibrio, pudiendo presentar efectos positivos en*

diferentes paradigmas.

Se explica la acción de las EF a corto plazo sobre *reacciones emocionales* y a largo plazo con la repetición del patrón de información de la esencia en cuestión sobre elementos más profundos de *la personalidad y la conducta* (Rivas, 2009) Por lo tanto, se estarían afectando también el *paradigma afectivo, cognitivo y ambiental-conductual*. Se explica la *acción simultánea en «diferentes niveles» como el fisiológico, conductual, el emocional* si tenemos en cuenta las bases biológicas de los procesos mentales. Es por esto que al aplicar las esencias con un objetivo muy específico, se obtienen «acciones colaterales» en todos estos «niveles» (Rivas, 2010)

En relación a las *funciones del Self*, se exploran dentro del enfoque terapéutico de Bach cierta convergencia en algunos aspectos. Clínicamente, brinda enfoques e instrumentos de trabajo orientados a cumplir con los objetivos del tratamiento floral, que son: aliviar el dolor, concientizar, introvisiónar e individualizar, los cuales podrían vincularse a diferentes funciones del self.

Por otro lado, se plantea la posibilidad de la terapia con Flores de Bach como un posible *estímulo efectivo* que promueva el cambio en la psicoterapia y en los pacientes. Esto se podría explicar, debido a que las EF se han convertido en recursos para la curación, dada su capacidad de transformarse en un símbolo de curación para el paciente. Entonces, fomentar su utilización, aun como placebo, ayudaría a reducir el consumo de fármacos, aceleraría los procesos terapéuticos, permitiría

espaciar el intervalo entre las consultas y su empleo sería una buena alternativa complementaria en distintos momentos de la psicoterapia.

Por último, cabe mencionar que si bien, la terapia con flores de Bach y la Psicoterapia Integrativa podrían resultar consistentes, debería existir algún manejo especial para poder integrarlas y establecer cuáles son sus límites y alcances para una posible inclusión de la terapia floral, como un recurso válido complementario al proceso psicoterapéutico y al bienestar del paciente.

Bibliografía

Bach, E. (2012) *Bach por Bach. Obras Completas*. Escritos Florales. Continente. Buenos Aires.

Bach, E. (2004) *Obras Completas*. Océano. Barcelona.

Bach, E. (1993) *La curación por las flores*. Vol. 148. Edaf. Madrid.

Bagladi, V. (2010) *Enfoque Integrativo Supraparadigmático*. Revista Actualizaciones en Psicoterapia Integrativa. Vol. II. ICPSI, Santiago.

Bannerman, R., Burton, J., Wen-chieh, C. (1983) *Medicine Traditionelle et Couverture des Soins de Santé*, OMS, Ginebra.

Blome G. (1993) *La curación por las flores de Bach*. Robinbook. Barcelona.

Ernst, E. (2010) *Bach flower remedies: a systematic review of randomised clinical trials*. Swiss Medical Weekly.

GC-Bach (2009) Cuadernos de Investigación I. Feijóo: Santa Clara.

GC-Bach (2010) Cuadernos de Investigación II. Hacia una práctica basada en la evidencia. Feijóo. Santa Clara.

Gentz BA. (2001) *Alternative therapies for the management of pain in labor and delivery*. Clin Obstet Gynecol, 44 (4)

Gill-Sutton, J. y Iroka, A. (2017) *La Crisis de la Medicina Basada en la Evidencia*. Revista Mundonuevo. 19(116) Santiago.

Hammami, M. M., Al-Gaai, E. A., Alvi, S. y Hammami, M. B. (2010) *Interaction between drug and placebo effects: a cross-over balanced placebo design trial*. Trials, 11(1)

Kandel, E. (2001) *Mecanismos celulares del aprendizaje y sustrato biológico de la individualidad*, Principios de Neurociencia, McGraw-Hill, Barcelona.

Knipschild P. (2000) *Alternative treatments: Do they work?* The Lancet. 356, S4.

Llonch M. (2005) *Esencias florales, un mundo fascinante*. Revista Rol de Enfermería, 28(5)

Mills S.Y. (2001) *Regulation in complementary and alternative medicine*. BMJ: British Medical Journal, 322(7279), 158.

Muñoz Sellés, E. (2007) *Las flores de Bach en obstetricia*. Matronas profesión, 8(2) Cataluña.

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

Orozco, R. (2010) *Flores de Bach: 38 descripciones dinámicas*, El Grano de Mostaza, Barcelona.

Orozco, R. y Hernández Rosety, C. (2013) *Flores de Bach Recursos y estrategias terapéuticas*, El Grano de Mostaza, Barcelona.

- Rivas, S. (2009)** *Mecanismo de acción de las esencias florales: una aproximación*. GC-Bach. Cuadernos de Investigación I, Feijó, Santa Clara.
- Rivas, S. y Cárdenas, R. (2010)** *Nuevas consideraciones sobre los mecanismos de acción de las esencias florales*. GC-Bach. Cuadernos de Investigación II. Hacia una práctica basada en la evidencia. Feijóo. Santa Clara.
- Rodríguez-Martín BC. (2009)** *Beneficios del empleo del Sistema Diagnóstico-Terapéutico de Edward Bach en la atención a pacientes con Trastorno de Ansiedad Generalizada*. GC-Bach. Cuadernos de Investigación I, Feijó, Santa Clara.
- Rodríguez-Martín, BC. y Rodríguez Méndez, L. (2010)** *Esencias florales, efecto placebo y psicoterapia*. GC-Bach, Cuadernos de Investigación II. Hacia una práctica basada en la evidencia. Feijóo. Santa Clara.
- Rodríguez-Martín BC. (2009)** *El Sistema Diagnóstico-Terapéutico de Edward Bach: apuntes para una sistematización necesaria*, Twelve Healers Trust, Reino Unido.
- Rodríguez-Martín, BC. (2012)** *Esencias Florales de Bach: efecto del White Chestnut sobre los pensamientos intrusos indeseados*. Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas, 32(2)
- Saraví, Fernando (1993)** *La Trampa de las Medicinas Alternativas*, Clíe, Barcelona.
- Scheffer, M. (1992)** *La Terapia floral de Bach. Teoría y práctica*. Urano. Barcelona.
- Thaler, K., Kaminski, A., Chapman, A., Langley, T. & Gartlehner, G. (2009)** *Bach Flower • Remedies for psychological problems and pain: a systematic review*. BMC Complement Altern Med.
- Veilati, S. (2013)** *Terapia Floral Integrativa*, Edaf, Madrid.
- Vendrell J. (2002)** *Terapia floral del Dr. Edward Bach (II part)*. Inf de Ponent. Des-Gen; 3: 4-5.
- Wolf, R. F. y Forbes, C. A. (2010)** *Can complementary medicine be based on evidence?* Swiss Med Wkly.
- <http://www.sedibac.org>** *Societat per a l'Estudi i la Difusió de la Teràpia del Dr. Bach de Catalunya*.
- <http://www.gcbach.com>** *Grupo Científico de Investigación del Sistema Diagnóstico Terapéutico de Edward Bach*.
- <http://www.cepvi.com>** *Centro de Psicología Virtual*.

La Estimulación Bilateral Alternada y su Correlato Neurofisiológico: Indagaciones sobre su Eficacia en el Tratamiento de Diversas Problemáticas Clínicas

*Ps. Catalina Jara Stefoni, O**

Abstract

This paper, based on some recent research, seeks to deepen understanding about the mechanisms involved in the efficacy of desensitization and reprocessing psychotherapy through ocular movements (EMDR) and Techniques of brain integration (TIC). Based on alternating Bilateral stimulation (EB), exposes descriptive aspects of these studies and some reflections, which seek to bring understanding and emphasize the action of alternating EB, as a technique whose Stimulation of brain biology, facilitates the improvement and correction of certain symptoms or disorders. Thus, we present the short description of 3 recent research, with differential results in some aspects, but that allow us to discuss the relevance of EB in the process of reminding and emotional integration. Subsequently, the ICT protocol for hemispheric spectacles is briefly described. Although there are no investigations to date that can account for changes in brain activity during and after the use of the technique of hemispheric spectacles, the clinical experience shows its effectiveness in desensitization and Reprocessing, not only of traumatic memories, but also in the reversal of a variety of symptoms and conditions of a psychic nature.

Key Words: *Psychotherapy through ocular movements (EMDR) and Techniques of brain integration (TIC), Alternating Bilateral stimulation (EB)*

Resumen

El presente trabajo, basado en algunas investigaciones recientes que pretenden profundizar el entendimiento acerca de los mecanismos implicados en la eficacia de la Psicoterapia de Desensibilización y Reprocesamiento a Través de Movimientos Oculares (EMDR) y las Técnicas de Integración Cerebral (TIC), basadas en la Estimulación Bilateral (EB) alternada, expone aspectos descriptivos de estos estudios y algunas reflexiones, que buscan acercar la comprensión y enfatizar la acción de la EB alternada, como una técnica cuya estimulación de la biología cerebral, facilita la mejoría y corrección de ciertos síntomas o trastornos. Así, se presenta la descripción breve de 3 investigaciones recientes, con resultados diferenciales en algunos aspectos, pero que nos permiten discutir la relevancia de la EB en el proceso de modificación de recuerdos e integración emocional. Posteriormente, se describe de manera breve el protocolo de la TIC de los Anteojos Hemisféricos. Si bien no existen a la fecha investigaciones que puedan dar cuenta de los cambios en la actividad cerebral durante y con posterioridad al empleo de la técnica de los Anteojos Hemisféricos, la experiencia clínica muestra su efectividad en la desensibilización y reprocesamiento, no solamente de memorias traumáticas, sino que también en la reversión de una variedad de síntomas y afecciones de carácter psíquico.

Palabras Claves: *Psicoterapia de Desensibilización y Reprocesamiento a Través de Movimientos Oculares (EMDR), Técnicas de Integración Cerebral (TIC), Estimulación Bilateral (EB).*

INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas, es innegable el aporte que han realizado las neurociencias en cuanto a mostrar el correlato biológico que tiene la acción de la palabra y diferentes estrategias y técnicas psicoterapéuticas, por cuanto se traducen en cambios bioquímicos en el cerebro. La contundencia con que la investigación nos ha ido mostrando los cambios funcionales en el cerebro, nos compele a centrar esfuerzos de estudio en el entendimiento y mejoramiento de los mecanismos de estrategias terapéuticas que pueden potenciar la influencia sobre estos cambios funcionales, como una manera de efectivizar el proceso de recuperación de pacientes aquejados por diversidad de síntomas o trastornos psicológicos. Más allá del enfoque o teoría en que se sustente una determinada intervención, todas apuntan a conseguir los mismos resultados, una mejoría en el estado actual del paciente (Vela, 2009, Noviembre). A través de algunos abordajes psicoterapéuticos y técnicas específicas de trabajo, hemos podido observar durante los últimos años que el vehículo principal del tratamiento, la comprensión de la fenomenología del paciente, el origen de sus padecimientos actuales y las estrategias que movilizarán el cambio, no necesariamente se centran de manera exclusiva en la palabra-lenguaje hablado, pudiendo este incluso estar ausente, ante el empleo de métodos que estimulan actividad funcional cerebral inductora de estados afectivos y asociaciones más positivas para el paciente

respecto de su problemática. Tal es el caso de la Psicoterapia de Desensibilización y Reprocesamiento a Través de Movimientos Oculares (EMDR) y las Técnicas de Integración Cerebral (TIC®), las cuales se basan en la Estimulación Bilateral (EB) alternada para facilitar dichos cambios. Si bien, se ha discutido y se discute hasta hoy el mecanismo por el cual estas técnicas y abordajes psicoterapéuticos estimulan y producen el cambio terapéutico, las investigaciones, así como la experiencia clínica, muestran el impacto dinamizador de la EB alternada y su correlato biológico funcional en el cerebro (Pagani, Högberg, Fernández, Siracusano, 2015).

Basándonos en algunas investigaciones recientes que pretenden profundizar el entendimiento acerca de los mecanismos implicados en la eficacia de la Psicoterapia EMDR, el presente trabajo expone aspectos descriptivos de estos estudios y algunas ideas personales, que buscan acercar la comprensión y enfatizar la acción de la EB alternada, como una técnica cuya estimulación de la biología cerebral, facilita la mejoría y corrección de ciertos síntomas o trastornos. Así, se presenta la descripción breve de 3 investigaciones recientes, con resultados diferenciales en algunos aspectos, pero que nos permiten discutir la relevancia de la EB en el proceso de modificación de recuerdos e integración emocional. Se han escogido investigaciones cuyo foco de estudio estuvo en recuerdos displacenteros y no en memorias traumáticas, dado que las segundas han sido atención de variadas investigaciones

previas que han mostrado la efectividad de la Psicoterapia EMDR, así como para esclarecer la eficacia de las TIC® más allá del tratamiento del trauma psicológico, sino que con impacto favorable en diversidad de problemáticas clínicas.

Posteriormente, se describe de manera breve el protocolo de la TIC® de los Anteojos Hemisféricos® (Solvey & Solvey, 2008), la cual también usa como eje de estimulación neurofisiológica la EB alternada a través de la luz, como una técnica complementaria, basada en principios similares y que propicia la corrección y mejoría sintomática, así como de algunos trastornos particulares. Se finaliza el presente trabajo mostrando la descripción breve de un caso clínico, puntualmente de 2 sesiones durante las cuales se trabaja un síntoma de larga data con Anteojos Hemisféricos®.

Si bien no existen a la fecha investigaciones que puedan dar cuenta de los cambios en la actividad cerebral durante y con posterioridad al empleo de la técnica de los Anteojos Hemisféricos®, la experiencia clínica muestra su efectividad en la desensibilización y reprocesamiento, no solamente de memorias traumáticas, sino que también en la reversión de una variedad de síntomas y afecciones de carácter psíquico. Y aunque la estrategia de EB difiere de aquella empleada en la Psicoterapia EMDR, pues se realiza mediante estimulación lumínica inter-hemisférica contra-lateral, basa igualmente su acción en la EB alternada, sugiriendo observar y continuar prestando atención a la capacidad que tiene ésta para producir

una activación del sistema parasimpático, con un consecuente aumento de la sensación de tranquilidad y reprocesamiento de memorias perturbadoras.

La Estimulación Bilateral Alternada como Eje Troncal de las TIC® y el Tratamiento de diversas Problemáticas Clínicas

Para hablar acerca de los mecanismos de acción que operarían a la base de la Psicoterapia EMDR, y aquellos hipotéticamente probables en las TIC®, con el objetivo de resaltar la gravitación de la EB en el proceso de integración emocional, es necesario repasar brevemente el correlato neurofisiológico funcional y estructural que se ha observado a nivel cerebral ante el Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) y la acción de la Psicoterapia EMDR. Según Pagani et al. (2015), estudios funcionales y estructurales han mostrado alteraciones neurobiológicas significativas durante la evocación de eventos traumáticos autobiográficos (Bremner, 2007 citado en Pagani et al.). Específicamente, en el caso del TEPT se han encontrado cambios en el metabolismo, la afluencia sanguínea y el volumen de materia gris en el hipocampo, la amígdala, el córtex prefrontal medial, el cíngulo anterior y posterior y el córtex temporal (Pagani et al.), todas regiones pertenecientes al sistema límbico implicado en el procesamiento emocional. Respecto de este punto, uno de los mecanismos hipotetizados detrás de la eficacia de EMDR, radica en la sobre activación de la amígdala dada la sobrepotenciación en sus sinapsis

de los receptores del ácido alfaamino-3hidroxi-5-metil-4-isoxazol (AMPA), lo que se traduce en un encierro del recuerdo traumático que impide su desplazamiento, mediante el cíngulo anterior, a recuerdo cognitivo para ser almacenado adecuadamente (Pagani et al.). La estimulación bilateral empleada durante la Psicoterapia EMDR, según esta línea argumentativa, produciría una excitación neuronal de unos 2 Hz que despolarizaría las sinapsis de la amígdala, con un consecuente impacto neurobiológico positivo facilitador del acceso de las memorias traumáticas a áreas del córtex cerebral (Pagani et al., 2012). Así mismo, estudios de la hemodinamia con SPECT antes y después de la aplicación de Psicoterapia EMDR, han mostrado cambios significativos en el flujo sanguíneo que apuntan a una inversión de éste post tratamiento, en relación a un mayor influjo hacia áreas del córtex pre frontal, versus el área de la amígdala. Lo anterior, podría reflejar una mayor regulación sobre esta última y una mayor estabilidad de su hiperactivación patológica, con una consecuente reducción de los síntomas somatosensoriales de ansiedad (Pagani et al., 2015), correlato biológico coherente con lo que se observa en la experiencia clínica. Así también, algunos estudios han mostrado el aumento del tamaño del hipocampo, relacionado a la memoria, navegación espacial e inhibición de aprendizajes disfuncionales previos, así como una disminución de la densidad de la materia gris de zonas límbicas, tras el tratamiento con Psicoterapia EMDR (Pagani et al., 2007 en Pagani et al.).

Mención especial merecen los hallazgos de Pagani et al. (2012), respecto de la activación eléctrica del cerebro con Electroencefalografía (EEG), quienes estudiaron durante y después de la aplicación de Psicoterapia EMDR en pacientes altamente traumatizados, la respuesta funcional de áreas cerebrales durante el proceso. Señalaron diferencias significativas entre el grupo experimental y control, tanto al recordar-escuchar la memoria autobiográfica traumatizante, así como durante la aplicación de la EB. Las diferencias principales concernían a una mayor actividad de zonas orbitofrontales, sobre todo del hemisferio izquierdo, contra una mayor activación en el grupo control de grandes áreas del lóbulo temporal y parietal, sobre todo del hemisferio derecho. El estudio muestra además, el correlato neurobiológico de la EB en el aumento de la actividad eléctrica de regiones límbicas mientras el recuerdo o relato se producía (correlato neurobiológico que encontramos además durante la re experimentación del trauma-hiperactivación emocional), en paralelo a un aumento de la actividad de áreas corticales, asociadas a la integración, codificación y recuperación de recuerdos autobiográficos y episódicos, el procesamiento emocional, la conciencia interoceptiva y la experiencia autorreferencial consciente (Nardo et al., 2010, citado en Pagani et al.).

En la investigación que a continuación se describe, a saber Electroencephalography Coherence, Memory Vividness, and Emotional Valence Effects of Bilateral Eye Movements During Unpleasant Memory

Recall and Subsequent Free Association: Implications for Eye Movement Desensitization and Reprocessing, Yaggie et al. (2015) examinan los efectos de la EB durante la evocación de memorias displacenteras, seguidas de asociaciones libres. Se ha optado por discutir este estudio, así como los dos subsecuentes, entre otras cosas, porque sus investigadores han escogido como variable dependiente recuerdos displacenteros, pero no traumáticos, con lo cual se pretende estrechar la diferencia a la hora de afirmar que la EB también puede ser eficaz en el tratamiento de sintomatología y problemáticas diversas, que no necesariamente han emergido a consecuencia de eventos traumáticos.

Cuarenta y seis mujeres no pacientes, fueron aleatoriamente asignadas a tres condiciones: EB-Movimientos Oculares (MO), ojos fijos al centro de un tablero donde se desplazaba una luz a los lados horizontalmente, o simplemente ojos fijos en un punto al frente, mientras evocaban un recuerdo displacentero moderado y seguido de asociaciones libres. Se medía la actividad eléctrica cerebral de los participantes a través de EEG, durante un minuto mientras realizaban asociaciones libres con la memoria original, tras cada una, de cinco administraciones de la condición experimental por 24s. Tras cada una de estas administraciones, se midió la vividez y valencia emocional del recuerdo original con escalas visuales analógica (EVA). Incluyen asociaciones libres inmediatamente después de los MO para evaluar el papel que podría relevar ésta,

como un factor determinante en la reducción de afectos negativos relacionados a la evocación de un recuerdo traumático que el protocolo de EMDR trabaja, efectos que hasta la fecha habían sido asignados por variadas investigaciones a los MO. La condición ojos fijos al centro de un tablero donde se desplazaba una luz a los lados horizontalmente, se utilizó para discernir si los MO físicos son necesarios para predecir el aumento de la coherencia eléctrica en ciertas zonas cerebrales.

En el artículo que da cuenta de esta investigación, Yaggie et al. (2015) parten por exponer brevemente las elaboraciones explicativas y/o modelos basados en los hallazgos cerebrales principales a la fecha, en relación a la acción de la Psicoterapia EMDR y específicamente de los MO; “la memoria traumática puede inhibir la respuesta de orientación a los movimientos oculares” (Denny, 1995, citado en Yaggie et al., p. 79); “la respuesta de orientación a los movimientos MO sirve para extinguir y propiciar una reformulación del estímulo condicionado aversivamente” (Armstrong & Vaughan, 1996, citados en Yaggie et al., p. 79); “los MO encienden un reflejo de reaseguramiento de elementos viscerales positivos de la respuesta de orientación” (MacCulloch & Feldman, 1996, citado en Yaggie et al., p. 79); “los MO alternan la vividez de experiencias traumáticas en la memoria de trabajo visoespacial” (Andrade et al., 1997, citado en Yaggie et al., p. 79); “los MO reinician el marcapaso de células que dirigen un aumento de la conectividad funcional de los hemisferios” (Bergmann, 1998, citado en Yaggie et al., p. 79); “los

movimientos oculares integran memorias traumáticas en la memoria semántica y otras neuroredes de memoria neocorticales” (Bergmann, 2000, citado en Yaggie et al., p. 79); “los MO inducen la sincronización y conexión funcional de la actividad neurológica de los hemisferios cerebrales previamente desconectados” (Servan-Schreiber, 2000, citado en Yaggie et al. p. 79); “los MO facilitan la integración de memorias traumáticas en neuroredes de memoria semántica a través de la reducción colinérgica en las memorias episódicas hipocampales y los afectos negativos propiciados por la sobre activación amigdaliana” (Stickgold, 2002, citado en Yaggie et al., p. 79); “los MO restauran las asociaciones bilaterales entre las subdivisiones cognitivas y afectivas del córtex cingulado anterior” (Corrigan, 2002, citado en Yaggie et al., p. 79); “la baja frecuencia de los MO despotencian las sinapsis de las memorias de miedo de la zona límbica” (Rasolkhani-Kalhorn & Harper, 2006, citado en Yaggie et al. p. 79). Como podemos apreciar, la mayoría de los modelos mencionados, se basan en la activación de zonas cerebrales cuyas funciones se asocian al procesamiento cognitivo de memorias emotivas, en áreas relacionadas al neocortex que son capaces de regular la actividad de la zona límbica sobre activada ante la evocación de memorias o estímulos asociados a memorias traumáticas. Tras esta breve exposición y en relación a sus resultados, Yaggie et al. se proponen la generación de un modelo que intente integrar a los anteriores.

En el estudio se pudo observar una disminución en la escala de vividez y valía emocional negativa de la imagen en los tres grupos, tras los ensayos. Sin embargo, se observa que con MO, hay un decrecimiento mayor de la valía displacentera de las emociones, aunque no sea estadísticamente significativa. Así mismo, y como se mencionó más arriba, no se observa un aumento significativo de la coherencia interhemisférica, aunque en el grupo con MO se observa un aumento de ondas Beta y Gama en la zona frontal, en coherencia con estudios anteriores que observaban una mayor actividad de esta misma zona cerebral, sugiriendo que los MO son necesarios para afectar e incrementar la actividad de zonas corticales. Al parecer el acto físico de mover los ojos hacia ambos lados es requerido para facilitar el incremento de conexiones neurales. Por otra parte, los resultados muestran que los efectos de la asociación libre en relación a una memoria displacentera, seguidas a los MO mientras se evoca la misma memoria, incrementan la coherencia intrahemisférica derecha, primariamente ondas Theta y Beta asociadas a la participación de la imaginación, la creatividad, la resolución de problemas, el procesamiento perceptual, estados disociativos y con el procesamiento de la memoria episódica. Este incremento en la coherencia derecha hemisférica de ondas Theta y Beta, probablemente indica la presencia del procesamiento perceptual de componentes afectivos ante recuerdos displacenteros, Los resultados son similares a aquellos obtenidos por Keller, Stevens, Lui, Murray, Yaggie (2014), en que se

observa un incremento en la actividad de regiones circunscritas del córtex (las cuales corresponden a regiones envueltas en el procesamiento ejecutivo de información, la toma de decisiones, la planeación, el comportamiento prosocial), durante las asociaciones libres tras los MO y mientras se evoca un recuerdo displacentero o perturbador.

Respecto del decrecimiento en la medición subjetiva de los participantes del estudio acerca de la vividez y valía emocional de los recuerdos displacenteros, los investigadores piensan que los resultados (a diferencia de aquellos de estudios anteriores en que sólo emplean MO y se observa tal decrecimiento), podrían deberse a que la asociación libre tras los MO que se usa en este estudio, pudiera estar debilitando el recuerdo original displacentero y abriendo paso a que los examinados incorporaran asociaciones nuevas al recuerdo original. Siguiendo esta línea argumentativa, los autores de la presente investigación aluden a la atención dual como mecanismo de debilitamiento del recuerdo displacentero original, pues mediante la misma memoria, Memoria de Trabajo (MT), el sujeto debe mantener su atención paralelamente en los MO y el recuerdo evocado. El debilitamiento de la imagen evocada tendría además que ver con el hecho de que son posibles nuevas asociaciones que interfieren con el recuerdo original. Se plantea que la asociación libre en sí misma, al introducir nuevos contenidos, difumina el recuerdo original. Una inquietud de carácter personal al respecto es ¿por qué ante tal

debilitamiento del recuerdo displacentero original, son asociaciones positivas las que realiza espontáneamente el sistema psíquico? O, en otras palabras, ¿qué impide que las asociaciones conduzcan a recuerdos o cogniciones negativas, más aún estando una neurored de valía negativa activada?. Al parecer, la respuesta en lo que la evidencia hasta ahora ha mostrado, se encuentra en la activación de zonas corticales que permiten una inhibición de la actividad de la amígdala y el miedo, probablemente facilitada a través de los MO realizados con inmediata antelación a la asociación libre.

Por otra parte, el hecho de que en los tres grupos que constituyeron el presente estudio, se observara un decrecimiento de la vividez y valía displacentera del recuerdo, a diferencia de estudios previos en que sólo el grupo con MO presenta tal decrecimiento, podría deberse a la naturaleza de los recuerdos displacenteros, pero no traumáticos, lo cual también constituye una diferencia con estudios anteriores en que se han utilizado como foco de evaluación estos últimos. Según Yaggie et al. (2015), lo anterior podría deberse a que, en los recuerdos no traumáticos, no se requiere de la recuperación de aspectos parciales del recuerdo fragmentado. Lo que lleva directamente el recuerdo a una gradiente de debilitamiento. Al contrario, en el recuerdo traumático pareciera ser que, deben primero recuperarse aspectos parciales, antes de debilitarlo, para posteriormente reprocesarlo de manera

integrada en sistemas de procesamiento semánticos.

Una hipótesis de carácter personal, no sugerida por Yaggie et al. (2015), es que los recuerdos displacenteros utilizados en la presente investigación (puntuados en una escala de unidades subjetivas de perturbación por debajo de 5 puntos, donde la máxima perturbación se asocia a 10 y ausencia de perturbación a 0 puntos), podría no estar correlacionada neurofisiológicamente con una sobre activación de la amígdala y, sobre todo, una desactivación parcial de áreas corticales encargadas, entre otras funciones, de la regulación e inhibición de la anterior. Dicho esto, estaría a disposición o mantenida la capacidad de regulación e integración cognitiva del recuerdo displacentero, sin requerir necesariamente de estimulación adicional para este proceso y para la disminución de su valía negativa, más allá del detenimiento y atención focalizada en éste durante algún tiempo. Esto podría explicar el que, aunque fuera una diferencia no significativa, el grupo con MO presentara un mayor decrecimiento en la evaluación de la vividez y perturbación del recuerdo displacentero original. Estaríamos ante la creencia putativa de que nuestro sistema de procesamiento y regulación emocional ante recuerdos displacenteros conservaría su capacidad de activarse ante la señal de observarlos concentradamente. Para el caso de recuerdos displacenteros o perturbadores de mayor valía negativa emocional y/o traumáticos, esta capacidad de regulación e integración emocional estaría suspendida e impedida hasta la

señal de activación que los MO oculares son capaces de inducir en nuestro sistema neurofisiológico. Y quizás el que las asociaciones posteriores tiendan a ser más positivas o, dicho de otro modo, vayan disminuyendo paulatinamente su valencia negativa, podría deberse a la emergencia de cogniciones afectivo dependientes propiciadas por una mayor activación del sistema parasimpático y la memoria semántica de nuestro organismo ante la EB a través de MO.

Más allá de estas muy preliminares especulaciones, Keller et al. (2014), y Maxfield et al. (2008, citado en Yaggie et al., 2015), coinciden en plantear que la EB a través de MO opera a través de un debilitamiento de la imaginación del recuerdo (evento mnémico), como resultado de la saturación de la MT por el objetivo de tener que atender simultáneamente a los recuerdos mientras paralelamente se realizan MO. Esto es seguido por el, subsecuente reprocesamiento del ahora debilitado, recuerdo, vía su conexión con asociaciones relacionadas, a través de redes de memoria activadas por la EB. El modelo propuesto, que ha sido llamado en el presente estudio como Modelo de Coherencia de los Dos Estados Corticales, según Yaggie et al., integra a aquellos comentados inicialmente en la descripción de esta investigación: Denny (1995), Armstrong & Vaughan (1996), and MacCulloch & Feldman (1996), con sus modelos de debilitamiento de la imaginación en la Memoria de Trabajo visuoespacial/Modelos de Ejecución Central de Andrade et al. (1997) y Gunter & Bodner

(2008), y los modelos de conectividad fisiológica de Bergmann (1998, 2000), Servan-Schreiber (2000), Stickgold (2002), Corrigan (2002), y Rasolkhani-Kalhorn and Harper (2000). “Podría también señalarse que ciertos de estos modelos, aplican a ciertas etapas de EMDR, con los modelos de las MT representando mejor a la parte de desensibilización de la red de memoria traumática y los modelos de condicionamiento y conectividad describiendo mejor el reprocesamiento, la transformación y la integración de nuevas neuroredes de memoria (asociaciones) en la conciencia” (Yaggie et al., p. 93).

Algunas de las limitaciones del presente estudio se basan en que éste se llevó a cabo con una pequeña muestra que no permite la generalización de sus resultados, pudiendo esperarse una mayor variabilidad de los mismos. Por otra parte, se trata de una intervención muy breve, difiriendo bastante del ritmo y tiempo que utiliza la Psicoterapia EMDR en setting clínico para producir sus efectos. Además, de acuerdo a algunos aspectos mencionados anteriormente y a la diferencia de los resultados de este estudio con otros precedentes, el no trabajar con recuerdos traumáticos, podría estar determinando sus resultados, al menos en parte. Por último, cabe mencionar la dificultad que supone atribuir los resultados -medición de la vividez y valencia emocional- a la EB mediante MO, o a la asociación libre que realizan los participantes durante un minuto tras los MO, dado que no están separados por una medición intercalada, puntuando en las EVAs sólo al final de cada

presentación de ambos procesos. Hubiese sido de utilidad, realizar la medición de la vividez y valencia emocional de las memorias displacenteras, en múltiples puntos del proceso, particularmente antes y después de la etapa de asociación libre. Por tal dificultad, se ha decidido a continuación discutir sobre los resultados obtenidos por van den Hout, Eidhof, Verboom, Littel & Engelhard (2013), investigación que efectivamente si aísla el componente MO para efectos de la medición de la posible disminución de la valencia negativa y vividez emocional de los recuerdos evocados y que, por lo tanto, nos permite continuar la discusión respecto de la gravitancia de los MO en la producción de tales efectos. Además, en el artículo que muestra sus principales resultados, se discute acerca de la naturaleza emocional de los recuerdos y la posible gravitancia que podría significar en los resultados obtenidos por la Psicoterapia EMDR y otras investigaciones, el hecho de que el recuerdo original escogido para su desensibilización y reprocesamiento sea displacentero, pero sin alcanzar la envergadura emocional de un recuerdo traumático.

En la siguiente investigación, a saber, *Blurring of Emotional and Non-emotional Memories by Taxing Working Memory During Recall*, van den Hout et al. (2013), se trabajó con una muestra constituida por estudiantes de un promedio de 22 años de edad, 28 mujeres de un total de 40 participantes. Fueron divididos aleatoriamente para recordar una memoria negativa o una memoria neutral. Se formó un grupo de 20 que evocaron un recuerdo

neutro y que, a su vez, fueron divididos en dos 2 subgrupos, uno de los cuales sólo evocaba el recuerdo neutro, y el otro, que evocaba este mismo recuerdo y además realizaba MO. De la misma manera se subdividió el grupo que evocaba un recuerdo displacentero o negativo. Tras un margen de tiempo, se invertían las condiciones experimentales para los grupos, pasando a realizar MO aquellos que sólo evocaron el recuerdo inicialmente, y viceversa.

En este estudio, a diferencia de aquel realizado por Yaggie et al. (2015), no se incluye una etapa de asociación libre tras los MO, pretendiendo a priori, poder atribuir en mayor medida los resultados obtenidos a los MO.

Los hallazgos mostraron que recordar y usar MO tiende a reducir significativamente la vividez (en relación a sólo recordar), pero no cuando el recuerdo es neutral. Quienes sólo evocaron un recuerdo displacentero, no mostraron un decrecimiento en la vividez y valencia emocional de éste, lo cual sí ocurrió en el grupo con MO. Como se indica más arriba, esta condición no se mantiene para el grupo que evoca un recuerdo neutral, los cuales, por el contrario, mostraron un leve aumento en la vividez emocional del recuerdo. Además, para los que no usaron MO, en ambos grupos aumentó levemente la vividez, fueran recuerdos neutros o displacenteros. O sea, el único que disminuye su vividez es el recuerdo emocional negativo tras MO. Lo anterior, se plantea para los investigadores como una posibilidad de apertura a que los MO, por sí solos, no son suficientes para

disminuir la vividez y valencia negativa de un recuerdo evocado, pudiendo jugar un papel importante en los resultados, así como en aquellos arrojados por estudios más tempranos y la Psicoterapia EMDR, la activación fisiológica propia de recuerdos negativos. Recordar y realizar MO tiene mayor efecto que recordar solamente, así como recordar y realizar MO tiene mayor efecto en memorias emocionales que en las no emocionales. Estos resultados indican que la memoria emocional podría facilitar o podría incluso ser un prerrequisito para la degradación de la memoria como efecto de los MO, centrando este argumento en la activación fisiológica ineludible al evocar memorias displacenteras.

Para ver si la emocionalidad de un recuerdo ocupa una parte de la MT, se han hecho pruebas experimentales (Vandierendonck et al., 1998, citado en van de Hout et al., 2013), que luego fueron incluidas en estudios de (van den Hout, Engelhard, Beetsma, et al., 2011; van den Hout, Engelhard, Rijkeboer, et al., 2011, citados en van de Hout et al.), para observar también el uso de la MT que implican los MO. Se encontraron diferencias en el Tiempo de Reacción de las 3 condiciones de medición, con resultados de demora en los TR de un promedio de 235 ms para el grupo que sólo debía esperar la señal para reaccionar, 257 ms para el grupo que debía reaccionar ante la señal mientras paralelamente mantenía la evocación de un recuerdo neutral y 265 ms para el grupo que debía reaccionar a la señal mientras paralelamente mantenía la evocación de un recuerdo emocional. Los investigadores

concluyeron que, por lo tanto, los recuerdos emocionales usan incluso más recursos en la MT.

Para el caso de la investigación de van de Hout et al. (2013), los resultados arrojados por tales estudios permitirían generar la hipótesis, según la cual el recuerdo neutral que paralelamente es evocado con MO, requiere de menores recursos de la MT para activar un proceso de debilitamiento del mismo. En otras palabras, y atendiendo a divagaciones personales, podríamos traducir lo anterior como un mecanismo de selectividad natural de nuestro sistema neurofisiológico, con su correlato a nivel psíquico, según el cual, lo que no excede la capacidad de procesamiento de la MT, no merece el gasto de energía para ser reprocesado. En analogía, el estrés, entendido como la respuesta de nuestro organismo que se desencadena ante la necesidad de resolver situaciones que se presentan como de demanda incrementada, estaría a la base de este supuesto. Recuerdos negativos, vistos como una demanda incrementada (dado su hyperarousal transitorio), alertarían la necesidad de ser reprocesados e integrados, requiriendo para esto mayor espacio en la MT y contribuyendo consecuentemente con al debilitamiento del recuerdo original. Recuerdos neutros, no alertarían a la MT la necesidad de su reprocesamiento e integración, porque de ellos no depende la autoregulación y equilibrio homeostático actual del individuo. Por el contrario, recuerdos de alta perturbación emocional y/o traumáticos, alertarían la MT en mayor

medida y requerirían de un estímulo adicional (EB), activándose al punto de saturarse para producir un debilitamiento y consecuente reprocesamiento e integración de estos mismos recuerdos.

La tercera investigación, a saber, *Desensitizing Addiction: Using Eye Movements to Reduce the Intensity of Substance-Related Mental Imagery and Craving*, a través de la cual se pretende reflejar la gravitación de los MO en la eficacia de la Psicoterapia EMDR y las TIC®, dados su correlato y activación fisiológica del eje amígdala, neocortex, y más allá de la exclusiva psicoterapia para traumas, se basa en los hallazgos de van de Hout, Littel y Engelhard (2016). A partir de estudios previos, como aquel realizado por Engelhard et al. (2010, citado en van de Hout et al.), en que se observa la disminución en la vividez y perturbación emocional de fenómenos como los flash forwards, plantean la posibilidad de que la Psicoterapia EMDR sea de utilidad en el tratamiento de otras patologías, en las cuales una memoria desadaptativa e imágenes mentales juegan un rol importante, como en los trastornos adictivos. Más específicamente, los investigadores examinan si realizando MO durante la evocación de imágenes asociadas a las sustancias, se podría reducir su viveza, perturbación emocional y su capacidad para elicitar la compulsión por el consumo. Van de Hout et al. refieren que, en los trastornos adictivos, los recuerdos relacionados a la sustancia son cruciales para potenciar la compulsión y fuertes predictores de un mantenimiento en el

consumo y recaídas (Zhou et al., 2009, citado en van de Hout et al.). Incluye además numerosas memorias, como aquellas relativas al uso de la sustancia, a las consecuencias de su consumo y la falta de control y recaídas. Además, la compulsión y consumo, es habitualmente mantenida y aumentada por imaginación sensorial, como su olor, aspecto y sensaciones esperadas de su uso futuro.

En el estudio se compararon los efectos de recordar y realizar MO (grupo experimental), versus el grupo control en que se elicitaba el recuerdo, pero mantienen los ojos en un punto fijo, sin MO, en relación a la evocación de una imagen reciente relativa al consumo de cigarrillos o a un estado emocional en que experimentaron compulsión por fumar. De acuerdo al protocolo de EMDR, se anima a los participantes a que pasen la película del recuerdo en sus mentes y escojan el punto en que mayor vividez encuentran en ésta, pasando a constituir este punto, el recuerdo a someter a la condición en el experimento. Se presentaron 6 sets de MO de 24 s cada uno y se les pidió a los participantes que no fumaran durante, al menos, 1 hora antes del experimento. Para el grupo control, sólo se anima a los participantes a mantener la mirada fija en una pizarra blanca en frente, durante 6 intervalos de 24 segundos cada uno. Se midió la vividez y emocionalidad del recuerdo en escalas visuales analógicas separadas, puntuando de 0 (sin vividez/emocionalidad) a 100 (extrema vividez/emocionalidad del recuerdo), y se agrega una escala para evaluar la intensidad de la compulsión actual por fumar,

puntuándola entre 0 (sin ganas de fumar), a 100 (extremos deseos de fumar). 50 fumadores de un promedio de edad de 23 años fueron convocados, de los cuales el 58% eran mujeres y el 42% hombres. La condición de inclusión era que fumaran al menos 5 cigarrillos por día, los 7 días de la semana. El promedio real de consumo de cigarrillos diarios finalmente fue de 10 cigarrillos entre los participantes y habían fumado en promedio, durante 6,5 años. Antes de comenzar el estudio, los participantes fueron sometidos a una inducción de la compulsión por fumar, mostrándoles 5 fotos en que se exhibían fumadores con cigarrillos en las manos, inhalando o exhalando humo. Los participantes fueron asignados por mitades al grupo experimental y al grupo control. Antes y después de aplicar las variables experimentales, los participantes fueron animados a puntuar la vividez, emocionalidad y compulsión por fumar.

En cuanto a los resultados, se encontró que el grupo control presentaba un significativo aumento de la vividez del recuerdo evocado, mientras que el grupo que había realizado los MO, mostró estabilidad en el tiempo en esta medida. En cuanto a la emocionalidad del recuerdo, el grupo control no muestra significativas diferencias en las mediciones antes y después, pero para el grupo experimental, la emocionalidad del recuerdo mostró un decrecimiento significativo. Respecto de la compulsión por fumar, los puntajes muestran un incremento significativo antes y después en el grupo control, mientras que, en el grupo experimental, las

puntuaciones se mantienen constantes en el tiempo.

Cuando la MT no es saturada con MO mientras se evocan imágenes relativas a fumar, la vividez de la imagen y compulsión por fumar aumentan, lo cual se espera con el paso del tiempo y la mantención de estas memorias en la conciencia. Como este aumento no fue observado en el grupo que recordó y realizó MO, podríamos suponer que la vividez y compulsión fueron atenuados, dado que las puntuaciones antes y después se mantuvieron constantes. Se podría decir que los MO mientras se evocan imágenes relativas al consumo de cigarrillos, tienden a atenuar la vividez de la imagen o recuerdo y de la compulsión por fumar, dado que después de 6 sets de MO, el grupo experimental muestra puntuaciones constantes en el tiempo, en circunstancias en que la sola evocación y abstinencia aumenta la compulsión y vividez de las imágenes (como ocurre con el grupo control).

TIC® ANTEOJOS HEMISFÉRICOS®:

Breve descripción

Las TIC®, fueron desarrolladas por los médicos Pablo Solvey y Raquel C. Ferrazzano de Solvey en el año 2000, y pueden ser un complemento para diversas psicoterapias. Para ello se basan en los hallazgos de Zaidel & Sperry (1985, citado en Norambuena, Ruz y Vergara, 2016; "Técnicas de Integración Cerebral-TIC®: Una Forma de Intervención para las Fobias

Específicas", art. no publicado) y Zaidel & Wittling (1995, citado en Norambuena et al.), quienes habían observado que se podía activar separada y contralateralmente cada hemisferio al bloquear un porcentaje de entrada de luz por el ojo opuesto, con un consecuente correlato en las respuestas acordes a la funcionalidad hemisférica hasta el momento descrita. Schiffer (1998, citado en Norambuena et al.), desarrolla unos anteojos que suprimen la actividad de un hemisferio, según se reduzca la entrada de luz a éste en un 10 o 15%, predominando el tono afectivo del hemisferio que permanece activado. Los Doctores Solvey dan un paso más allá y desarrollan un protocolo, según el cual mientras el paciente evoca una situación perturbadora, se lo expone a anteojos que suprimen el hemisferio contralateral, uno para el hemisferio derecho y otro para el hemisferio izquierdo, e instruyen al paciente para que vaya cambiando alternadamente los anteojos, mientras se lo anima a que comente las asociaciones que le surgen. A través del cuerpo caloso, estructura de fibras nerviosas que conecta ambos hemisferios, se va produciendo la interconexión de la información que aporta cada uno, con una consecuente integración de la misma y disminución de la perturbación que produce la imagen, recuerdo o situación foco de desensibilización y reprocesamiento. (Solvey & Solvey, 2008). Para explicar el funcionamiento de la técnica de los Anteojos Hemisféricos®, sus autores se basan en los resultados arrojados por los estudios de Van der Kolk et al. (1997, citado en Solvey & Solvey), que sugieren una sobre

activación de áreas del hemisferio derecho asociadas al procesamiento emocional ante el relato o recuerdo de memorias traumáticas, la desactivación de áreas del hemisferio izquierdo (especialmente del área de Broca), implicadas en el lenguaje explícito y la necesidad de un procesamiento de experiencias perturbadoras (hemisferio derecho), por el hemisferio izquierdo, que es capaz de reconocerlas e integrarlas. Para una mayor comprensión acerca del modelo explicativo propuesto por los autores ver Solvey & Solvey, 2008, "Terapias de Avanzada", Vol.1.

A continuación, se describe el tratamiento de un síntoma de larga data, en 2 sesiones, con la técnica de los Anteojos Hemisféricos®, pretendiendo con esto ilustrar la efectividad de la EB alternada, no sólo en la remisión de un síntoma particular, sino que en el proceso de psicoterapia global.

GASPAR Y SUS PESADILLAS

El caso que se describe a continuación, si bien es reciente, se ha escogido por la claridad con que se puede describir la remisión de un síntoma mediante la técnica de los Anteojos Hemisféricos®, así como el hecho de que los reprocesamientos se constituyen generalmente en fuentes importantes de información respecto de cómo el paciente ha organizado sus significaciones en torno a sus experiencias más relevantes.

Gaspar, Ingeniero Informático de 32 años, soltero, sin hijos. Consulta principalmente porque ha tenido varias pololas en su vida "pero como a los 7 u 8 meses me aburro y termino". Además, la percepción de sí mismo es de ser extremadamente ansioso "apuro todo, como que quiero que todo me salga altiro". Entre las alteraciones que reporta actualmente mantener, refiere intensas pesadillas "desde que tengo uso de razón... son como 3 o 4 a la semana y a veces despierto gritando... siento pánico en ellas", insomnio de conciliación por temor a que sobrevengan las pesadillas, escasa tolerancia a estar solo, motivación dependiente otros y cansancio. Cuenta que las pesadillas lo han obligado a dormir siempre con la luz encendida. Refiere que sus expectativas son "estar un buen tiempo solo, para conocerse...", entender el por qué de sus cambios y manejar su ansiedad. Durante la segunda sesión se continúa un proceso exploratorio acerca del paciente y su principal motivo de consulta. A la tercera sesión, el paciente llega refiriendo haber tenido una pesadilla especialmente fuerte en la semana, dada la cual despierta gritando. Tras una breve indagación (en la que cuenta que éstas le comienzan a los 6 años, época en que sus "padres peleaban mucho", y que en ellas aparece una silueta amorfa que le produce pánico), se decide reprocesar con Anteojos Hemisféricos® y fijar la imagen o recuerdo de trabajo a través de la técnica de Escena Fundante® (Solvey & Solvey, 2012). A partir entonces de la sensación evocada tras la última fuerte pesadilla, y como ocurre en muchos casos en que se emplea esta técnica (en que

aparece más de una escena), Gaspar recuerda 2 imágenes, una a sus 10 y otra a sus 7 años. En la primera se visualiza conversando con su mamá acerca de las pesadillas y en la segunda se observa con intenso temor en la oscuridad de su pieza, levantándose para ir a la pieza de sus padres. Se decide continuar el proceso a la expectativa de que pudiera aparecer una escena aún más antigua. De pronto el paciente menciona tener el mismo malestar inicial, pero incrementado y tener alrededor de 5 años de edad. No hay recuerdo sensorial visual como imagen propiamente tal, sino que el paciente declara sentir la sensación en el estómago y simplemente asociar que quizás tiene alrededor de esa edad. Se evalúan las unidades subjetivas de perturbación (SUD) para cada una de estas escenas y se comienza el reprocesamiento. Puntuando el paciente las 4 SUD iniciales en 10 (máxima perturbación al evocar el recuerdo), el paciente finaliza esa sesión con puntajes de 3, 3, 4 y 4 para cada escena (incluye puntuación de imagen de última pesadilla con la cual se elicitaba sensación - malestar en el estómago- para buscar Escena Fundante®). Se realiza un cierre de sesión incompleto y se instruye al paciente sólo a que observe cualquier cosa que surja en la semana respecto del tema y si se presentan o no pesadillas, la manera en que éstas lo hacen. Gaspar llega a la cuarta sesión refiriendo “no tuve pesadillas en la semana, pero sigo dependiendo de la luz”. Cuenta que también, al parecer, las pesadillas aumentan cuando está desmotivado, lo que abre por algunos minutos el tema en relación a que su motivación depende de estar con pareja.

Tras ahondar en esto por algún tiempo, retomamos el reprocesamiento de sus pesadillas, con las imágenes trabajadas la sesión anterior. La imagen en que conversa con su madre ya no perturba (SUD: 0). La imagen de la última pesadilla puntúa aún en 4, así como aquella en que se levanta en medio de la oscuridad de su habitación para ir a ver a sus padres. La sensación que tenía de a los 5 años haber experimentado fuertemente el malestar en el estómago ha desaparecido. Se continúa el reprocesamiento con los Anteojos Hemisféricos®, hasta llegar a que el paciente puntúa en 0 cada SUD. Instalar recursos adicionales para enfrentarse a la luz apagada durante las noches, no se vuelve necesario, dado que, al realizar el viaje al futuro, Gaspar se siente completamente tranquilo y hasta motivado con la idea de dormir a oscuras.

A la quinta sesión Gaspar llega refiriendo “tuve una sola pesadilla el Domingo. En realidad, sólo fue un mal sueño, prendí la luz y después de un rato igual la apagué y seguí durmiendo... no, no tenía la sensación de pánico”. Cuenta que ha apagado la luz todas las noches y que eso lo hace sentir muy bien, además del hecho de que se duerme más rápido al no pensar tanto en su motivo de consulta y que su nivel general de ansiedad ha disminuido. Llama la atención el hecho de que además el paciente ha realizado un mayor número de asociaciones durante la semana, mostrando un incremento en su awareness general. Habiéndose terminado la desensibilización y reprocesamiento de sus pesadillas el 08 de Abril del presente

año, a la fecha, 6 semanas después, el paciente no ha presentado pesadillas y continúa durmiendo con la luz apagada. Aparte de la evidente disminución en el estado de alerta con que se acostaba día tras día desde su infancia, el efecto del reprocesamiento pareciera haberse irradiado a otras temáticas de aquellas presentadas inicialmente. Durante la segunda sesión en que se reprocesan sus pesadillas, Gaspar recuerda variadas escenas en torno a ver a su madre sentada, llorando, experimentando tristeza al recordarlo. También recuerda imágenes en que su hermana lo contiene mostrándole que no hay nada bajo la cama, así como más grandes disfrutando de juegos juntos y siendo llevado por ésta a esconderse de la abuela que rezonga. La hermana de Gaspar aparece como una figura protectora, de relevancia especial dado que su madre aparece como una figura debilitada y carente. El padre de Gaspar parece absolutamente ausente.

Las pesadillas de Gaspar, no parecen deberse a una única experiencia especialmente perturbadora y/o traumática, sino que más bien, se observan relativas a un sentimiento de soledad y desamparo que el paciente experimenta desde pequeño respecto de sus figuras paternas. Esta información, que aparece en el transcurso del reprocesamiento, sirve al paciente para generar asociaciones respecto de su problemática actual, así como facilitar un estado general de mayor tranquilidad que, a su vez, ha facilitado una auto percepción más positiva, así como le

han generado confianza en la Psicoterapia y el ejercicio del insight.

Si bien es preciso confirmar con el paso del tiempo la remisión total de sus pesadillas, es evidente el alivio sintomático, así como el catalizador que ha implicado en Gaspar el empleo de los Anteojos Hemisféricos® en su proceso psicoterapéutico.

CONCLUSIONES

El que actualmente podamos observar que algunos enfoques en Psicoterapia sean mucho más efectivos que otros, nos habla, entre otras cosas, de la zona cerebral que se estimula con ese determinado enfoque. Así también, podemos hoy observar que existen enfoques de Psicoterapia de última generación que para ser más efectivos, utilizan la combinación de varios enfoques, obteniendo mejores resultados que ante la utilización de sólo uno de ellos. Tal es el caso de la Psicoterapia EMDR y de otros abordajes terapéuticos como las TIC®, las cuales integran conocimientos, evidencia y experiencia de otros enfoques, dando como resultado una aproximación psicoterapéutica que ha demostrado importantes aportes en cuanto al tratamiento del TEPT. Si bien estos enfoques han tomado en cuenta los aportes de múltiples enfoques, como el afectivo, cognitivo e inconsciente, han centrado su accionar en el aporte ineludible de la neurofisiología, seleccionando como una de las técnicas troncales que componen sus protocolos de aplicación, la EB alternada. La

evidencia ha mostrado hasta ahora que este componente de las TIC®, facilita la producción de cambio en las cogniciones del paciente, la recuperación de recuerdos que le permiten cuestionar la veracidad y funcionalidad de sus propias significaciones, así como elicitando un estado neurofisiológico caracterizado por la activación del sistema parasimpático, asociado a estados de tranquilidad y placer. Pareciera ser que el hecho de que la EB alternada genere un estado afectivo general más positivo facilitaría la emergencia de cogniciones también más positivas. El correlato neurofisiológico de lo anterior se observa en el decrecimiento de la actividad de la amígdala tras aplicar EB, y por el contrario, de un aumento significativo de la actividad de áreas orbitofrontales y corticales asociadas a la integración afectiva a nivel cognitivo, la planificación y a la memoria semántica. Si bien, podríamos aseverar que la Psicoterapia en general propicia paulatinamente esta integración, pareciera ser que la EB la facilita y dinamiza. Más aún, ha podido observarse en la experiencia clínica como, incluso dejando fuera del setting terapéutico, la explicitación de la problemática que aqueja al paciente, éste se ve beneficiado y aliviado ante el empleo de estos abordajes. Así también, sin elicitando una creencia positiva (como indica hacer previamente el protocolo de EMDR y de los Anteojos Hemisféricos®, para facilitar asociaciones positivas), el paciente igualmente entra en una gradiente de debilitamiento de sus ideas, recuerdos negativos iniciales o de la perturbación, siendo estos reemplazados ya sea por una reconfiguración más positiva del recuerdo,

de sus expectativas de acción frente a la situación o, simplemente, por una indiferencia y tranquilidad ante tales evocaciones. Tal es el caso de síntomas tratados, como aquel que afectaba a Gaspar, en que pareciera ser que la baja en la afectividad de la amígdala, en sí misma puede producir la baja en la perturbación respecto de un recuerdo y hacer desaparecer un síntoma, sin requerir acceder a mayores niveles de explicación cognitiva de lo que ocurre o de la génesis de tal síntoma. Al bajar la perturbación, simplemente pareciera facilitarse la producción de cogniciones positivas que permiten una integración cognitiva de los afectos a la base del síntoma.

Las investigaciones descritas más arriba aportan información e hipótesis explicativas de la eficacia de la Psicoterapia EMDR, centrando una su atención en la gravitancia que podrían tener las asociaciones libres que se realizan tras los sets de EB, así como las otras en la valencia emocional del recuerdo, situación o imaginaria evocada. En los recuerdos evocados, mientras la MT mantiene simultáneamente EB alternada, se produce un efecto de debilitamiento del mismo que facilita la introducción de asociaciones diversas, remotas, pero relativas al problema, síntoma o imagen original. Sin duda, las asociaciones devienen un aporte sustancial en la modificación de las imágenes iniciales y contribuyen con el fortalecimiento de otras nuevas y más positivas, pero ¿qué es lo que permite que la emergencia de asociaciones de carácter positivo, o que son capaces de neutralizar la perturbación inicial, surjan?. Como se dijo

anteriormente, se podría hipotetizar que es la EB el eje y facilitador central de tal proceso, por cuanto su correlato neurofisiológico activa directamente el sistema parasimpático, facilitando a consecuencia la emergencia de cogniciones positivas afectivo/dependientes.

Por otra parte, se discute acerca del impacto que pudiera tener en el decrecimiento de la perturbación y vividez de memorias traumáticas y recuerdos displacenteros, su valía emocional negativa. Pareciera ser que un recuerdo emocional, a diferencia de recuerdos neutros, utiliza mayor espacio y capacidad de la MT, volviéndolo susceptible de ser debilitado y re estructurado. Interesante se vuelve observar al respecto que, mientras que memorias negativas y positivas se vuelven menos vívidas, la positiva se vuelve más positiva, mientras que la primera se vuelve menos negativa (Engelhard, van Uijen, & van den Hout, 2010; Hornsveld et al., 2011; van den Hout, Muris, Salemink, & Kindt, 2001, citados en Yaggie et al., 2015). Pareciera existir una inercia biológica pre determinada hacia la homeostasis y consecuentes estados de calma y seguridad, según la cual lo que no merece trabajo de integración cognitiva, porque no amenaza el equilibrio sistémico psico-biológico, no requiere ser alterado. Sin embargo, si el recuerdo supone para el organismo cierta amenaza, es susceptible de ser decodificado mediante su debilitamiento y posterior re estructuración. Cabe preguntarse aquí entonces, por qué recuerdos neutros y/o positivos se verían intensificados en su vividez tras mantenerlos en la MT mientras

paralelamente se realizan MO?. La respuesta hipotética, la basamos nuevamente en la idea de que la EB, al propiciar una disminución de la actividad de la amígdala por la regulación de áreas corticales, asociadas a la actividad del sistema parasimpático, permiten la emergencia de afectos positivos que restarán negatividad si la valía del recuerdo o imagen original es tal, o sumarán positividad si la valía del recuerdo o imagen inicial es esta otra. Ante recuerdos traumáticos, en los cuales las áreas córtico-frontales están siendo escasamente irrigadas y activadas, si bien nuestro sistema de alerta está persistentemente activado (indicando necesidad de integración), se requiere del apoyo adicional de algún mecanismo que logre revertir neurofisiológicamente tal actividad. Es acá donde la EB cobra su más evidente efecto.

Sería interesante indagar sobre la evidencia que se ha encontrado acerca de otras vías de EB como la táctil, aditiva y lumínica. Especialmente con esta última, que en el caso de los Anteojos Hemisféricos®, estaría favoreciendo algún tipo de actividad neurofisiológica promotora de la desensibilización y reprocesamiento de contenidos perturbadores de manera muy eficaz. Si bien sus creadores enfatizan el modelo de re conexión interhemisférica (Solvey & Solvey, 2008), podríamos suponer también que, al tratarse igualmente de EB alternada, entran en juego mecanismos similares a los que subyacen a la Psicoterapia EMDR. La evidencia y posibles estudios de neuroimágenes aún no han podido ser

generados para este abordaje, dados sus altos costos económicos. Sin embargo, la experiencia clínica acumulada muestra su eficacia y eficiencia en el tratamiento no sólo de traumas, crisis de pánico y fobias, sino que ante una gran variedad de trastornos y sintomatología.

Referencias Bibliográficas

- Keller, B., Stevens, L., Lui, C., Murray, J., Yaggie, M. (2014).** The Effects of Bilateral Eye Movements on EEG Coherence When Recalling a Pleasant Memory. *Journal of EMDR Practice and Research*, 3, 113-128. Extraído el 10 de Mayo, 2016, de <http://dx.doi.org/10.1891/1933-3196.8.3.113>.
- Norambuena, M., Ruz, S., Vergara, J. (2016).** “Técnicas de Integración Cerebral - TIC®: Una forma de intervención para las fobias específicas”. Manuscrito en preparación. Santiago. Universidad de Artes, Ciencias y Comunicaciones, Escuela de Psicología.
- Pagani, M., Di Lorenzo, G., Verardo, A., Nicolais, G., Monaco, L., Lauretti, G., et al., (2012).** Neurobiological Correlates of EMDR Monitoring – An EEG Study. *Plos One*. DOI: 10.1371/journal.pone.0045753. Extraído el 11 de Mayo, 2016, de <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0045753>.
- Pagani, M., Högberg, G., Fernandez, I., Siracusano, A. (2015).** Correlatos de la Terapia EMDR en la Neuroimagen Funcional y Estructural: Un Resumen Crítico de los Hallazgos Recientes. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2, 58-68, DOI: 10.1891/1933-3196.9.2.E58. Extraído el 09 de Mayo, 2016, de <http://dx.doi.org/10.1891/1933-3196.9.2.E58>.
- Solvey, P. & Ferrazzano de Solvey, R. (2006).** *Terapias de Avanzada: Técnicas de Integración Cerebral® y Técnicas Basadas en la Energía*. Buenos Aires: Vergara Ediciones.
- Solvey, P. & Ferrazzano de Solvey, R. (2012).** *La Escena Fundante® y Otras Escenas Significativas en Psicoterapia*. Buenos Aires: TdeA Ediciones.
- Van de Hout, M., Janssen, W., van der Beek, J. (2010).** Eye Movements Reduce Vividness and Emotionality of “Flashforwards”. *Behaviour Research and Therapy*, 48(5) 442–447, DOI: 10.1016/j.brat.2010.01.003. Extraído el 10 de Mayo, 2016, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20129601>.
- Van den Hout, M., Marloes, B., Verboom, J., Little, M. & Engelhard, I., (2013).** Blurring of Emotional and Non-emotional Memories by Taxing Working Memory During Recall, *Cognition and Emotion*, 28:4, 717-727, DOI:10.1080/02699931.2013.848785. Extraído el 14 de Mayo, 2016, de <http://dx.doi.org/10.1080/02699931.2013.848785>.
- Van de Hout, M., Little, M., Engelhard, I. (2016).** Desensitizing Addiction: Using Eye Movements to Reduce the Intensity of Substance-Related Mental Imagery and Craving. *Frontiers in Psychiatry*, 7:14. DOI: 10.3389/fpsy.2016.00014. Extraído el 08 de Mayo, 2016, de <http://www.readcube.com/articles/10.3389/fpsy.2016.00014>.
- Vela O., (2009).** Un proceso de Integración de la Psicoterapia Basado en los Aportes de la Neurociencia. *Revista de Psicología*, 11, 141-146. 0-6757.
- Yaggie, M., Stevens, L., Miller, S., Abbott, A., Woodruff, Ch., Getchis, M. (2015).** Electroencephalography Coherence, Memory Vividness, and Emotional Valence Effects of Bilateral Eye Movements During Unpleasant Memory Recall and Subsequent Free Association: Implications for Eye Movement Desensitization and Reprocessing. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2, 78-97(20). Extraído el 08 de Mayo, 2016, de <http://dx.doi.org/10.1891/1933-3196.9.2.78>.

Hacia un abordaje desde la Psicoterapia Integrativa de los desafíos que involucra el trabajo clínico con personas lesbianas, gay y bisexuales

Felipe Peña Quintanilla*

Abstract

Background: Achieve a clinical practice that effectively supports the development of mental health in LGB people is necessary. **Aim:** Recognize the specific elements of therapeutic work with LGB people. **Methodology:** A systematic review of scientific evidence between 2000 and 2017 was conducted. **Results:** Four general groups of findings are observed: Topics in clinical work with LGB persons, Characteristics of therapeutic process with LGB people, Characteristics of LGB people in clinical work and Characteristics of therapists working with LGB people. **Conclusions:** Empirical research has mainly focused on therapist's elements, in their performance, training, and demographic background. There is a need to work in training with comprehensive plans. The Integrative Psychotherapy EIS is a natural path to understand the development of a person, without assuming or expecting a single course, and is an advance for an adequate, culturally competent and affirmative delivery of therapeutic support.

Keywords: *Psychotherapy, integrative, lesbian, gay, bisexual, cultural competence, professional training*

Resumen

Antecedentes: Es necesario lograr una práctica clínica que apoye de manera efectiva el desarrollo de la salud mental en las personas LGB. **Objetivo:** Reconocer los elementos específicos del trabajo terapéutico con personas LGB. **Metodología:** Se realizó una revisión sistemática de la evidencia científica entre 2000 y 2017. **Resultados:** Se observan cuatro grupos generales de hallazgos: Temas de trabajo clínico con personas LGB, Características del proceso terapéutico con personas LGB, Características de las personas LGB en el trabajo clínico y Características de los terapeutas que trabajan con personas LGB. **Conclusiones:** La investigación empírica se ha centrado principalmente en los elementos del terapeuta, en su desempeño, entrenamiento y antecedentes demográficos. Es necesario trabajar en la formación con planes integrales. La Psicoterapia Integrativa EIS es un camino natural para comprender el desarrollo de una persona, sin asumir ni esperar un solo curso, y es un avance para una entrega adecuada, culturalmente competente y afirmativa de apoyo terapéutico.

Palabras clave: *Psicoterapia, integrativa, lesbiana, gay, bisexual, competencia cultural, formación profesional*

* AcPI, 9:98-121

* Psicólogo Pontificia Universidad Católica de Chile, Mg Psicoterapia Integrativa ICPSI-UAI. Email: felipe@afirma.cl.icóloga.

Durante todo el desarrollo humano han existido personas que se han sentido atraídas a establecer lazos afectivos hacia la diversidad de géneros de su ordenamiento social y cultural (Aldrich, 2006). Durante la historia occidental el grupo de personas que se ha sentido atraído hacia personas de su mismo género ha sido sistemáticamente invisibilizado o rechazado. Si bien se han visto avances en épocas recientes, el estigma y discriminación han tenido un impacto tan profundo, que la manera en que este grupo es visto y servido, continúa siendo prejuiciada, normativa, restrictiva y desinformada.

Desde el sector salud es imperativa la necesidad de abordar el estigma y la discriminación hacia las personas lesbianas, gay y bisexuales (Organización Panamericana de la Salud, 2013), debido al impacto que tiene sobre su bienestar y salud mental y por la alta frecuencia de personas lesbianas, gay y bisexuales que acuden a servicios de salud mental (Bradford, Ryan & Rothblum, 1994).

Trabajar de forma directa en esto permitirá favorecer el logro de una mejor salud mental en esta población, logrando “acrecentar la competencia de los individuos y comunidades y permitirles alcanzar sus propios objetivos” (OMS, 2004).

El presente trabajo busca entregar una orientación inicial hacia el abordaje desde la Psicoterapia Integrativa del trabajo clínico con personas lesbianas, gay y bisexuales.

1. La orientación sexual

La Orientación sexual es entendida como un patrón perdurable de atracciones emocionales, románticas y/o sexuales hacia hombres,

mujeres o ambos. La orientación sexual también se refiere al sentido de identidad de cada persona basada en dichas atracciones, las conductas relacionadas y la pertenencia a una comunidad con otros⁵ que comparten esas mismas atracciones (APA, 2012a). Actualmente se reconocen tres orientaciones sexuales:

- *Heterosexual*: Tipo de orientación sexual que incluye a las personas que se sienten emocional, física, mental, y/o espiritualmente orientadas a emparejarse y compartir afecto con alguien del género «opuesto». Corresponde a la mayoría de las personas (APA, 2012a).

- *Homosexual*: Tipo de orientación sexual que incluye a aquellas personas que se orientan hacia personas de su mismo género. Para el caso de mujeres se suele utilizar el término Lesbiana (L) y en el caso de hombres se suele utilizar el término Gay (G). Así, una persona lesbiana es aquella cuya identidad de género es femenina y se siente y piensa emocional, física, mental, y/o espiritualmente orientada a emparejarse y compartir afecto con una persona de identidad de género femenina. Por otro lado, una persona gay es aquella cuya identidad de género es masculina y que se siente y piensa emocional, física, mental, y/o espiritualmente orientada a emparejarse y compartir afecto con una persona de identidad de género masculina (APA, 2012a). Sin ser sinónimos, en algunos casos el término gay se reemplaza por HSH

⁵ El uso de lenguaje que no discrimine ni reproduzca esquemas binarios es uno de los principales estándares de buenas prácticas en el trabajo con personas LGB. Sin embargo, no hay acuerdo entre los lingüistas acerca de la manera de hacerlo en un idioma estructurado en base a géneros como es el español. En tal sentido -y para evitar la sobrecarga gráfica que supondría utilizar en idioma español el doble género «o/a; los/las» y/o utilizar formas neutras sensibles a un modelo de género no binario, tales como «x» o «@»-, se ha optado por usar, cuando sea indispensable, la forma masculina en su tradicional acepción genérica.

(hombre que tiene sexo con hombre) y el término lesbiana se reemplaza por MSM (mujer que tiene sexo con mujer), cuando se hace hincapié en que la vinculación es solo por su conducta sexual (Bauer & Jairam, 2008).

- *Bisexual (B)*: Tipo de orientación sexual/afectiva que incluye a las personas que se sienten emocional, física, mental, y/o espiritualmente orientada a emparejarse y compartir afecto tanto con hombres como con mujeres (APA, 2012a).

Es importante tener en cuenta que la orientación sexual no es sinónimo de conducta sexual. Muchos adolescentes y adultos pueden identificarse a sí mismos como personas lesbianas, gay o bisexuales (LGB) sin haber tenido ninguna conducta sexual con personas del mismo género. Otras personas han tenido conductas sexuales con otros de su mismo género, pero no se consideran a sí mismas LGB (APA, 2012a).

1.1 Prevalencia

Investigaciones realizadas en Estados Unidos, Reino Unido y Francia muestran que entre un 5 % y 12 % de hombres o mujeres se identifican con una orientación sexual diferente a la heterosexual (Sell, Wells & Wypij, 1995).

En Chile no existen estudios poblacionales sobre el tema; pero es posible encontrar algunos que han incorporado esta variable en sus cuestionarios y se pueden extraer algunas cifras. Según la Séptima Encuesta Nacional de la Juventud realizada en 2012, de un total de 8.352 jóvenes encuestados (hombres y mujeres entre 15 y 29 años), el 2 % se autodefinió como homosexual y el 1 % como bisexual (Instituto Nacional de la Juventud, 2012). La Encuesta de Caracterización

Socioeconómica Nacional del año 2015, realizada por el Ministerio de Desarrollo Social, en la cual solo personas mayores de 18 años fueron encuestadas, arrojó que el 1 % (146.001 personas) de los entrevistados se consideraban gay/lesbiana y un 0,4 % bisexual (52.116 personas) (Ministerio de Desarrollo Social, 2015).

El Censo del año 2012 incorporó por primera vez en la historia de Chile una pregunta referida a la convivencia de parejas de un mismo sexo, la cual fue reportada por 39.976 personas mayores de 15 años (INE, 2013). El Censo abreviado que se realizó durante el mes de abril del año 2017, no incorporó esta pregunta.

En general, en los estudios de prevalencia existe una subestimación de las cifras relativas a la diversidad sexual, toda vez que declararse una persona LGB conlleva tener que enfrentar el estigma social -especialmente si familiares están presentes a la hora de responder preguntas relativas al tema- (Pathela, Hajat, Schillinger, Blank, Sell & Mostashari, 2006; Laumann, Gagnon, Michael & Michaels, 1994; Remafedi, Resnick, Blum & Harris, 1992).

1.2 Salud mental en personas LGB

Los estudios recientes en salud mental de las personas LGB, muestra sistemáticamente que esta población sufre mayores problemas de salud mental que la población heterosexual. En su trabajo *Prejudice, Social Stress, and Mental Health in Lesbian, Gay, and Bisexual Populations: Conceptual Issues and Research Evidence*, Ilan Meyer (2013) realiza una revisión de la evidencia existente a la fecha y señala que las personas LGB muestran mayor frecuencia de abuso de drogas, trastornos afectivos y riesgo suicida. Asimismo, indica que la explicación para esta alta prevalencia es el

estigma, prejuicio y discriminación que se sostiene desde el contexto social hacia personas que pertenecen a grupos minoritarios y estigmatizados (como lo es el grupo de personas LGB).

Tal como desarrolla Meyer (2013), el concepto de Estrés de Minoría permite entender el impacto que tiene sobre los individuos la permanente exposición a un contexto que oprime y discrimina. El Estrés Social es entendido como aquellas condiciones del ambiente social que son fuente de estrés y que llevan a consecuencias físicas y mentales. Este estrés social puede tener un importante impacto en aquellas personas que pertenecen a categorías sensibles a ser estigmatizadas y discriminadas por parte del ambiente (incluyendo por ejemplo estatus socioeconómico, raza/etnia o identidad sexual). Bajo este marco, el prejuicio o discriminación relativo a estas categorías - además de los cambios y desafíos de todas las personas a lo largo de su desarrollo- pueden llevar a tensionar a la persona y exigir una adaptación urgente o crítica y -por lo tanto- se pueden entender como estresantes. Una elaboración desde la teoría de estrés social es el Estrés de Minoría, que identifica el excesivo estrés al que las personas pertenecientes a grupos socialmente estigmatizado son expuestas como resultado de su posición -minoritaria- social.

Otro elemento importante en la comprensión de la salud mental de las personas LGB, es el término Homofobia Internalizada. Se refiere a la internalización de las actitudes (discriminadoras) anti-LGB en las personas lesbianas, gay o bisexuales. Según Meyer y Dean (1998), es el direccionamiento - en las propias personas LGB-, de las actitudes sociales negativas hacia el sí mismo, llevando a la devaluación del Self y derivando en la existencia de importantes conflictos internos y una menor integración. Debido a la fuerza que

tienen las experiencias de socialización temprana -y porque las personas siguen sostenidamente expuestas a actitudes anti-LGB desde el contexto- la homofobia internalizada deriva en un importante factor de riesgo en el ajuste psicológico de las personas LGB a lo largo de su vida, influyendo en el curso de su salud mental.

2. Consideración desde la salud mental

La Asociación Americana de Psiquiatría (*American Psychiatry Association*) publicó su primer Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-I) en 1952. En éste se clasificaba la homosexualidad como un trastorno de personalidad sociopático y una desviación sexual. En la misma categoría caían otras conductas tales como el travestismo, la pedofilia, el fetichismo y el sadismo sexual (incluyendo violación y mutilación). En la segunda versión del manual (DSM-II) lanzado en 1968, la homosexualidad dejó de ser clasificada como sociopatía, pero continuó siendo entendida como trastorno y desviación (Drescher, 2015).

En los años setenta se comenzó a demandar el fin de la patologización de la homosexualidad, al que la Asociación terminó adhiriendo por medio de una declaración pública en 1974 (APA, 1974). En los años siguientes, la Asociación Americana de Psiquiatría cambió el término "homosexualidad" por el término "alteración de la orientación sexual" y luego -en la tercera versión de su manual (DSM-III)- la incluyó como trastorno en la medida que se tratara de una homosexualidad «ego-distónica» (en disarmonía con la propia persona). Las protestas continuaron, y finalmente en la versión revisada de la tercera edición del manual (DSM-III-R) que se publicó en 1987, la homosexualidad dejó de ser parte de la

nosología de trastornos mentales de manera definitiva y abandonó el DSM (Drescher, 2015).

La Asociación Americana de Psicología (*American Psychological Association*), por su parte, resolvió en 1975 apoyar las acciones de la Asociación de Psiquiatría y llamó a los profesionales de salud mental a tomar la iniciativa para eliminar el estigma asociado a la homosexualidad (Conger, 1975). Desde entonces y hasta ahora ha adoptado y publicado en forma sistemática resoluciones en torno a la diversidad, con el objetivo de disminuir la discriminación y los crímenes de odio, guiar en el uso de diagnósticos, y mejorar los ambientes escolares y los servicios terapéuticos para esta población (APA, 2011).

El paso siguiente de la Asociación Americana de Psiquiatría ocurrió en 1998, y fue la declaración pública de su oposición a cualquier tratamiento, usualmente llamados «reparativos» o «de conversión», que estuviera basado en la idea errónea de que la homosexualidad era en sí misma un desorden mental o en la idea a priori de que un paciente debía cambiar su orientación sexual, porque era algo «a reparar» (APA, 1998). Con esta declaración, la Asociación se unió a los esfuerzos que la Asociación Americana de Psicología (DeLeon, 1998) y la Asociación Americana de Consejería -*American Counseling Association (1990)*- estaban haciendo en esa misma dirección.

En el caso de Chile, al realizar un análisis histórico de la forma en que la orientación sexual homosexual ha sido entendida, es posible encontrar su consideración como «una enfermedad, desvío o una perversión», desde fines del siglo XIX y hasta la actualidad (Cornejo, 2011). En diferentes momentos -y por diversas influencias- han existido matices en la forma en que se ha comprendido, siendo una contante la existencia de discursos espirituales, legalistas y pseudocientíficos.

También ha existido un silencio constante -o falta de postura clara y definida- por parte de los centros académicos, científicos o asociaciones profesionales.

No fue, si no hasta junio de 2015, cuando el Colegio de Psicólogos de Chile adhiere a la postura internacional, publicando una revisión respecto de las «terapias reparativas» de la orientación sexual homosexual y urgiendo a que el Estado de Chile las prohíba. En su comunicado público, el Colegio señaló además que debieran implementarse leyes, programas de educación y políticas públicas orientadas a reducir el hostigamiento y estigmatización de la población LGBTI (Colegio de Psicólogos de Chile A.G., 2015).

Actualmente existe consenso en que la orientación sexual homosexual es una variación natural de la sexualidad humana, pero persisten el estigma y la discriminación en los servicios de salud (Organización Panamericana de la Salud, 2013). Esta persistencia se traduce en inequidades a la hora de acceder a servicios y atenciones de salud por parte de la población LGB. Así, la Organización Panamericana de la Salud (2013) ha instado a que se trabaje en torno a la erradicación del estigma y discriminación hacia las personas LGB y el abordaje adecuado de su salud.

Con todo, se reconoce la necesidad de abordar los efectos del extenso periodo donde ha existido una profunda invisibilización de este grupo; que ha sostenido la ignorancia y prejuicios relativos a sus especificidades en la dinámica psicológica.

2.1 Hacia un adecuado marco de referencia

El documento de la Asociación Americana de Psicología *Guidelines for Psychological*

Practice With Lesbian, Gay, and Bisexual Clients -cuya última revisión fue publicada en 2012 (APA, 2012b)-, entrega un marco de referencia para el tratamiento de personas LGB. Este marco incorpora información básica sobre la evaluación, intervención, identidad, relaciones interpersonales, diversidad, educación formación e investigación. Algunos de sus lineamientos son los siguientes:

- Los psicólogos deben esforzarse por entender los efectos del estigma y discriminación hacia personas LGB.
- Los psicólogos deben entender que la atracción, sentimientos y comportamiento sexuales entre personas del mismo género, son variantes normales de la sexualidad humana y los esfuerzos por cambiar la orientación sexual no han mostrado ser eficaces ni seguros.
- Los psicólogos deben reconocer que sus actitudes y conocimientos acerca de los asuntos LGB pueden ser relevantes al momento de evaluar, intervenir y derivar a personas de este grupo.
- Los psicólogos deben reconocer los desafíos relativos a sus normas, valores y creencias que enfrentar las personas LGB.
- Los psicólogos, en su labor de uso y difusión de los conocimientos científicos relativos a las personas LGB, deben ser responsables en la divulgación de los resultados de las investigaciones y evitar el mal uso de la evidencia.

Asimismo, en su documento *Report of the task force on appropriate therapeutic responses to sexual orientation*, la APA reconoce que la aproximación más adecuada para el trabajo con personas LGB es la aproximación afirmativa. Enfatiza además la

necesidad de trabajar sobre la base de intervenciones basadas en evidencia (APA, 2009).

Así, la APA pone énfasis en el logro de una práctica clínica adecuada -que apoye el desarrollo de la salud mental de las personas LGB- y el logro de un conjunto de intervenciones que se basen en la evidencia y dentro de un marco comprensivo coherente y ordenado.

2.2 Desde la aproximación afirmativa

Alan Maylon (1982) desarrolló un marco de intervención para el trabajo con diversidad sexual que él llamó Terapia Afirmativa. En su trabajo, el psicólogo señala que esta aproximación no es un nuevo enfoque psicoterapéutico, sino que responde a un conjunto de conocimientos psicológicos que se contraponen a la mirada tradicional de la orientación sexual homosexual como algo patológico.

A partir de ese momento, la aproximación afirmativa buscó acercarse desde una mirada de descubrimiento a las vivencias propias del grupo humano conformado por personas LGB. Señala que no existe nada inherentemente malo con ser o definirse como una persona LGB y que el problema es cómo la sociedad ha traumatizado a las personas LGB a través de una forma homofóbica y heterosexista de desarrollar los sistemas políticos, sociales, religiosos y educacionales (Kort, 2008).

El marco afirmativo se preocupa de explorar el trauma, la vergüenza, la alienación, el aislamiento y la negligencia, productos de la forma en que las personas LGB suelen experimentar su vida -en todas las etapas de desarrollo-, y busca proveer de experiencias de

apoyo que corrijan, modulen o alivien sus consecuencias (Kort, 2008).

Actualmente no existe un consenso claro de lo que constituye la aproximación afirmativa como marco para el desarrollo psicoterapéutico, sin embargo, se reconocen algunas directrices claras sobre las cuales se sostiene (Johnson, 2012):

- Parece ser sinónimo de postura culturalmente competente, al considerar a las personas LGB como un grupo humano con especificaciones propias y compartidas entre sus integrantes.
- La alianza terapéutica continúa siendo el gran predictor de éxito en el desarrollo del apoyo terapéutico a personas LGB.
- Se debe continuar con la exploración de los asuntos específicos de la cultura LGB; ofrece la oportunidad de desarrollar intervenciones y aproximaciones únicas y culturalmente competentes para esta población.

La competencia cultural señalada, se refiere al proceso por el cual los individuos o instituciones responde de manera respetuosa y efectiva a personas de diferentes culturas, lenguajes, clases, raza, orígenes étnicos, religiones, tradiciones espirituales, estatus de migración y otros factores de diversidad; de una manera que reconoce, afirma y valora el desarrollo de las personas, familias y comunidades y protege y preserva la dignidad de cada cual (Fong & Furuto, 2001).

Laura Brown (2009), postula que la integración en psicoterapia -y el avanzar hacia esta- está estrechamente relacionado con el logro de una práctica psicoterapéutica que sea culturalmente competente. El avance hacia una práctica clínica que sea culturalmente competente involucra que el terapeuta debe entender la forma en que las diferentes facetas

de la identidad de las personas son importantes para cada cual. Una integración en psicoterapia se relaciona con lograr comprender cómo los diferentes factores -que influyen de una cierta forma en el desarrollo psicosocial de las personas- se pueden intersectar de diversas maneras. Se dejan de lado aquellos enfoques que asumen que sólo existe una forma determinada de desarrollarse, por ejemplo: que existiría un específico vínculo a desarrollar con un definido grupo de personas significativas, en una ordenada serie de etapas o estadios. Asimismo, implica que los terapeutas sean también capaces de observar sus propios sesgos a la hora de comprender el trabajo con sus clientes. Así, el logro de una aproximación psicoterapéutica realmente integrativa involucra del desarrollo de competencias culturales, y viceversa.

2.3 Desde el Enfoque Integrativo Supraparadigmático

En el año 1983, en el Congreso Anual de la *Association for Advancement of Behavior Therapy* realizado en Washington D.C., Roberto Opazo propuso un Enfoque Integrativo Supraparadigmático (EIS). Su objetivo es contribuir a comprender, explicar y predecir la dinámica psicológica en general y sus derivaciones en el ámbito de la psicoterapia. Desde entonces, este enfoque y su desarrollo sistemático ha guiado el accionar del Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa-ICPSI (Bagladi & Opazo, 2006).

El EIS es una respuesta al panorama que ha venido presentando la psicoterapia contemporánea, donde existe una divergencia y variedad de enfoques, estrategias clínicas, paradigmas etiológicos, hipótesis y datos de investigación, siendo muchos de ellos excluyentes entre sí. A esto se ha sumado una

pobre precisión y rigurosidad en las investigaciones y en la aplicación de técnicas (Opazo, 2001).

En este contexto, a la hora de establecer los aportes al cambio, los distintos enfoques tienden a mostrarse más bien empatados, sin sobresalir alguno sobre otro (Opazo, 2001). En un intento por hacer algo respecto a los déficit -y potenciar los avances de la psicología en el último siglo-, el EIS busca rescatar consensos y aportes, superar barreras entre diferentes perspectivas teóricas y asumir una actitud menos dogmática, integrando conocimiento donde otros excluyen (Opazo, 2001). El EIS se propone integrar todo conocimiento válido y rescatar toda fuerza de cambio; busca incorporar solamente conocimientos y estrategias que agreguen valor en términos de predicción y cambio (Bagladi & Opazo, 2006).

En su propuesta, el EIS busca la integración organizada de influencias etiológicas -y fuerzas de cambio- provenientes de los paradigmas: **biológico, ambiental-conductual, cognitivo, afectivo, inconsciente y sistémico** en una unidad coherente supraparadigmática. En esta unidad, cada uno de estos paradigmas contribuye a ordenar, seleccionar, validar, guiar, contextualizar, predecir y potenciar el cambio. Son paradigmas causales básicos y -a la vez- subsistemas que están en permanente interacción recíproca, que se organizan en una dinámica psicológica. Su eje integrador es el sistema SELF, el cual constituye el punto de confluencia de los subsistemas o paradigmas (Opazo, 2001). El sistema SELF constituye una especie de procesador central de la experiencia humana y para ello se delimitan sus seis funciones específicas:

- **Función de toma de conciencia:** refiere a la capacidad, calidad y libertad cognitivo/vivencial con que se reconoce la experiencia y el entorno en que ésta ocurre.

- **Función de identidad:** involucra la capacidad de mantener la identidad a través del tiempo poniendo énfasis tanto en lo cognitivo como en lo afectivo;

- **Función de significación:** alude a la traducción que realiza el sistema SELF de los inputs entregados por cada uno de los subsistemas;

- **Función de auto-organización:** implica la reconstrucción y reorganización del sistema SELF después del impacto de cada experiencia sobre el sistema total;

- **Función de búsqueda de sentido:** involucra el significado existencial y el nivel de trascendencia que el sujeto otorga a su vida y acciones;

- **Función de conducción de vida:** refiere a la capacidad del individuo para guiar su propia existencia, así como su desarrollo y crecimiento personal.

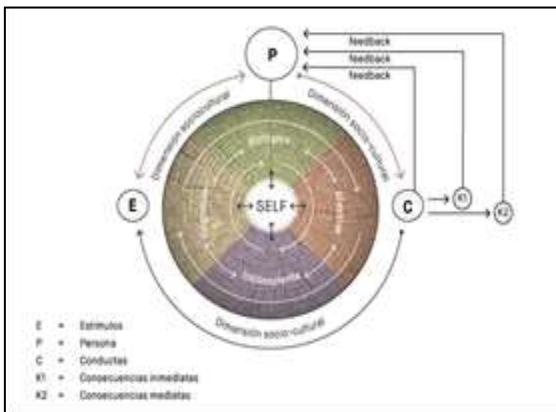
En cada experiencia, el sistema SELF construye estímulos significados a partir de la «materia prima» que aporta la estimulación. Se habla de estímulos terapéuticamente efectivos para referirse a los estímulos procesados, que son los que movilizan efectivamente la dinámica psicológica (Opazo, 2017). En cada experiencia, entonces, el sistema SELF modifica los estímulos a través de su procesamiento, y a su vez es modificado por éstos a través de esta experiencia (Bagladi & Opazo, 2006).

El EIS integra lo nomotético y lo idiográfico, dado que los principios generales a la experiencia humana (nomotéticos) se organizan y configuran de un modo particular (idiográfico) en cada persona. Es preciso, entonces, conocer los principios y las personas. También plantea que la causalidad lineal simple («A causa B») es difícil de encontrar en

el complejo territorio psicológico, y que lo que se encuentra son en realidad principios de influencia del tipo: «si A, entonces es más probable B» (Bagladi & Opazo, 2006).

En la Figura 1, se puede ver el diagrama que representa el EIS. En este diagrama, P es la persona, C es la conducta abierta, K1 son las consecuencias inmediatas y K2 con las consecuencias mediatas. El eje integrador de P es el Sistema Self, hacia el que convergen los seis paradigmas integrados a través de modalidades causales lineales y circulares (Bagladi & Opazo, 2006).

Figura 1: Diagrama Supraparadigma integrativo, Roberto Opazo (2017).



Uno de los mayores aportes del EIS es entregar las bases para una Psicoterapia Integrativa que según Opazo (2001) se delimita conceptualmente como:

«un proceso activo que se desarrolla en un contexto interpersonal. Este proceso es diseñado específicamente y deliberadamente como medio de influencia, la cual se ejerce a través de la génesis de experiencias novedosas en términos cognitivos, afectivos o conductuales, las que a su vez pueden ser correctivas y/o enriquecedoras. El propósito central de un proceso de Psicoterapia Integrativa es alcanzar objetivos acordados entre paciente y

terapeuta. El proceso es conducido por un especialista quien fundamenta su accionar en un Modelo Integrativo Supraparadigmático. La Psicoterapia Integrativa es nutrida por fuerzas de cambio provenientes de los paradigmas biológico, ambiental/conductual, cognitivo, afectivo, inconsciente y sistémico. Estas son fuerzas que han contribuido a la explicación de la génesis de los desajustes psicológicos y a la predicción y al cambio en psicoterapia. Estos principios de influencia administrados flexiblemente en un contexto interpersonal y en función de las necesidades y objetivos del paciente, aportan a la psicoterapia materia prima que el sistema SELF del paciente transforma en estímulo efectivo; esto es, en experiencia movilizadora de cambio. Cuando la situación clínica lo amerita, el psicoterapeuta integrativo complementa la acción de cambio con técnicas específicas que apunten a la superación de síntomas o problemas más específicos. La Psicoterapia Integrativa es, por lo tanto, un proceso creativo permanente basado en principios científicos» (pp. 150-151).

Finalmente, en sus desarrollos más recientes Opazo (2017) incorpora el concepto dimensión sociocultural dentro del desarrollo del Paradigma Ambiental Conductual; esta dimensión es un elemento central a la hora de entender el desarrollo de una persona. Una comprensión realmente integral del comportamiento de las personas requiere conocer el trasfondo cultural -o contexto cultural- en el que este comportamiento ocurre, y cómo ha sido la exigencia adaptativa para esa persona en específico durante su desarrollo. La dimensión sociocultural influye en el tipo de estímulos a los que la persona estará expuesta; y en los significados que la persona irá introyectando desde el contexto de su propia cultura. Para una comprensión integral y coherente del desarrollo del Self de una persona, es necesario “ir entendiendo el estilo idiosincrático de significación de cada paciente” (p. 860), de cada cultura y de cómo

cada persona se ha desarrollado en determinada cultural (o culturas) a la que ha sido expuesta.

2.4 Desafíos actuales

Así, se reconoce como un desafío general la puesta al día respecto de conocimiento de las especificidades del trabajo con personas LGB, acorde a las directrices internacionales y en respuesta a los avances sociales. La exigencia es ponerse al día, desde una postura afirmativa de la diversidad sexual y de acuerdo con dichos lineamientos.

Un segundo desafío tiene relación con el logro de una comprensión de las particularidades del abordaje terapéutico y de salud mental de las personas LGB, que esté acorde a la evidencia científica actual. Asimismo, esta comprensión y hallazgos deben estar dentro de un marco coherente y ordenado. En este marco, el EIS plantea el desafío de rescatar los consensos y aportes que entrega el conocimiento válido, ser capaz de acercarse al desarrollo de apoyo o ayuda desde la psicoterapia que sea culturalmente competente y que no asuma cursos de desarrollo de cada persona a partir de modelos o comprensiones que sean poco capaces de dar cuenta de la manera en que cada persona ha integrado su sí mismo.

El fin último no es más que avanzar en lograr una mejor práctica clínica con personas LGB, que considere su especificidad en la génesis de los desajustes psicológicos y aporte a reconocer de forma más precisa la predicción y el cambio en psicoterapia.

3. Objetivo de este trabajo

El objetivo de este trabajo es reconocer - desde los hallazgos de la evidencia científica- las especificidades del trabajo terapéutico con personas LGB, para luego ordenarlos en el marco del Enfoque Integrativo Supraparadigmático.

4. Metodología

Se realizó una revisión sistemática de la evidencia disponible a nivel mundial entre los años 2000 y 2017, identificando aquellas publicaciones científicas referidos al trabajo terapéutico con personas LGB.

4.1 Identificación de artículos

Para la búsqueda de reportes de investigación, se realizó una búsqueda en bases de datos indexadas: *APA PsycNET*⁶, *Jstor*⁷ y *Scielo*⁸. Se utilizan las palabras clave: *affirmative, therapy, psychotherapy, gay, LGB, sexual minority, homosexual, terapia, psicoterapia, afirmativa, lesbiana, bisexual y minoría sexual*; que fueron utilizadas de manera aislada o combinada entre ellas.

La búsqueda incluyó artículos que fuesen publicados entre los años 2000 y 2017 y que tuvieran a disposición su texto completo. Se excluyeron de la búsqueda aquellos artículos que fueran revisiones o comentarios a libros.

⁶ APA PsycNET: <http://psycnet.apa.org/>

⁷ JSTOR: <http://www.jstor.org/>

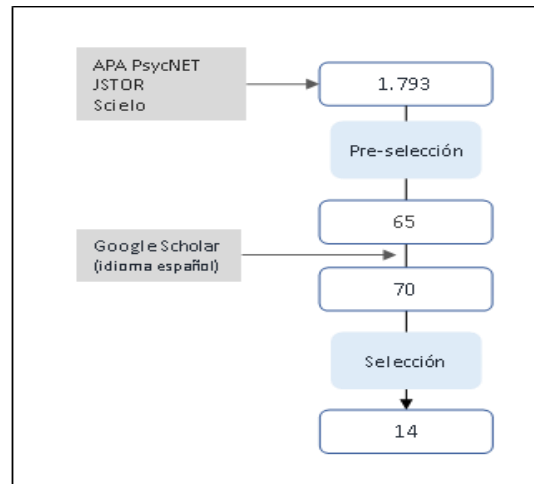
⁸ Scielo: <http://www.scielo.org/>

De este modo se encontraron 1.793 entradas de artículos en la búsqueda. Una vez vistos los resultados, se hizo una preselección - a partir de la revisión de títulos y *abstract*-, de aquellos artículos que trataran los siguientes ámbitos de estudio: intervenciones individuales con personas lesbianas, gay o bisexuales; personas lesbianas, gay o bisexuales como pacientes y terapeutas trabajando con personas lesbianas, gay o bisexuales. Además, se excluyeron aquellos artículos que tuvieran como ámbito de estudio exclusivo las diversidades de identidad de género. Luego de aplicados estos criterios, la cantidad de artículos seleccionados llega a 65.

Dada la baja cantidad de artículos en idioma español encontrados, se agrega una búsqueda más amplia en el motor de búsqueda *Google Scholar*⁹, especializado en la búsqueda de trabajos científicos y académicos. Producto de esta búsqueda, se incorporan cinco artículos en idioma español a la revisión y se llega a una preselección final de 70 publicaciones.

Luego se realizó una revisión detallada de cada uno de los artículos, identificando aquellos que fueran reportes de investigación empíricas, excluyendo aquellos que fuesen revisiones sistemáticas de evidencia y exposiciones teóricas o conceptuales. Finalmente, luego de este filtro, se llegó a un número final de 14 artículos (ver Figura 2).

Figura 2: Diagrama del proceso de selección de artículos



Toda la búsqueda consideró solo aquellos artículos que trataran sobre el proceso terapéutico de personas adultas, así como de intervenciones individuales (por ejemplo: se excluyeron aquellas investigaciones que abordaran la terapia de parejas, grupales o intervenciones familiares).

4.2 Artículos seleccionados

Los artículos seleccionados se muestran en la Tabla 1. Todas estas publicaciones se refieren a la población de adultos LGB, así como a la identificación de especificidades propias de su abordaje psicoterapéutico.

⁹ Google Scholar: <https://scholar.google.com/>

Tabla 1: Artículos seleccionados

Nº	Título	Año	Referencia
1	A survey of clinical psychologists on treating lesbian, gay, and bisexual clients.	2002	Murphy, J. A., Rawlings, E. I., & Howe, S. R. (2002). A survey of clinical psychologists on treating lesbian, gay, and bisexual clients. <i>Professional Psychology: Research and Practice</i> , 33(2), 183.
2	Predictors of psychotherapeutic benefit of lesbian, gay, and bisexual clients: The effects of sexual orientation matching and other factors	2003	Jones, M. A., Botsko, M., & Gorman, B. S. (2003). Predictors of psychotherapeutic benefit of lesbian, gay, and bisexual clients: The effects of sexual orientation matching and other factors. <i>Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training</i> , 40(4), 289.
3	Psychologists' Attitudes and Therapeutic Approaches Toward Gay, Lesbian, and Bisexual Issues Continue to Improve: An Update	2005	Kilgore, H., Sideman, L., Amin, K., Baca, L., & Bohanske, B. (2005). Psychologists' Attitudes and Therapeutic Approaches Toward Gay, Lesbian, and Bisexual Issues Continue To Improve: An Update. <i>Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training</i> , 42(3), 395.
4	Same-Sex Attraction: A Survey Regarding Client-Directed Treatment Goals	2005	Liszc, A. M., & Yarhouse, M. A. (2005). Same-Sex Attraction: A Survey Regarding Client-Directed Treatment Goals. <i>Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training</i> , 42(1), 111.
5	Therapist qualities preferred by sexual-minority individuals	2006	Burckell, L. A., & Goldfried, M. R. (2006). Therapist qualities preferred by sexual-minority individuals. <i>Psychotherapy: Theory, research, practice, training</i> , 43(1), 32.
6	Gender and sexual identity-based predictors of lesbian, gay, and bisexual affirmative counseling self-efficacy	2008	Dillon, F. R., Worthington, R. L., Soth-McNett, A. M., & Schwartz, S. J. (2008). Gender and sexual identity-based predictors of lesbian, gay, and bisexual affirmative counseling self-efficacy. <i>Professional Psychology: Research and Practice</i> , 39(3), 353.
7	Therapists' helpful and unhelpful situations with LGBT clients: An exploratory study	2008	Israel, T., Gorcheva, R., Walther, W. A., Sulzner, J. M., & Cohen, J. (2008). Therapists' helpful and unhelpful situations with LGBT clients: An exploratory study. <i>Professional Psychology: Research and Practice</i> , 39(3), 361.
8	Gay and bisexual male clients' perceptions of counseling: The role of perceived sexual orientation similarity and counselor universal-diverse orientation	2011	Stracuzzi, T. I., Mohr, J. J., & Fuertes, J. N. (2011). Gay and bisexual male clients' perceptions of counseling: The role of perceived sexual orientation similarity and counselor universal-diverse orientation. <i>Journal of counseling psychology</i> , 58(3), 299.
9	Sexual orientation microaggressions: the experience of lesbian, gay, bisexual, and queer clients in psychotherapy	2011	Shelton, K., & Delgado-Romero, E. A. (2011). Sexual orientation microaggressions: the experience of lesbian, gay, bisexual, and queer clients in psychotherapy. <i>Journal of Counseling Psychology</i> , 58(2), 210.
10	Reparative attitudes of Italian psychologists toward lesbian and gay clients: Theoretical, clinical, and social implications	2015	Lingiardi, V., Nardelli, N., & Tripodi, E. (2015). Reparative attitudes of Italian psychologists toward lesbian and gay clients: Theoretical, clinical, and social implications. <i>Professional Psychology: Research and Practice</i> , 46(2), 132.
11	The therapy relationship with lesbian and gay clients	2015	Kelley, F. A. (2015). The therapy relationship with lesbian and gay clients. <i>Psychotherapy</i> , 52(1), 113.
12	Determinants of lesbian and gay affirmative practice among heterosexual therapists	2015	Alessi, E. J., Dillon, F. R., & Kim, H. M. S. (2015). Determinants of lesbian and gay affirmative practice among heterosexual therapists. <i>Psychotherapy</i> , 52(3), 298.
13	The moderating role of internalized homonegativity on the efficacy of LGB-affirmative psychotherapy: Results from a randomized controlled trial with young adult gay and bisexual men	2016	Millar, B. M., Wang, K., & Pachankis, J. E. (2016). The moderating role of internalized homonegativity on the efficacy of LGB-affirmative psychotherapy: Results from a randomized controlled trial with young adult gay and bisexual men. <i>Journal of consulting and clinical psychology</i> , 84(7), 565.
14	Counseling and psychological practices with sexual and gender minority persons living with chronic illnesses/disabilities (CID)	2017	Dispenza, F., Varney, M., & Golubovic, N. (2017). Counseling and psychological practices with sexual and gender minority persons living with chronic illnesses/disabilities (CID). <i>Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity</i> , 4(1), 137.

5. Resultados

La revisión y análisis de las publicaciones seleccionadas, muestra la existencia de cuatro

grupos generales de hallazgos, que permiten profundizar en las especificidades del trabajo clínico con personas LGB. Como es posible ver en la Tabla 2, la gran mayoría de las publicaciones aporta hallazgos referidos a las

características de los terapeutas, mientras que el número menor aporta a los temas recurrentes en el trabajo clínico.

Tabla 2: Agrupación de artículos según hallazgos

Grupo	Número de publicaciones
1. Temas recurrentes en el trabajo clínico con personas LGB	1
2. Características del proceso terapéutico con personas LGB	4
3. Características específicas de las personas LGB en procesos psicoterapéuticos	2
4. Características específicas de terapeutas en procesos psicoterapéuticos con personas LGB	10

A continuación, se sistematizan los hallazgos en cada grupo.

5.1 Temas recurrentes en el trabajo clínico con personas LGB

En su estudio Muphy, Rawlings y Howe (2002) identifican una serie de temáticas recurrentes en el trabajo con personas LGB. En la encuesta aplicada a 378 terapeutas de Estados Unidos, cuyo 56 % habría trabajado con personas LGB durante la última semana, entrega como temas más importantes el trabajo sobre relaciones de pareja, autoestima, depresión y ansiedad. Seguido del desarrollo de redes de apoyo, alejamiento de la familia, el proceso de salir del clóset, la imagen corporal, el abuso de drogas y la reparación del impacto producido por situaciones de abuso sexual o violación; los resultados indican que este último tema es más frecuente en mujeres. Respecto de la existencia de particularidades en la población de personas bisexuales -en comparación a personas lesbianas o gay-, se observa una mayor preocupación por el

proceso de desarrollo de la identidad bisexual, al ser más escasa la aceptación en la comunidad. Asimismo, se observa que los terapeutas -erróneamente- ven esta orientación como un estadio en el proceso de desarrollo de una identidad gay o lesbiana; además plantean como un desafío el desarrollo de relaciones de pareja en personas bisexuales, al existir una necesidad de contar con intimidad sexual con una persona de género diferente al de su actual pareja.

5.2 Características del proceso terapéutico con personas LGB

Jones, Botsko y Gorman (2003) encuestan a 600 personas LGB, y entregan una serie de hallazgos sobre el proceso terapéutico en base a tres dimensiones: Contexto histórico, Límites y Episodio. Al comparar sus resultados -correspondientes a la década de 1990- con estudios de la década de 1970, encuentran un aumento en la percepción de beneficio por parte de las personas, que podría responder a cambios en el Contexto histórico entre una década y otra. En la exploración de los Límites en la trabajo terapéutico, encuentran una afectación de los beneficios si existe un traspaso de límites sexuales por parte de los terapeutas (similar a otras investigaciones sobre procesos de terapia genéricos); en contraste con este hallazgo, señalan que la extensión de los límites más allá del espacio de sesiones (por ejemplo llamando por teléfono o visitando a pacientes que se encuentran enfermos, o asistiendo a eventos sociales importantes para los pacientes), se relaciona con la percepción de mayor beneficio. Finalmente, en relación con el Episodio en que se consulta, indican que la mayor “dosis” de terapia (mayor a 10 sesiones), también se relaciona con mayor percepción de beneficio.

Al investigar la relación terapéutica, Kelley (2015) encuesta a 116 personas LG y encuentra que mientras más afirmativa y útil es percibida una práctica terapéutica, se intensifica la percepción de: una alianza de trabajo positiva entre el terapeuta y el paciente, y de una «relación real» entre los mismos actores (entendida como la percepción por parte del paciente de un interés y vínculo genuino por parte del terapeuta). Además, se encuentra una relación entre la alianza de trabajo y la relación real. Si bien este estudio encuentra una mejor percepción de la utilidad del apoyo recibido por parte de terapeutas LGB -en comparación a los terapeutas heterosexuales-, no existen diferencias significativas en la percepción de la alianza terapéutica o la relación real entre ambos grupos de terapeutas; persisten como elementos más importante la empatía o la sensibilidad, elementos propios de una alianza terapéutica positiva y relación real.

Shelton y Delgado-Romero (2011) realizan grupos focales con 16 personas LGB, e investigan la existencia de microagresiones¹⁰ en sus experiencias terapéuticas. En su estudio encuentran siete tipos de microagresiones percibidas por parte de pacientes: Asumir que la orientación sexual es la causa de los problemas presentes, Evitar hablar de o minimizar la orientación sexual, Intentos por sobreidentificarse con el cliente LGB, Asumir estereotipos de los clientes LGB, Expresiones de sesgo heteronormativo¹¹, Asumir que todas

las personas LGB necesitan tratamiento psicoterapéutico, Advertir sobre los peligros de identificarse como LGB. Estas microagresiones se pueden expresar o transmitir por medio del lenguaje verbal y no verbal, así como también pueden ser ambientales (por ejemplo: tener solamente folletos, revistas, libros o fotografías que no informan sobre nada relativo a personas LGB y que asumen solamente una realidad estereotípicamente heterosexual). El impacto de estas microagresiones, involucra un cambio en la actitud de los pacientes hacia la terapia y una disminución de la búsqueda de ayuda frente a los problemas; asimismo, se identifican un impacto emocional: incomodidad, confusión, pérdida de poder, invisibilidad, rechazo, sentirse forzado o manipulado para cumplir con el tratamiento.

Finalmente, Israel, Gorcheva, Walther, Sulzner y Çohen (2008), entrevistan a 14 terapeutas y exploran las situaciones percibidas como Útiles (de ayuda) versus aquellas que fueron percibidas como Inútiles (de no-ayuda) en la atención a personas LGB. Los terapeutas identifican como situaciones útiles aquellas donde fueron: expertos o conocedores del tema y afirmativos de orientación sexual; capaces de ayudar a explorar la identidad de los pacientes y entender su orientación sexual como un continuo; hábiles para el logro de una relación positiva y capaces de focalizarse en las preocupaciones actuales. Como consecuencias de estas situaciones útiles, los terapeutas identifican: mejora en la calidad de vida de los pacientes; impacto positivo en la alianza terapéutica; logro de un espacio seguro para la exploración de la identidad de los pacientes; reducción de los sentimientos de aislamiento y un impacto positivo en la promoción del desarrollo de la identidad personal. Como situaciones inútiles, los terapeutas identifican:

y mujer se conocen, se enamoran, se casan, tienen hijos y esos hijos reproducen la norma) (PFLAG, 2008).

¹⁰ Actitudes ofensivas, despreciativas o desconsideradas, voluntarias o involuntarias, que ocurren todos los días y que transmiten mensajes hostiles y derogatorios hacia personas sobre la base de pertenecer a un grupo minoritario o marginal (Woodford, Howell, Kulick & Silvershanz, 2013). Las microagresiones son sutiles e insidiosas, y muchas veces se dirigen hacia la comunidad LGB para reforzar los roles tradicionales, aliviar sentimientos de incomodidad cuando se está en cercanía de una persona LGB, distanciarse de la posibilidad de ser visto como parte de la comunidad LGB, y confirmar la propia heterosexualidad (Jewel & Morrison, 2010).

¹¹ Idea socialmente construida de que todos debieran seguir las normas tradicionales que establece la heterosexualidad (hombre

expresar reacciones dañinas, insatisfactorias o negativas frente a la orientación sexual de los pacientes; asumir la orientación sexual LGB sin que los pacientes la señalen; no estar preparados para enfrentar identidades complejas; imponer valores, juicios o decisiones a los pacientes; no focalizarse en las preocupaciones actuales de los pacientes y no tener un espacio de terapia afirmativo. Como consecuencias de estas situaciones, los terapeutas señalan: impacto negativo en la alianza terapéutica; deserción; decrecimiento de la calidad de vida y del progreso; aumento de síntomas y disminución de la autoaceptación; menor autocuidado; impacto negativo en el proceso de desarrollo de la orientación sexual; percepción negativa de la terapia; falta de apertura y falta de esperanza.

5.3 Características específicas de las personas LGB en procesos psicoterapéuticos

Jones et al. (2003), también señalan como uno de sus hallazgos la relación positiva que existe entre la edad de los pacientes y su percepción de beneficio del proceso terapéutico. Esto se podría explicar desde una mayor integración de la identidad en aquellas personas de mayor edad.

Millar, Wang y Pachankis (2016), evalúan a 54 hombres GB e investigan el rol mediador que podría tener la homonegatividad internalizada¹², sobre los resultados de una intervención cognitivo conductual enfocada en la reducción de depresión, ansiedad y conductas de riesgo, específicamente diseñada para trabajar de forma afirmativa con personas

GB. Esta intervención busca fortalecer las capacidades de afrontamiento del estrés de minoría. Sus resultados indican que la homonegatividad internalizada sí cumple un rol mediador; aquellas personas que presentan mayores indicadores de homonegatividad internalizada de tipo implícita, se observa una mayor reducción de síntomas depresivos, ansiosos y prácticas sexuales de riesgo, mientras que aquellas personas que presentan mayores indicadores de homonegatividad internalizada de tipo explícita, se observa una mayor reducción de consumo de alcohol.

5.4 Características específicas de terapeutas en procesos psicoterapéuticos con pacientes LGB

Kilgore, Sideman, Amin, Baca y Bohanske (2005), encuestan a 437 doctores en psicología y comparan los resultados de su estudio con uno similar realizado en 1995. En esta comparación encuentran que se observa un creciente número de terapeutas que cuentan con una aproximación afirmativa hacia las personas LGB. Disminuye el número de terapeuta que ven la orientación sexual homosexual y bisexual de forma patológica. Si bien en el estudio de 1995 no se observaron diferencias de género, en el presente estudio se observa que las terapeutas mujeres muestran una mayor aceptación y apoyo al estilo de vida LGB, mayor aversión a las terapias reparatorias y una mayor apertura a recibir formación en aproximación afirmativa.

En el mismo año, Liszcz y Yarhouse (2005), publican los resultados de un estudio que comparó las respuestas a una encuesta aplicada a 186 terapeutas dividido en tres grupos: Terapeutas con filiación religiosa (de la Asociación Cristiana de Estudios Psicológicos), Terapeutas que se consideran generalistas (de

¹² Homonegatividad Internalizada: Es similar al concepto de Homofobia Internalizada, descrito anteriormente a partir de los propuesto por Meyer y Dean (1998).

la APA) y Terapeutas que se definen como especialistas en personas LGB (de la APA). El estudio compara el grado de acuerdo de los terapeutas con metas u objetivos que plantean los pacientes, divididos en: metas afirmativas de la orientación sexual (donde la homosexualidad es una variante natural), metas neutras respecto de la orientación sexual, metas no afirmativas de la conducta derivada de la orientación sexual y metas reparatorias o no afirmativas de la orientación sexual (donde la homosexualidad es una anomalía que se debe corregir). Los resultados indican que los terapeutas tienden a mostrar acuerdo o no acuerdo con las metas propuestas por los clientes en función de sus creencias o conocimientos. Los tres grupos de terapeutas muestran diferencias significativas en su grado de acuerdo con las metas de los clientes, donde los terapeutas religiosos muestran menor acuerdo o apoyo las metas que LGB-afirmativas, los especialistas LGB muestran el menor acuerdo con las metas que involucran cambio de la conducta o reparación de la orientación sexual y los terapeutas generalistas muestran una mayor aceptación de las metas neutras.

Burckell y Golfried (2006) aplican instrumentos a 42 participantes, buscando identificar aquellas cualidades de los terapeutas que son más importantes para las personas LGB, y cómo dichas cualidades son más (o menos) importantes si la identidad sexual es saliente (o no) como problema actual. Aquellos terapeutas que tienen una falta de conciencia de las temáticas LGB importantes, que sobre enfatizan la identidad sexual de las personas como un tema relevante, que fallan al no reconocer que una persona no es heterosexual y usan un lenguaje heterocéntrico, muestran un impacto negativo en su capacidad para retener a las personas LGB como pacientes y entregar un tratamiento efectivo -independiente de si la identidad sexual es (o no es) un tema saliente

actualmente-. Estos resultados indican además que contar con una aproximación afirmativa es beneficioso siempre, independiente de la presencia de problemas con la identidad sexual o no. Asimismo, concluyen que aquellas características que son esenciales en el trabajo con personas que presentan un motivo de consulta específico acerca de su orientación sexual: Conocimiento específico acerca de la orientación sexual LGB, prácticas LGB-afirmativas y el logro de una alianza terapéutica.

Dillon, Worthington, Soth-McNett y Shwartz (2008) aplican instrumentos a 178 terapeutas e investigan si la manera en que se desarrolla la propia identidad sexual (orientación sexual e identidad de género) de los terapeutas, tiene un impacto en la autoeficacia como agentes LGB-afirmativos. Sus hallazgos señalan que aquellos terapeutas que han desarrollado un proceso de exploración de la identidad sexual, logrando una mayor autoconfianza de género -ya sea vía entrenamiento, supervisión o educación continua-, muestran menores sesgos heterosexistas e incomodidad al trabajar con personas LGB. Esta relación también se observa en la autoeficacia como terapeuta LGB-afirmativo; la cual también se relaciona con identificarse como persona LGB y con contar con experiencias previas de trabajo con personas LGB.

Israel et al. (2008) también identifican una serie de consecuencias para los terapeutas producto de haber experimentados situaciones Útiles o Inútiles (para favorecer una labor terapéuticamente positiva) en su trabajo con personas LGB, y tener conciencia de sus errores o aciertos. Como consecuencias positivas para el terapeuta señalan: sentimiento positivo de ayudar a otros, de ser testigos de un progreso en el paciente; mayor apertura a entender o discutir sobre temas LGB; sentimiento de mejora en las habilidades clínicas con los pacientes; sentirse agradecido y

afortunado de trabajar con pacientes; aumento del conocimiento y toma de conciencia de las experiencias LGB; búsqueda de entrenamiento o estudio en temas LGB y mejora en su capacidad de entrega de servicios a personas LGB. Como consecuencias negativas, los terapeutas indican: percepción de fracaso, culpa o arrepentimiento, consideración de otro tipo de trabajo o carrera profesional, decrecimiento en su efectividad y experiencias negativas hacia los clientes (disgusto, frustración, irritabilidad o repulsión)

En su estudio, Stracuzzi, Mohr y Fuertes (2011) evalúan 83 díadas terapeuta-cliente, buscando conocer si la Orientación Diversa-Universal¹³ y la percepción (por parte de las personas LGB) de similitudes demográficas con los terapeutas, se asocian (o no) con la percepción de un proceso terapéutico positivo: alianza de trabajo, calidez de la sesión, profundidad de la sesión y mejora continua en el trabajo terapéutico. En sus resultados indica que la Orientación Diversa-Universal se relaciona positivamente con la percepción de un proceso positivo, específicamente en las variables: alianza de trabajo, calidez y profundidad de la sesión.

Lingiardi, Nardelli y Tripodi (2015), aplican un cuestionario a 3.135 terapeutas italianos buscando identificar la existencia de actitudes reparativas y qué factores se podrían relacionar a ellas. Si bien tres cuartos de la muestra consideran la orientación sexual homosexual como una variante natural del desarrollo humano, un 58 % muestra actitudes reparativas en la atención de personas LGB. Al observar otras variables que podrían influir sobre esta existencia, los autores no identifican variables demográficas (incluso en aquellos

terapeutas LGB se encuentra similar frecuencia), identifican dos variables socioculturales (alto compromiso religioso y político conservador), una variable profesional (haber tenido como pacientes a personas LGB infelices con su propia identidad) y ninguna creencia etiológica desde la disciplina.

En su trabajo, Alessi, Dillon y Kim (2015), aplican un cuestionario a 443 terapeutas heterosexuales y buscan conocer los factores que pueden influir en involucrarse en la aproximación afirmativa. Sus resultados indican que la autoeficacia LGB-afirmativa y las creencias de lo que debe hacer un terapeuta afirmativo, tienen un rol mediador entre las actitudes y el involucramiento de personas heterosexuales en un trabajo como terapeuta LGB-afirmativo. A mayor cantidad de actitudes afirmativas, mayores son los niveles de autoeficacia LGB-afirmativa y de creencias positivas, lo que está relacionado con mayores niveles de involucramiento en prácticas afirmativas. La autoeficacia LGB-afirmativa es el mecanismo mediante el cual el entrenamiento en temas de minorías sexuales influencia el involucramiento en prácticas afirmativas.

Dispenza, Varney y Golubovic (2017), aplican una encuesta a 63 profesionales de salud mental y estudian las prácticas que llevan adelante en su trabajo con personas LGB con enfermedades crónicas. Identifican algunos elementos que los terapeutas consideran importantes para desarrollar un trabajo adecuado. Estos elementos son: Competencia en interseccionalidad¹⁴: Conocimiento para evaluar los prejuicios y sesgos, identificar

¹³ Orientación Diversa-Universal: Según Vontress (1996), citado en Stracuzzi, Mohr y Fuertes (2011), es la toma de conciencia, aceptación y valoración de las similitudes y diferencias en las personas. Involucra un componente cognitivo (interés por la diversidad), afectivo (comodidad con las similitudes y diferencias) y conductual (contacto con personas diversas).

¹⁴ Interseccionalidad: Teoría que busca complejizar la comprensión de la raza/sexo/género (y otras marginaciones), argumentando que las marginaciones múltiples se constituyen mutuamente y no pueden ser entendidas o intervenidas por enfoques que las tratan como temas distintos de investigación (Bauer, 2014).

factores de riesgo, toma de conciencia de diversas formas de internalización de la opresión y adecuado conocimiento médico; Conciencia afirmativa: conciencia activa de sus propias visiones de mundo para resistir los estereotipos y prejuicios dañinos, conciencia de los sesgos y sostener actitudes afirmativas; Prácticas de justicia social: Abogacía, actuando como un agente de cambio social, y conocimiento de soportes y redes sociocomunitarias; Valores éticos: respecto a la autonomía de las personas, fidelidad a lo que las personas quieren y necesitan, favorecer el beneficio y evitar el daño y respeto irrestricto por la confidencialidad.

6. Conclusiones

Casi la totalidad de las investigaciones revisadas corresponden a estudio hechos en Estados Unidos, sin embargo, esto se puede deber a un sesgo dado por las bases de datos utilizadas para la búsqueda de publicaciones. Al observar la existencia de evidencia en temas relativos a diversidad sexual, es llamativa la escasa investigación disponible y referida específicamente al trabajo psicoterapéutico con personas LGB; en contraste con la cantidad de evidencia disponible sobre salud mental, desarrollo de la identidad sexual, la experiencia de crecer siendo una persona LGB, la experiencia de paternidad y maternidad en personas LGB y el desarrollo de sus hijos e hijas, las experiencias de familias con padres y madres del mismo sexo, entre otras temáticas. Parecer ser que la investigación empírica en el trabajo terapéutico con personas LGB es más escasa, difícil o reciente.

A través de esta revisión sistemática se da cuenta de la forma en que la investigación en psicoterapia con personas LGB ha puesto su foco -dentro del periodo investigado- principalmente en la identificación de

elementos propios del terapeuta, tanto en su desempeño, como en variables relativas a su formación y antecedentes demográficos. Ha existido un menor foco puesto en las características de las personas que consultan y en los elementos propios del tipo de proceso terapéutico que se lleva adelante. A partir de los hallazgos encontrados, se pueden extraer las siguientes conclusiones:

- En el trabajo clínico con personas LGB persisten como relevantes aquellas temáticas referidas a los desafíos sociales que involucra ser una persona LGB en el contexto sociocultural actual. Salir del clóset, el alejamiento familiar, el desarrollo de redes de apoyo, entre otros temas, siendo teniendo una importancia significativa en el trabajo de acompañamiento terapéutico. El impacto del estrés de minoría y la necesidad de establecer intervenciones afirmativas -que permitan disminuir o reparar el daño por estigma y discriminación- siguen siendo el eje central del trabajo con personas LGB. En este contexto, el trabajo sobre los Paradigmas Ambiental-Conductual, Sistémico e Inconsciente se torna particularmente relevante.

- Considerando la importancia de la dimensión sociocultural, en el trabajo con personas LGB se pone en relevancia el logro una comprensión cabal del estilo idiosincrático de significación. Tal como dice Opazo (2017) *“conocer el estilo de significación de un paciente, nos ayudará a predecir qué tipo de experiencias terapéutica le resultarán significativas. Y nos ayudará a elaborar las mejores intervenciones clínicas; es decir aquellas que, con probabilidad, serán transformadas por el paciente en estímulos efectivos”* (p. 861). Desde el rol de terapeuta, estar atento -y con herramientas suficientes- al logro de esta comprensión es de vital importancia, especialmente al trabajar con personas que pertenecen a grupos estigmatizados.

- Al igual que en la investigación del trabajo terapéutico genérico, el logro de una alianza terapéutica aparece como uno de los ejes centrales en el trabajo con personas LGB. Esta alianza involucra un acercamiento particular, al requerir de un trabajo personal del terapeuta sobre sus propios prejuicios y su desarrollo de identidad. Surge como concepto llamativo la «relación real», que enfatiza la necesidad de establecer un vínculo genuino entre el terapeuta y el paciente LGB. A partir de este concepto se releva también el rol del terapeuta, por sobre otras variables como un elemento de vital importancia.

- Como características surgen la autoeficacia LGB-afirmativa del terapeuta (en cuanto a sus competencias como agente LGB-afirmativo) y la Orientación Diversa-Universal. Son relevantes en el desarrollo de terapeutas con mayores competencias para el trabajo terapéutico con personas LGB. La Orientación Diversa-Universal (concepto similar al de Competencia Cultural) se relaciona con la toma de conciencia, aceptación y valoración de las similitudes y diferencias en las personas. Involucra un componente cognitivo (interés por la diversidad), afectivo (comodidad con las similitudes y diferencias) y conductual (contacto con personas diversas). Pareciera ser que este concepto -que surge desde la investigación en diversidad-, debiera estar a la base del trabajo de todo terapeuta con todo paciente; el terapeuta afirmativo debería valorar las diferencias en el desarrollo de sus pacientes, sentirse cómodo al enfrentar diferentes historias y realidades y contar con experiencias de vida de diverso tipo.

- Existe la necesidad de contar con trabajo de formación de profesionales. Un plan de formación no solo debe incorporar la entrega de conocimiento e información, sino que además debe acompañar un trabajo sobre la propia persona del terapeuta y aumentar la

competencia cultural. Esta competencia no involucra un cambio de las posturas valóricas del terapeuta, ni obliga a modificar sus creencias; involucra la habilidad para acercarse a una cultura (persona) -o forma de funcionar (ser)- diferentes a las propias, y tener la humildad para entender cómo la propia forma de ver la vida tiñe la manera en que se acerca a otro y que cada forma de funcionar, ser y desarrollar la vida es tan válida como la propia.

- Se necesita un marco de comprensión del funcionamiento de las personas, que no asuma (ni teorice) una forma única en que se debería desarrollar la identidad o un Self integrado y coherente, con especial énfasis en la función de Identidad. Un marco adecuado y capaz de incorporar la amplia diversidad de personas y culturas, debe ser abierto a los diferentes cursos de vida que el desarrollo psicológico puede tomar; sin recetas únicas y con natural apertura a las diversas formas en que las diferentes dimensiones del desarrollo humano pueden intersectar en cada persona. Dentro de esto, el EIS y la Psicoterapia Integrativa EIS son un camino natural para acompañar el desarrollo de una persona, sin asumir ni esperar un curso único. Además, tiene en sus bases la apertura a la evidencia científica, que permite ser dinámico en la incorporación de nuevos hallazgos.

El desarrollo de una forma de comprender el trabajo con personas LGB desde la Psicoterapia Integrativa EIS, se constituye en un avance en sí mismo para el logro de una adecuada, culturalmente competente y afirmativa entrega de apoyo y ayuda psicoterapéutica.

Existe una urgente necesidad de contar con información actualizada, con sustento científico y que permita profundizar en las especificidades en la salud mental de personas LGB. Además, se necesitan programas de formación de competencias para el abordaje

adecuado de las personas LGB. Esta formación no involucra solamente contar con más información y conocimiento, si no que requiere de dispositivos integrales, con supervisión de

atención clínica y metodologías que permitan acompañar el desafío personal que involucra el trabajo con personas LGB, y otros grupos estigmatizados.

Referencias

- Aldrich, R. (2006).** Gay and Lesbian History. En Robert Aldrich (Eds.), *Gay Life and Culture: A World History*, (pp. 7-27). London: Thames & Hudson Ltd.
- Alessi, E. J., Dillon, F. R., & Kim, H. M. S. (2015).** Determinants of lesbian and gay affirmative practice among heterosexual therapists. *Psychotherapy*, 52(3), 298.
- American Counseling Association (1990).** Action by American Counseling Association Governing Council, Abril 1999.
- American Psychiatric Association (1974).** Position statement on homosexuality and civil rights. *American Journal of Psychiatry*, 131, 497.
- American Psychiatric Association. (1998).** "Reparative" therapy. Washington, DC: Author.
- American Psychological Association (2011).** APA Policy Statements on Lesbian, Gay, Bisexual, & Transgender Concerns. Public Interest Directorate, Washington, DC.
- American Psychological Association (2012a).** Answers to your questions: For a better understanding of sexual orientation and homosexuality. Washington, DC.
- American Psychological Association (2012b).** Guidelines for Psychological Practice with Lesbian, Gay, and bisexual clients. American Psychological Association, Washington, DC.
- American Psychological Association. (2009).** Report of the task force on appropriate therapeutic responses to sexual orientation. Washington, DC: American Psychological Association.
- Bagladi, V. y Opazo, R. (2006).** Artículo: La etiopatogenia de los trastornos de personalidad desde la psicoterapia integrativa. *Revista electrónica de psiquiatría*, Vol. 10, No. 1
- Bauer, G. R. (2014).** Incorporating intersectionality theory into population health research methodology: challenges and the potential to advance health equity. *Social Science & Medicine*, 110, 10-17.
- Bauer, G.R. & Jiram, JA (2008).** Are lesbians really women who have sex with women (WSW)? Methodological concerns in measuring sexual orientation in health research. *Women Health*, 48(4), 383-408.
- Bradford, J., Ryan, C., & Rothblum, E. D. (1994).** National Lesbian Health Care Survey: Implications for mental health care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 228-242.
- Brown, L. S. (2009).** Cultural competence: A new way of thinking about integration in therapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 19(4), 340.
- Colegio de Psicólogos de Chile A. G. (2015).** Fundamentos técnicos: Posición del Colegio de Psicólogos de Chile acerca de las terapias reparativas para curar la homosexualidad.
- Conger, J. (1975).** Proceedings of the American Psychological Association, Incorporated, for the year 1974: Minutes of the annual meeting of the Council of

Representatives. *American Psychologist*, 30, 620–651

Cornejo, J. R. (2011). Configuración de la homosexualidad medicalizada en Chile. *Sexualidad, Salud y Sociedad-Revista Latinoamericana*, (9).

DeLeon, P. H. (1998). Proceedings of the American Psychological Association, Inc., for the legislative year 1997, minutes of the annual meeting of the Council of Representatives August 14 and 17, 1997, Chicago, IL, and minutes of the June, August, and December 1997 meetings of the Board of Directors. *American Psychologist*, 53, 882-939.

Dillon, F. R., Worthington, R. L., Soth-McNett, A. M., & Schwartz, S. J. (2008). Gender and sexual identity-based predictors of lesbian, gay, and bisexual affirmative counseling self-efficacy. *Professional Psychology: Research and Practice*, 39(3), 353.

Dispenza, F., Varney, M., & Golubovic, N. (2017). Counseling and psychological practices with sexual and gender minority persons living with chronic illnesses/disabilities (CID). *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 4(1), 137.

Drescher, J. (2015). Queer diagnoses revisited: The past and future of homosexuality and gender diagnoses in DSM and ICD. *International review of psychiatry*, 27(5), 386 - 395.

Fong, R., & Furuto, S. M. (Eds.). (2001). Culturally competent practice: Skills, interventions, and evaluations. Pearson College Division.

INE (2013). Censo 2012: Resultados XVIII Censo de Población. Instituto Nacional de Estadísticas, Santiago, Chile.

Instituto Nacional de la Juventud (2012) Séptima Encuesta Nacional de la Juventud 2012. Ministerio de Desarrollo Social.

Israel, T., Gorcheva, R., Walther, W. A., Sulzner, J. M., & Cohen, J. (2008). Therapists' helpful and unhelpful situations with LGBT clients: An exploratory study. *Professional Psychology: Research and Practice*, 39(3), 361.

Jewel, L. M. & Morrison, M. A. (2010). "But there's a million jokes about everybody..." Prevalence of, and reasons for directing negative behaviors toward gay men on a Canadian university campus. *Journal of Interpersonal Violence*, 25, 2094-2112.

Johnson, S. (2012) Gay Affirmative Psychotherapy with Lesbian, Gay, and Bisexual Individuals: Implications for Contemporary Psychotherapy Research. *American Journal of Orthopsychiatry*, 82(4,) 516-522

Jones, M. A., Botsko, M., & Gorman, B. S. (2003). Predictors of psychotherapeutic benefit of lesbian, gay, and bisexual clients: The effects of sexual orientation matching and other factors. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 40(4), 289.

Kelley, F. A. (2015). The therapy relationship with lesbian and gay clients. *Psychotherapy*, 52(1), 113

Kilgore, H., Sideman, L., Amin, K., Baca, L., & Bohanske, B. (2005). Psychologists' Attitudes and Therapeutic Approaches Toward Gay, Lesbian, and Bisexual Issues Continue To Improve: An Update. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42(3), 395.

Kort, J. (2008). Gay affirmative therapy for the straight clinician: The essential guide (1st ed.). New York: W.W. Norton & Company, Inc.

Laumann, E. Gagnon, J., Michael, R., y Michaels, S. (1994). The Social organization of sexuality in the United States. Chicago: University of Chicago Press.

Lingiardi, V., Nardelli, N., & Tripodi, E. (2015). Reparative attitudes of Italian psychologists

- toward lesbian and gay clients: Theoretical, clinical, and social implications. *Professional Psychology: Research and Practice*, 46(2), 132.
- Liszczy, A. M., & Yarhouse, M. A. (2005).** Same-Sex Attraction: A Survey Regarding Client-Directed Treatment Goals. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42(1), 111.
- Maylon, A. (1982)** Homosexuality and Psychotherapy. New York: Haworth Press
- Meyer, I. H. (2013).** Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 1(S), 3-26.
- Meyer, I. H., & Dean, L. (1998).** Internalized homophobia, intimacy, and sexual behavior among gay and bisexual men. *Psychological perspectives on lesbian and gay issues*, 4, 160-186.
- Millar, B. M., Wang, K., & Pachankis, J. E. (2016).** The moderating role of internalized homonegativity on the efficacy of LGB-affirmative psychotherapy: Results from a randomized controlled trial with young adult gay and bisexual men. *Journal of consulting and clinical psychology*, 84(7), 565.
- Ministerio de Desarrollo Social (2015).** Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional: Diversidad sexual, síntesis de resultados.
- Murphy, J. A., Rawlings, E. I., & Howe, S. R. (2002).** A survey of clinical psychologists on treating lesbian, gay, and bisexual clients. *Professional Psychology: Research and Practice*, 33(2), 183.
- OMS (2004).** Prevención de los Trastornos Mentales: Intervenciones efectivas y opciones de políticas públicas. Ginebra
- Opazo, R. (2017).** *Psicoterapia Integrativa EIS: Profundizando la comprensión, potenciando el cambio*. Santiago, Chile: Ediciones ICPSI.
- Opazo, R. (2001).** *Psicoterapia Integrativa: Delimitación Clínica*. Santiago, Chile: Ediciones ICPSI
- Organización Panamericana de la Salud (2013).** Abordar las causas de las disparidades en cuanto al acceso y la utilización de los servicios de salud por parte de las personas lesbianas, homosexuales, bisexuales y trans. Documento de exposición de conceptos. 52º. Consejo Directivo de la OPS, 65.ª Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, Washington, D.C., del 30 de septiembre al 4 de octubre del 2013.
- Pathela, P., Hajat, A., Schillinger, J., Blank, S., Sell, R., Mostashari, F. (2006).** Discordance between sexual behavior and self-reported sexual identity: A population-based survey of New York City men. *Annals of Internal Medicine*, 145(6), 416-25
- PFLAG (2008).** Our loved Ones: Questions and Answers for Parents, Families and Friends of People Who are Transgender and Gender Expansive. Recuperado desde: <https://www.pflag.org/sites/default/files/Our%20Trans%20Loved%20Ones.pdf>
- Remafedi, G., Resnick, M., Blum, R., Harris, L. (1992).** Demography of sexual orientation in adolescents. *Pediatrics*, 89(4 Pt 2), 714-21
- Sell, R.L., Wells, J.A., Wypij, D. (1995).** The Prevalence of Homosexual Behavior and Attraction in the United States, the United Kingdom and France: Results of National Population-Based Samples. *Archives of Sexual Behavior*. 24(3), 235-248
- Shelton, K., & Delgado-Romero, E. A. (2011).** Sexual orientation microaggressions: the experience of lesbian, gay, bisexual, and queer clients in psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology*, 58(2), 210.

Stracuzzi, T. I., Mohr, J. J., & Fuertes, J. N. (2011). Gay and bisexual male clients' perceptions of counseling: The role of perceived sexual orientation similarity and counselor universal-diverse orientation. *Journal of counseling psychology, 58*(3), 299.

Vontress, C. E. (1996). A personal retrospect on cross-cultural counseling. *Journal of*

Multicultural Counseling and Development, 24, 156–166.

Woodford, M., Howell, M., Kulick, A. & Silverschanz, P. (2013). "That's so gay": Heterosexual male undergraduates and the perpetuation of sexual orientation microaggressions on campus. *Journal of Interpersonal Violence, 28*(2), 416 - 435.

Reflexiones Integrativas

Desarrollo de la Empatía desde una mirada Integrativa

Ps. Carmen Gloria Valdés R. *

Abstract

Several of the studies that have been carried out on the subject of empathy, indicate in their development, biological, affective, cognitive and relational aspects. Given these scientific evidence, in recent years studies have favored the creation of integrative models, which conceive empathy as a multidimensional construct, which includes affective aspects and cognitive aspects. To this are added the findings of Neurosciences postulating that there would be certain brain structures, the action of different neurotransmitters and hormonal stimulation, which would be involved in the development of empathy. Contextual factors that would influence the development of empathy have also been studied. This paper aims to review some of the main findings, biological, contextual, relational, affective and cognitive factors, which would influence the development of empathy, this under the explanatory framework and the guiding influence of the Supraparadigmatic integrative model, in order to expose the information and to facilitate the comprehension of how this process develops in the human beings.

Key words: *Empathy – Supraparadigmatic Integrative Approach.*

Resumen

Varios de los estudios que se han realizado con respecto al tema de la Empatía, señalan en su desarrollo, aspectos biológicos, afectivos, cognitivos y relacionales. Dada estas evidencias científicas, en los últimos años los estudios han favorecido la creación de Modelos Integradores, los cuales conciben la empatía como un constructo multidimensional, que incluye aspectos afectivos y aspectos cognitivos. A lo anterior se suman los hallazgos de las neurociencias que postulan que existirían ciertas estructuras cerebrales, la acción de diferentes neurotransmisores y estimulación hormonal, que estarían implicados en el desarrollo de la empatía. También se han estudiado factores contextuales que influirían en el desarrollo de la empatía. El presente trabajo tiene como objetivo realizar una revisión de algunos de los principales hallazgos, de los factores biológicos, contextuales, relacionales, afectivos y cognitivos, que incidirían en el desarrollo de la empatía, esto bajo el marco explicativo y ordenador del Modelo Integrativo Supraparadigmático, con el fin de exponer la información y facilitar la comprensión de cómo este proceso se desarrolla en los seres humanos.

Palabras claves: *Empatía – Enfoque Integrativo Supraparadigmático.*

AcPI, 9: 122-134.

* Psicóloga Universidad Santo Tomás. Posttítulo Psicoterapia Integrativa, Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa (ICPSI). Email: carmengval@gmail.com

Introducción

Durante nuestras vidas hemos ido escuchando historia sobre distintos tipos de personas, historias que van desde el altruismo y el profundo amor y entrega de un ser humano a otro, a otras que relatan cómo algunas personas presentan dificultades en conectarse emocionalmente con otros, llegando en los casos más extremos, a convertir en objetos a las personas. Historias como la de Teresa de Calcuta, quien desde temprana edad dedicó su vida a trabajar con los más desprotegidos, llegando en el año 1979 a ganar el Premio Nobel de la Paz, o de personas como el clérigo y pacifista Sudáfricano Desmond Tutu, quien desde la década de 1980, luchó contra el Apartheid, conocido como un sistema de segregación racial en Sudáfrica y Namib, son ejemplos en contraste con historias de personas como la del político y militar alemán, Adolf Hitler, quien lideró uno de los mayores ataques genocidas conocidos durante la Segunda Guerra Mundial, o la historia del ingeniero austriaco Josef Fritzl, quien secuestro y abuso sexualmente de su propia hija durante veinticuatro años. Estas son distintas caras de una misma moneda, llamada comportamiento humano.

La explicación de estos fenómenos, que son de forma positiva o negativa ejemplos extremos de comportamiento humano, se relacionan con una capacidad humana que se conoce como empatía. Esta capacidad, en su acepción más amplia, se relaciona con la habilidad que tiene una persona de ponerse en el lugar del otro. Ahora bien, la pregunta que surge a propósito de estos ejemplos es ¿cómo se desarrolla esta capacidad y qué factores se relacionan con que una persona tenga mayor o menor empatía? Una respuesta a esta interrogante podría ser que mucho del grado de empatía

que una persona posee, dependerá de cómo el medio estimule tempranamente está capacidad a través de la crianza. También se podría pensar en alguna hipótesis más amplia, y concebir el desarrollo de la empatía, como parte de un proceso social y tal vez adscribir a lo que planteaba Rousseau, cuando afirmaba que el hombre es bueno por naturaleza, pero que sería la sociedad la que lo corrompe. Otra hipótesis sería la existencia de un gen de la empatía, es decir que el grado de empatía en un sujeto dependería única y exclusivamente de la biología y que habría algunos “afortunados” que poseerían este gen, mientras que otros no habrían sido dotados con este “don”.

Resulta tentador pensar que alguno de los factores anteriormente mencionados, sería el único responsable del desarrollo de la empatía, ya que eso simplificaría la explicación del fenómeno. Sin embargo, la verdad es que el grado en que esta capacidad u habilidad se desarrolla, dependerá de una combinación de factores, (Baron-Cohen, 2011). Esta idea estaría fundamentada en que varios de los estudios que se han realizado con respecto a este tema, apuntarían a que en el desarrollo de la empatía, estarían implicados aspectos biológicos, afectivos, cognitivos y relacionales (Gordo, 2016). Dada estas evidencias científicas, en los últimos años los estudios han favorecido la creación de Modelos Integradores, los cuales “definen la empatía como un constructo multidimensional, que incluye aspectos afectivos y aspectos cognitivos” (Arán, López y Richaud, 2012, p. 64). A esto se le suman los hallazgos de las neurociencias que postulan que existirían ciertas estructuras cerebrales, la acción de diferentes neurotransmisores y estimulación hormonal, que posiblemente estarían dados en cierta medida por

factores genéticos y que estarían implicados en el desarrollo de la empatía (Moya, 2011). Los estudios sobre factores contextuales que influirían en el desarrollo de la empatía, también ha sido abordados, presentándose como un factor relevante a la hora de determinar el desarrollo de esta capacidad. Para Alvarado (2012), esto se debe principalmente a que “debido al papel que juega la empatía en el comportamiento prosocial, los investigadores se han interesado en aquellas condiciones del desarrollo humano, así como contextuales, que pueden incidir o no en su construcción” (p.3).

El presente trabajo tiene como objetivo realizar una revisión de algunos de los principales hallazgos, de los factores biológicos, contextuales, relacionales, afectivos y cognitivos, que incidirían en el desarrollo de la empatía, esto bajo el marco explicativo y ordenador del Modelo Integrativo Supraparadigmático, con el fin de exponer la información y facilitar la comprensión de cómo este proceso se desarrolla en los seres humanos.

La Empatía.

“La empatía proviene del griego y significa “emocionado”, llamada también inteligencia interpersonal en la teoría de las inteligencias múltiples de Howard Gardner” (Ledezma, Azpiroz, Salinas, y Bortoli, 2014, p 70). Este constructo fue introducido en el campo de la psicología por el filósofo y psicólogo Theodor Lipps, a principios del siglo XX. Él formuló la teoría de la empatía estética, como un proceso de afinidad entre sujeto y objeto, concibiendo este proceso como automático. Desde ese entonces, el concepto de empatía ha ido evolucionado y se ha extendido a distintas ramas de esta ciencia (Arán et al., 2012). Ya para el año 1980, la empatía había sido objeto de

muchos estudios, no obstante, existía escaso consenso al respecto de cuáles eran los procesos principales que la componían, por lo que los enfoques o se centraban en el aspecto cognitivo o bien en el aspecto afectivo de la empatía. En la actualidad esto no ha cambiado mucho, y aún existen posturas antagónicas acerca del proceso de conformación de la empatía, lo que pareciera surgir debido a la falta de un mecanismo explicativo (Auné, Abad y Attorresi, 2015). Sin embargo, más allá de los debates teóricos que pueden surgir a propósito de este tema, lo que parece claro es que los componentes cognitivo y afectivo se encuentran presentes en distinta medida en la empatía humana. De hecho, muchas de las definiciones de empatía que se conocen actualmente incluyen ambos componentes. Por ejemplo, para Davis (citado en Auné, et al., 2015), la empatía sería un conjunto de constructos que incluyen los procesos de ponerse en el lugar del otro, las cuales provocarían reacciones cognitivas y emocionales del observador ante una determinada situación y respuestas tanto afectivas como no afectivas que resultan de esos procesos. Davis, propone que la empatía incluiría cuatro componentes, dos de los cuales corresponderían a la dimensión cognitiva y dos a la dimensión afectiva. En la dimensión cognitiva encuentra la fantasía, que se entiende como la tendencia a identificarse con un personaje, y la adopción de perspectivas, que es la capacidad de representarse pensamientos y motivos de otros. En la dimensión afectiva se encontraría la angustia empática, que refiere a la tendencia a experimentar sentimientos de compasión y preocupación por otros, y la aflicción personal, entendida como la angustia que se experimenta cuando se observa un evento desagradable para un otro (Pinto et al., 2008). En la misma línea, Decety y Jackson (citado en

Olmedo, 2013), definen la empatía como la habilidad que permite compartir y captar las emociones de los otros y que se relacionaría con tres aspectos funcionales que interactuarían de forma dinámica entre sí; primero se encuentra el afecto o emoción compartida entre yo y el otro, luego la capacidad cognitiva para distinguir entre lo que me sucede a mí de lo que le está sucediendo al otro, y finalmente la flexibilidad mental, que permitiría la adopción de la perspectiva subjetiva de los demás. Otra definición más contemporánea la entrega Baron Cohen (2011), quien refiere que la empatía se presenta cuando una persona logra dejar su enfoque centrado en sí misma, dando paso a un enfoque de doble atención, es decir puede centrar su atención en su mente y la mente de otro, es el llamado enfoque dual. Este mecanismo permite que un sujeto pueda identificar lo que el otro siente y piensa, de forma que puede entregar una respuesta contingente con una emoción que logre ser adecuada.

Las definiciones anteriores, si bien son aclaratorias en cuanto a la empatía, dejan de lado el aspecto biológico del proceso. Una noción de empatía más completa y que logra integrar los aspectos afectivos, cognitivos, dando nociones de aspectos neuronales, funcionales y fenomenológicos, es la que entrega Decety y Jackson (citado en Brunsteins, 2011), quienes proponen que la empatía estaría conformada por tres componentes que interactuarían dinámicamente entre sí. El primero de estos elementos refiere a que un afecto compartido entre el yo y el otro, casi siempre estaría relacionado con compartir la experiencia afectiva inferida o real. El segundo elemento, se relaciona con que en el proceso actuaría cierta capacidad cognitiva, que le permitiría al sujeto diferenciar entre su conciencia y la del otro.

El tercer componente es que existiría una cierta flexibilidad mental dada por ciertas estructuras cerebrales, lo que permitiría adoptar la perspectiva subjetiva del otro.

Los componentes biológicos, además de estar implicados en el proceso de empatizar, lo están en su formación, así como también los aspectos relacionales y contextuales.

Paradigma Biológico de la empatía

Debido al interés que ha suscitado el estudio de la empatía en las últimas décadas, los científicos han buscado identificar a través de diversos estudios, que aspectos estarían relacionados con el desarrollo de esta capacidad. Sin embargo,

evaluar la empatía no resulta para nada fácil; incluso es casi imposible en situaciones reales, es por eso que en los últimos años se han desarrollado técnicas de neuroimagen o estudios del cerebro humano, que han permitido estudiar científicamente la biología del proceso de la empatía (Moya, 2011). Los resultados de dichos estudios son los que en la actualidad entregan datos acerca de cómo se conformaría el Paradigma Biológico de la empatía.

Los hallazgos en los estudios de neuroimagen han hecho que se produzcan espectaculares avances en el conocimiento de las estructuras neuronales y áreas del cerebro que desempeñarían un papel central dentro del proceso de la empatía. Para Baron- Cohen (2011), estas áreas trabajarían en conjunto, formando lo que él ha descrito como el “circuito de la empatía”, en el cual participarían diez regiones del cerebro, las que se presentan a continuación:

1- Corteza Prefrontal Medial, la cual sería la estructura central para el procesamiento de información social, siendo fundamental para los procesos de toma de perspectiva de uno mismo, así como también con la otra persona.

2- La Corteza Orbito Frontal, que está relacionada con el juicio social y con la capacidad para juzgar si algo es doloroso o no.

3- El Opérculo Frontal es un área que participa en la expresión del lenguaje, como también participa en la codificación de intenciones y objetivos.

4- La Circunvolución Frontal Inferior, es el área relacionada con el reconocimiento de emociones.

5- La Corteza Cingulada Anterior Caudal e Ínsula Anterior, son dos áreas que se relacionaría con la empatía ya que se activan al experimentar dolor o cuando se observa a otros que sufren.

6- La Unión Temporoparietal derecha, es la zona que participa cuando se juzgan las intenciones y creencias de las otras personas, aspecto que es fundamental en el proceso de la empatía, como también para lo que se denomina "teoría de la mente".

7- El Surco Temporal Superior, se relaciona con la capacidad que tiene una persona para juzgar hacia que dirección mira otra persona.

8- La Corteza Somatosensorial, es la zona cerebral que se activa ante una experiencia táctil, como también cuando se observa a la persona a la que se está tocando, o cuando se observa una aguja atravesándola mano de otra persona (lo que indicaría que las personas reaccionan de forma sensorial cuando se identifica con el dolor de un otro).

9- El Lóbulo Parietal Inferior y Surco Parietal Inferior, son zonas que estarían involucradas en el "sistema de neuronas espejo", se activarían cuando se imitan acciones o emociones de otras personas.

10- Finalmente, la Amígdala es la zona ubicada bajo la corteza del sistema límbico y se relaciona con el aprendizaje emocional, como también con su regulación.

Estas diez zonas o regiones, que conformarían el circuito, no están conectadas de manera lineal, de hecho dependiendo de la persona, estas regiones presentarían variaciones en su actividad, mostrándose más activas o hipoactivas lo que se relacionaría con el nivel de empatía que presente cada sujeto (p. 39-52). Junto con estas diez regiones, existirían otras posturas que explicarían el fenómeno desde el Paradigma Biológico, a partir de las neuronas espejo, las que según García, Gonzalez y Maestú (2011) "son un tipo particular de neuronas que se activan cuando un individuo realiza una acción, pero también cuando la persona observa una acción similar realizada por otro individuo (p. 265). Los mismos autores continúan con esta idea y plantean que estas neuronas forman parte de un sistema de redes neuronales, que posibilita la percepción ejecución-intención-emoción. Varios estudios indicarían que estos grupos de neuronas se encontrarían en áreas como el lóbulo parietal inferior, la circunvolución frontal inferior y la corteza premotora ventral adyacente, también en regiones como la corteza visual primaria, el cerebelo y partes del sistema límbico. (Molenberghs, Cunnington, Mattingley, 2012). Es decir, la empatía y las neuronas espejo estarían relacionadas tanto en términos funcionales, como también en términos estructurales. Lo anterior queda de manifiesto en lo planteado por Ledezma et al. (2014), quien refiere que el sistema de neuronas espejo, conformaría el sustrato neuronal de una serie de habilidades comunicativas no verbales, incluyendo la empatía, la comprensión, imitación e intuición de las

intenciones en los demás. Esto a su vez se relacionaría con la Teoría de la Simulación.

Otros hallazgos interesantes, dentro de las investigaciones, estarían dados por la relación entre oxitocina y empatía. Sobre esto Sánchez y Hansen (2012), plantean que las “investigaciones recientes demostraron que la oxitocina aumenta la empatía, facilitando la conducta social, la confianza hacia otros, y modifica la forma de procesamiento de las señales sociales, su codificación e interpretación para así lograr una adecuada relación con los pares” (p. 9).

En otra línea, investigaciones apuntarían a que dentro de cómo se conforma el Paradigma Biológico de la empatía, existirían diferencias entre hombres y mujeres en el cómo se desarrolla esta capacidad. En un estudio realizado por Burges (2014) se encontró que: Las diferencias en el comportamiento altruista (y en conductas como la cooperación o la empatía, intrínsecamente relacionadas con el altruismo) se ponen de manifiesto en investigaciones neurocientíficas en las que se muestran que se activan áreas cerebrales distintas en varones y en mujeres con relación al comportamiento altruista y a la empatía. Esta distinta activación de sustrato neural se debe a que mujeres y varones utilizan estrategias cognitivas y emocionales distintas (y, por tanto, activan áreas neurales diferentes) cuando se enfrentan a un mismo problema de contenido moral. Esto es, mujeres y varones pueden usar, por lo menos en parte, diferentes estrategias de procesamiento cognitivo y emocional que pueden contribuir a las diferencias de género en conductas como la empatía o el altruismo. (p.339).

Cabe destacar que una persona a través de su desarrollo irá madurando en empatía, control, ajuste personal y social, a la vez que

sus sistemas neurales se vuelven más complejos (García et al., 2011).

Paradigma Ambiental Conductual y Sistémico de la Empatía.

En el desarrollo de la empatía no solamente estarían implicados algunos componentes pertenecientes al Paradigma Biológico, como lo son la expresión de los genes, procesos hormonales o la estructura cerebral del sujeto. Si bien estos aspectos pueden jugar un rol fundamental, también lo juegan los componentes ligados a los Paradigmas Ambiental/ Conductual y Sistémico. La influencia de estos componentes en el desarrollo de la empatía en un sujeto, pueden venir dados desde la epigenesis (Baron-cohen, 2011), momento en el cual tanto Paradigma Ambiental/Conductual y Sistémico se cruzan con el Paradigma Biológico. O porque el ambiente y las interacciones tempranas, por si solas, han generado cambios en el desarrollo cerebral en etapas críticas y sensibles del desarrollo del cerebro humano (Céspedes, 2007). Generando ciertos patrones que se enmarcarán en el Paradigma Afectivo y Cognitivo, todo lo cual, se relacionará con el grado de empatía que presente un sujeto.

Las interacciones tempranas, el ambiente y sobre todo el entorno familiar es el lugar en donde en primera instancia se establecerán patrones afectivos y cognitivos que serán el punto de referencia para los niños y niñas en su desarrollo de competencias emocionales, pro sociabilidad y estilos de socialización (Henaó y García,2009). Y es bajo este contexto que “La empatía se desarrollará permitiendo que el niño sienta las bases para la afectividad en la edad adulta” (Gómez, 2016, p.37).

Sobre las interacciones tempranas en el entorno familiar, resulta fundamental hablar de los patrones de apego. Sobre esto Alvarado (2012), plantea que, desde una orientación etológica, se afirma que el lugar privilegiado en donde se adquieren conductas altruistas, como por ejemplo la empatía, es probablemente con las figuras de apego, ya que es ahí donde los padres manifiestan conductas altruistas hacia sus hijos e hijas que estos internalizarán como modelos cognitivos y afectivos. Sobre esto Barudy y Dantagnan (2009), plantean que a través del apego seguro, el niño desarrollará para su vida futura aspectos tan fundamentales como el desarrollo de la empatía, la modulación de sus impulsos y el desarrollo de la capacidad de dar y recibir. Los mismos autores amplían esta idea, generando una tipología de trastornos relacionados con estilos de apego evitante, inseguro y desorganizado, en donde se puede observar que existe un déficit en el desarrollo de la empatía en distintos niveles.

Otros hallazgos en la línea de las interacciones tempranas, es la que presenta Feldman (citado en Gómez, 2016) quien, en el año 2007, realizó un estudio longitudinal en 31 niños controlados de los 3 meses a los 13 años, en donde se encontraron asociaciones directas en la sincronía entre madre e hijo y la capacidad de empatía en la adolescencia. Strayer (citado en Álvaro, 2012), plantea que la empatía de los niños y niñas y las prácticas parentales son determinadas múltiplemente. La hipótesis que se plantea aquí es que la empatía entre padres e hijos estaría mediada por diferentes variables presentes en la interacción como la calidez, el control y la expresividad emocional, tanto como si se alienta, se regula o se anula. Otros estudios apuntan a que la calidez

parental, en especial la sensibilidad ante experiencias emocionales de sus hijos (as), conduce a éstos a que presenten o no una respuesta empática y una expresividad emocional adecuada en una cultura y situación determinada (Alvarado, 2012).

Sobre la interacción padres e hijos o estilos de crianza y su relación con el desarrollo emocional, un estudio de Henao y García (2009), realizado a 404 niños y niñas y sus padres y madres (629), en la ciudad de Medellín, apunta a que el estilo parental autoritario se relaciona en forma inversa con el factor empatía. El estilo democrático o equilibrado se relaciona de manera directa con el factor comprensión emocional o empatía, y el estilo de interacción permisivo, establece una relación inversa con el factor empatía, lo que significa que este tipo de interacción disminuye en los niños el uso de componentes empáticos. Sobre este último estudio, cabe destacar que, si bien los resultados son bastantes claros, se debe hacer la salvedad de que dicho estudio se realizó en una cultura distinta a la chilena, por lo que resultaría interesante realizar un estudio similar en Chile.

La ecología de la familia o lo que se ha denominado como clima familiar, es el ambiente definido por la forma en que padres y madres ejercen el control sobre sus niños y niñas, creando un ambiente propicio o no, para el desarrollo socioemocional de los hijos e hijas, y por ende para el desarrollo de la empatía (Alvarado, 2012). En este punto es importante aclarar que no necesariamente una persona que ha crecido en ambientes familiares disfuncionales presentará niveles de empatía más bajos. Un ejemplo de esto es el de Erasmo Moena Pinto o más conocido como el "Psicópata de Placilla", quien fue procesado por brutales asesinatos

y ataques sexuales a mujeres. Este hombre no tiene precisamente una infancia compleja, ni una familia disfuncional, es más, en su biografía se habla de un hogar constituido, muchos amigos y un ambiente lleno de atenciones y cariños durante la niñez, como el mismo Moena lo señala (Dresdner, 2016).

En resumen, el ambiente y las conductas que se emitan en la interacción (sobre todo en las primeras etapas de la infancia), tendrán una gran influencia en el desarrollo de la empatía, no obstante, por si solas no necesariamente serán determinantes de esta capacidad, ya que a la base del desarrollo de conductas más o menos empáticas, confluyen distintos factores provenientes del Paradigma Biológico, que influirán en su desarrollo.

Paradigma Cognitivo de la Empatía

El Paradigma Cognitivo de la empatía, guarda relación con los procesos que permiten que un sujeto pueda adquirir conocimiento para interactuar con el entorno. Gordo (2016), señala que incluiría diversos elementos tanto cognitivos (el darse cuenta de algo) cómo también emocionales (sentir los mismos sentimientos que la otra persona). Específicamente el Paradigma Cognitivo de la empatía, estaría conformado por la capacidad de una persona para entender los pensamientos y sentimientos de otro, lo que le permitirá adoptar su perspectiva (García et al., 2011). Para Montiel y Martínez (2012) “la empatía se erige como un sistema cognitivo que podríamos considerar de vinculación afectiva vicario, a través del cual se puede comprender el estado mental de otro, manteniendo una distinción clara entre su propio yo y la situación experimentada” (pp. 35-36). Sobre

esto Baron-Cohen et al. (Citado en Auné et al., 2015) refiere que varios estudios consideran que la empatía se basaría en gran medida en la toma de perspectiva, tanto es así, que actualmente se ha considerado que la empatía desde la perspectiva del Paradigma Cognitivo sería similar al concepto de Teoría de la Mente. Esta idea se reafirma con lo planteado por Gordo (2016), quien refiere que “la teoría de la mente y la empatía son dos constructos que están íntimamente relacionado, ambos se refieren a habilidades cognitivo-emocionales que están presentes en la normal adaptación al medio social” (p.2).

La Teoría de la Mente, refiere al proceso a través del cual un individuo atribuye estados mentales a sí mismo y a otros. Se le llama teoría, ya que refiere a un sistema de inferencias de estados que no son observables directamente y que por tanto resultan de una serie de suposiciones teóricas que el sujeto realiza (López, Filippetti y Richaud, 2014). Este concepto también está relacionado con lo que se denomina mentalización, el cual se define como “el proceso por medio del cual se realizan inferencias respecto de los estados mentales propios o ajenos, es decir, el proceso metacognitivo de pensar acerca de los contenidos de la mente de otra persona” (Frith y Frith citado en López et al., 2014, p 40). Esta capacidad resulta fundamental en el proceso de empatizar, ya que para llevarla a cabo, una persona necesita vivenciar los estados mentales de los demás, en cuanto a comprender sus pensamientos, lo que además le dará acceso a la comprensión racional de los sentimientos que estaría experimentando otro sujeto. Por lo tanto, los procesos de empatía y lo que se ha descrito como teoría de la mente, suponen una identificación

mental de un individuo con el estado de ánimo del otro (García et al., 2011).

Ahora bien, los seres humanos no nacemos con patrones cognitivos ni afectivos relacionados con la empatía. Una teoría interesante del desarrollo de esta capacidad, en donde se cruzan el Paradigma Cognitivo y Afectivo es el que propone Hoffman quien plantea que: La empatía con otros/as, como proceso motivacional que motiva a ayudar en el problema del otro/a, se desarrolla de una manera similar a los estadios de desarrollo cognitivo social del individuo. Este proceso empieza con un sentimiento global empático, en el que el niño no tiene una clara distinción entre el yo y el otro/a y está confundido acerca de la fuente de dicho sentimiento. A partir de aquí progresa a través de varios estadios hasta el estadio más avanzado que combina lo conseguido en estadios previos. En los estadios más avanzados uno puede empatizar con otros/as, sabiendo que son entidades físicas distintas del yo y tienen estados internos independientes del propio sujeto (Retuerto, 2004, p.324).

Finalmente cabe destacar que, si bien los elementos que conforman el Paradigma Cognitivo de la empatía son de suma importancia, ya que permiten que el sujeto se forme una idea de lo que le sucede a un otro, las evidencias científicas apuntarían a que estos elementos se relacionarían en todo momento con los que conforman el Paradigma Afectivo de la empatía. Lo que daría cuenta de que este proceso es multidimensional, en donde destacarían áreas cognitivas y afectivas (García et al., 2011).

Paradigma Afectivo de la Empatía

Las personas que tienen mayor capacidad empática son las que mejor

puede “leer” a los demás. Son capaces de captar y decodificar una gran cantidad de información de las otras personas, a través del lenguaje verbal y sobre todo del lenguaje no verbal. Esta capacidad desde el punto de vista afectivo le permite al sujeto lograr captar incluso las implicaciones emocionales que una situación determinada tendrá para otro (Bados y García, 2011). Específicamente “el componente afectivo de la empatía se ha descrito como la respuesta emocional apropiada de un observador al estado emocional de otra persona. En la respuesta empática compartimos y simpatizamos con las emociones de alguien, sus alegrías y tristezas, sufrimientos y goces” (García et al., 2011, p.266).

La gran mayoría de las personas entiende la empatía como un proceso fundamentalmente afectivo (tal y como se acaba de describir), puesto que, en efecto, los componentes que conformarían el Paradigma Afectivo de la empatía, son una parte esencial del cómo se da este proceso en los individuos. Sin embargo y a pesar de esto, los estudios más recientes se han enfocado en explorar que estructuras neuroanatómicas estarían implicadas y que componentes cognitivos conformarían el proceso. Esto se podría entender dado que estudiar la estructura o los procesos cognitivos, ha llevado a los investigadores a encontrar datos más exactos, en contraparte con los elementos afectivos, que muchas veces quedan en el mundo de los constructos. A pesar de lo anterior, han existido estudios que proponen ideas interesantes acerca de los componentes afectivos de la empatía, los cuales se presentan a continuación.

Palma (2013), basándose en el concepto de Eisenberg, sobre la empatía señala lo siguiente: La empatía desde el punto de

vista afectivo implica compartir la emoción percibida del otro, lo que llaman "sentir con la otra persona". Esta reacción afectiva vicaria puede ocurrir como respuesta a las señales manifiestas perceptibles que son un indicativo del estado afectivo de otra persona (por ejemplo, las expresiones faciales), o como la consecuencia de inferir el estado de otra persona desde la base de indicios indirectos, por ejemplo, la naturaleza de la situación de otra persona (p.127).

Para Hoffman, Mehrabian y Epstein (citado en Gracia, 2012), la empatía sería una respuesta emocional vicaria experimentada cuando se observan las experiencias emocionales ajenas, es decir, inicialmente aprendemos por observación para luego imitar la emoción. Esta respuesta afectiva sería más congruente con el estado afectivo de algún otro/a que con el estado afectivo propio. Estas respuestas emocionales relacionadas con la empatía no siempre son positivas, de hecho, Hoffman plantea que la empatía está relacionada con la culpa verdadera o interpersonal. Esto sucede debido a que cuando el sujeto experimenta dolor empático y se percibe como responsable de aquel dolor, su experiencia empática puede transformarse fácilmente en culpa (Retuerto, 2004).

Ahora bien, la empatía además de enmarcarse en un proceso de aprendizaje es una capacidad que va evolucionando y se va desarrollando (o debería desarrollarse), a medida que la persona también lo va haciendo. Una teoría interesante acerca de esto (la cual ya se había mencionado anteriormente), aunque desactualizada, es la que propone Martin Hoffman (Diario El País, 1984), quien plantea que la empatía pasaría por distintos estadios del desarrollo. Durante el primer

año del niño, éste reaccionará al llanto desesperado de otro niño (algo parecido a la empatía), sin embargo, por su corta edad aun no puede distinguir claramente entre sí mismo y otros niños, por lo que reaccionará al llanto como si fuera propio. Aproximadamente al año de edad, se presenta algo más parecido a la empatía, en donde el niño tiene un sentimiento más claro sobre sí mismo como una persona distinta, sin embargo, en esta etapa aún puede confundir sus propias reacciones con las de otros. A los dos o tres años, los niños ya saben que los sentimientos de otras personas son diferentes, además como manejan el lenguaje pueden responder no solamente con indicaciones de tristeza, sino también, expresar la idea de que otro está triste o alegre. Finalmente, en las últimas etapas de la infancia se conforma a empatía propiamente tal. Acá los niños son capaces de empatizar no solo con un individuo, sino que también con grupos humanos como, por ejemplo, los pobres o los oprimidos. Esto sería concordante con los planteamientos de la psicología del desarrollo, en donde se postula que la empatía en el niño es un componente emocional que sólo se alcanza cuando éste logra el desarrollo de tres aspectos: su propia comprensión emocional, la comprensión emocional de los otros y la capacidad de regular su propia emoción (Henaó y García, 2009).

Estudios han mostrado que el componente afectivo de la empatía tendría bases neuroanatómicas, como, por ejemplo, el sistema de neuronas espejo, el lóbulo parietal, la corteza frontal inferior, la corteza temporal superior, entre otras (Arán et al., 2012). Esto último ejemplifica bastante bien uno de los principales postulados del Enfoque Integrativo Suprapadigmático, el cual refiere que los distintos paradigmas (en este caso el

Afectivo y el Biológico), interactúan y se relacionan entre sí, para dar paso a un fenómeno de orden psicológico (Opazo y Bagladi, 2015).

Conclusiones

A partir de la información expuesta a través de la revisión de diferentes fuentes bibliográficas, sobre los componentes o factores que interactúan en el desarrollo de la empatía, resulta evidente que el desarrollo de esta capacidad no proviene de una sola área. Los distintos factores que la compondrían y que propiciarían su desarrollo, provienen inicialmente de los Paradigmas Biológico, Ambiental/Conductual y Sistémico, los cuales incluyen factores como los genéticos, neuroquímicos, hormonales, neurológicos, sociales, familiares, experiencias previas y diferencias individuales. Saber cuál de estos factores pesará más a la hora del desarrollo de la empatía es casi imposible, ya que esto dependerá de cada caso y de cómo estos elementos interactúen unos con otros. Lo que parece claro, es que no nacemos siendo empáticos, sino que esta habilidad interpersonal se forma a partir del correcto desarrollo de una serie de estructuras cerebrales implicadas, lo que a su vez se relacionará con el correcto desarrollo emocional y social (Baron Cohen, 2011).

Cabe destacar que la conformación de los elementos de los Paradigmas Afectivos y Cognitivos, en forma de representaciones internas, corresponderán a las interacciones de los Paradigmas Biológicos, Ambiental/Conductual y Sistémico. La explicación de cómo se estructura este fenómeno, da cuenta de uno de los principales postulados del Enfoque Integrativo Supraparadigmático, el cual plantea que una persona no puede ser vista solo desde un área, a saber, desde lo puramente

cognitivo, emocional o inconsciente. En efecto, el integrar todos los elementos de un fenómeno, permite obtener una visión más completa e integral, para su mejor comprensión (Opazo y Bagladi, 2015).

Con los datos expuestos (y continuando con la lógica del Enfoque Integrativo), es que se puede realizar un esbozo de los elementos presentes en cómo se conformarían estos cuatro Paradigmas en torno al desarrollo de la empatía:

Paradigma Biológico

- Desarrollo de las diez áreas cerebrales implicadas en la empatía (nivel de actividad o hipoactividad)
- Neuronas espejo
- Procesos Hormonales (Oxitosina)
- El sexo del sujeto (hombre o mujer)
- Etapa evolutiva o desarrollo del sujeto

Paradigma Ambiental/Conductual

- Clima Familiar
- Estilos de Crianza

Paradigma Sistémico

- Estilo de Apego
- Estilo de Crianza
- Interacciones familiares

Paradigma Cognitivo

- Toma de perspectiva
- Teoría de la Mente
- Mentalización
- Capacidad de comprensión de los sentimientos y emociones de otro

Paradigma Afectivo

- Aprendizaje emocional vicario
- Desarrollo emocional
- Capacidad de toma de perspectiva afectiva
- Sincronía emocional (Padres e hijos/as)

La conformación de estos Paradigmas y la inclusión de otros, como el Paradigma Inconsciente y el Sistema SELF en el desarrollo de la empatía, es algo que se debe seguir desarrollando, principalmente porque la información existente acerca de esta temática es abundante, siendo complejo incluirla en una sola revisión bibliográfica y porque las investigaciones en esta área continúan desarrollándose hasta el día de hoy.

Finalmente, es importante recalcar que la empatía no es solo una capacidad que nos permite conectarnos emocionalmente con otros y establecer lazos afectivos. Gracias a la empatía, los humanos somos capaces de relacionarnos y de convivir. Seguramente, sin esta habilidad no hubiéramos sobrevivido, o nos hubiéramos extinguido hace ya tiempo.

Referencias bibliográficas

- Alvarado, K. (2012).** Empatía y clima familiar en niños y niñas costarricenses de edad escolar. *Revista Redalyc* 12 (3), 1-27.
- Auné, S; Abad, F. & Attorresi, H. (2015).** Antagonismos entre concepciones de empatía y su relación con la conducta prosocial. *Revista de Psicología*, 17 (2), 137-149. doi:10.18050/revpsi.v17n2a7.2015.
- Arán, V., López, M. y Richaud, M. (2012).** Aproximación neuropsicológica al constructo de empatía: aspectos cognitivos y neuroanatómicos. *Panamerican Journal of Neuropsychology*, 6 (1), 63-83.
- Bados, A. y García, E. (2011).** Habilidades terapéuticas. Recuperado de <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/18382/1/Habilidades%20terap%C3%A9uticas.pdf>
- Baron-Cohen, S. (2011).** Empatía cero: Nueva teoría de la crueldad. Madrid: Alianza Editorial.
- Barudy, J. y Dantagnan, M. (2009).** Trastornos del apego: elementos diagnósticos y terapéuticos. En Dantagnan, M. *Los buenos tratos a la infancia: Parentalidad, apego y resiliencia* (pp. 165- 212). Barcelona: Editorial Gedisa.
- Brunsteins, P. (2011).** El rol de la empatía en la atribución mental. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 3 (1), 75-84.
- Burges, L. (2014).** Altruismo y empatía: correlatos neurales y diferencias de género. *Ludus Vitalis*, 22 (41), 333-343.
- Céspedes, A. (2007).** El fascinante fenómeno de la plasticidad cerebral. *Cerebro, Inteligencia y Emoción* (pp 11-15) Santiago: Fundación Mírame.
- Diario el País. (1984).** El fenómeno de la empatía. Recuperado de https://elpais.com/diario/1984/06/29/sociedad/457308001_850215.html
- Dresdner, R. (2016).** Los crímenes de Colemu y Placilla. Dos extremos de la misma historia. *Psicópatas seriales: Un recorrido por su oscura e inquietante naturaleza* (pp.135-172). Santiago: Lom.
- García, E., Gonzalez, J. y Mestú, F. (2011).** Neuronas espejo y teoría de la mente en la explicación de la empatía. *Ansiedad y Estrés*, 17 (2), 265-279.
- Gracia, P. (2012).** La empatía. Recuperado de <https://losverticesdeltiempo.files.wordpress.com/2016/02/empatc3ada.pdf>
- Gómez, M. (2016).** La empatía en la primera infancia. *Psicodebate*, 16(2), 35-50.
- Gordo, V. (2016).** Teoría de la mente y empatía. Relación con la aceptación entre iguales y con la percepción sociométrica (Trabajo de fin de grado, Universidad de

Málaga, España) Recuperado de [https://riuma.uma.es/xmlui/bitstream/handle/10630/12946/TFG_Gordo Dom%C3%ADnguez_Victoria%20Eugenia.pdf?sequence=1](https://riuma.uma.es/xmlui/bitstream/handle/10630/12946/TFG_Gordo_Dom%C3%ADnguez_Victoria%20Eugenia.pdf?sequence=1)

Henaó, G y García M. (2009). Interacción familiar y desarrollo emocional en niños y niñas. *Revista latinoamericana de ciencias sociales niñez y juventud* 7 (2), 785-802.

Ledezma, C., Azpiroz, R., Salinas, M. y Bortoli, M. (2014). El cerebro social: entre las neuronas espejo y la oxitocina. *Fundamentos en Humanidades* 30 (11), 69-73.

López, M. B., Filippetti, V. A. & Richaud, M. C. (2014). Empatía: desde la percepción automática hasta los procesos controlados. *Avances en Psicología Latinoamericana*, vol. 32(1), pp. 37-51. doi: [dx.doi.org/10.12804/apl32.1.2014.03](https://doi.org/10.12804/apl32.1.2014.03)

Molenberghs P., Cunnington R., Mattingley J.B. (2012). Brain regions with mirror properties: A meta-analysis of 125 human fMRI Studies. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 36, (1),341–349.

Montiel, A. y Martínez, J. (2012). En busca del origen evolutivo de la moralidad: El cerebro social y la empatía. *Signos filosóficos* 14 (28),31-56.

Moya, L. (2011). La violencia: la otra cara de la empatía. *Mente y Cerebro* 47, 14- 21.

Palma, J. (2013). Componentes cognitivos y afectivos en la configuración de la personalidad moral de los adolescentes. [Tesis Doctoral]. Universidad de Valencia, Facultad de Psicología, España. Recuperado de <http://roderic.uv.es/handle/10550/31490>

Pinto, I., López, P. y Márquez, B. (2008). Empatía: Medidas, teorías y aplicaciones en revisión. *Anales de Psicología* 24 (2), 284-298.

Olmedo, A. (2013). Algunos problemas en las reconstrucciones evolucionistas: el caso de la empatía. *Época*, 2 (4), 62-73.

Opazo, R. y Bagladi, V. (2015). Psicoterapia Integrativa. Trabajo presentado en Fundamentos de la psicoterapia integrativa, abril, Chile.

Retuerto, A. (2004). Diferencias en empatía en función de las variables género y edad. *Apuntes de Psicología*, 22 (3), 323-339.

Sánchez, A. y Hansen, F. (2012). Oxitocina-vasopresina: el futuro en tratamientos. *Psicofarmacología*, 12(76), 9-14

Autorregulación del Aprendizaje: Una mirada desde el Enfoque Integrativo Supraparadigmático

Ps. Francisca Soto Hernández*

Abstract

Self-regulated learning is conceived as a complex process, which implies the conjunction of various factors and its study requires a complete approach of these. This paper develops the concept of self-regulation from the Supraparadigmatic integrative model and exposes the main concepts of self-regulation in learning. This theoretical review raises as a necessity, teaching the students about how to learn, how they function and what knowledge they must manage in order to take advantage of their learning process.

Keywords: *Self-regulation, Learning, Supraparadigmatic Integrative Approach.*

Resumen

El aprendizaje autorregulado se concibe como un proceso complejo, que implica la conjunción de diversos factores y su estudio requiere de un completo abordaje de éstos. El presente trabajo desarrolla el concepto de autorregulación desde el Modelo Integrativo Supraparadigmático y expone los principales conceptos de autorregulación en el aprendizaje. Esta revisión teórica levanta como necesidad la enseñanza a los mismos alumnos sobre cómo aprender, cómo funcionan ellos y qué conocimientos deben manejar para poder aprovechar su proceso de aprendizaje.

Palabras Claves: *Autorregulación, Aprendizaje, Enfoque integrativo Supraparadigmático.*

AcPI, 9: 135-151.

* Psicóloga Pontificia Universidad Católica de Chile. Post título Psicoterapia Integrativa ICPSI. E-mail: fysoto1@uc.cl

Autorregulación en el aprendizaje

Según Zimmerman (2002), la autorregulación en el aprendizaje se puede entender como un proceso auto dirigido, en el que aprender es una actividad proactiva; el estudiante decide lo que hace, orientándose a una meta, mediante la autorregulación de pensamientos, afectos y conductas. Esto involucra más que solo conocer técnicas y habilidades, también involucra el estar consciente de uno mismo, la capacidad de poder motivarse y el saber qué hacer y cómo en cada momento determinado. A su vez, el autor establece que la autorregulación es un proceso, no una receta fija sobre qué hacer. Por esto, consiste en poder adaptarse al medio y a las metas de acuerdo a las características personales. Las habilidades que acompañan estos procesos, de forma más general, serían: a) la capacidad de establecer metas específicas y próximas en el tiempo, b) establecer estrategias para lograr las metas, c) monitorear el propio rendimiento, fijándose en señales de progreso, d) poder reestructurar el entorno físico y social para que sea compatible con dichas metas, e) usar el tiempo de forma eficiente, f) auto evaluar las estrategias elegidas, g) entender las causas de los resultados que se obtuvieron y h) adaptar los métodos futuros de acuerdo a la información el proceso.

Parte del proceso de autorregulación consiste en la metacognición. Ésta, hace referencia al conocimiento y regulación de la actividad cognitiva, que se relaciona con la forma en que percibimos, pensamos, aprendemos, recordamos, etc (Zulma Lanz, 2006). Si bien la autorregulación del aprendizaje implica el uso del conocimiento metacognitivo, también implica la autoeficacia y la sensación de que uno

pueda influir en su ambiente y en sí mismo, como también ciertos procesos motivacionales y del comportamiento que inicien el sistema de autorregulación (Zimmerman, 1995, en Zulma Lanz, 2006).

La motivación es un proceso que incluye componentes afectivos y cognitivos, que determinarán la elección, iniciación, dirección y calidad de un determinado comportamiento orientado hacia un fin determinado (Zulma Lanz, 2006). Este proceso está fuertemente relacionado con la autorregulación, puesto que va a influir en la determinación de metas, en el valor que se le atribuya a esta meta y a las acciones que lleven a ella, y el que ésta se pueda concretar (Fernández et al, 2013). El concepto de motivación se ve afectado por diversos factores, tales como: “experiencias propias, la percepción sobre la propia capacidad o competencia, las creencias de control y las atribuciones causales, los intereses e inclinaciones personales, el valor esperado, el contexto socio-cultural y familiar, etc” (Romero Ariza & Pérez Ferra, 2009, p. 2). Dado esto, es un constructo que ha sido complejo de abordar, puesto que las distintas teorías incluyen los distintos elementos que consideren pertinentes, dejando algunas fuera (Romero Ariza & Pérez Ferra, 2009).

La motivación suele diferenciarse en intrínseca y extrínseca. La motivación intrínseca es aquella en la que el comportamiento está dirigido por el gusto o el interés a la tarea en sí; por otra parte, la motivación extrínseca es aquella en la que la conducta está dirigida hacia una actividad que puede no agradar en sí, pero que es un medio para lograr otra cosa, como alguna utilidad, beneficio, reconocimiento social, etc (Romero

Ariza & Pérez Ferra, 2009; Zulma Lanz, 2006). Si bien ambas definiciones parecen diferenciarse, en la realidad aparecen como un continuo, en el que algunas tareas a veces involucran ambas motivaciones, o existen más componentes de una que de la otra (Zulma Lanz, 2006).

La elección de una meta particular también se ve influido por la motivación, y viceversa. Las metas se relacionan con el propósito que estimula cierto comportamiento, influenciado por creencias, atribuciones y afectos que determinan la intención de una conducta, mostrándose en una forma de responder, implicarse y embarcarse en ciertas acciones (Dweck & Laggett, 1988, en Romero Ariza & Pérez Ferra, 2009). De acuerdo a Romero Ariza y Pérez Ferra (2009), se pueden establecer dos formas principales de orientación a metas. En la primera, los alumnos están orientados hacia el aprendizaje, lo que implica que lo que los motiva a aprender es el aprendizaje en sí, puesto que es una oportunidad de desarrollo personal. Dweck (2000) se refiere a ésta como meta de aprendizaje, estableciendo que este tipo de metas son más propensas de generar en los alumnos una mayor tolerancia a la frustración y perseverancia en tareas complejas, puesto que los errores se ven como parte del proceso de aprendizaje, lo cual es una respuesta de competencia. Por otro lado, los alumnos orientados al resultado son aquellos que se motivan más bien extrínsecamente a la hora de aprender; lo hacen cuando les puede traer algún beneficio (notas, satisfacer a los padres, prestigio social, etc). Este tipo de meta también se la conoce como meta de desempeño, la cual puede generar respuestas de desesperanza por parte de los alumnos (Dweck, 2000). Este tipo de respuestas se traducen en menor tolerancia

a la frustración y menor perseverancia en las tareas académicas difíciles, dado que al equivocarse no se está logrando obtener el beneficio, y se percibe como un fracaso. Ambos tipos de metas y respuestas se podrían relacionar con la autorregulación, en el sentido en que la autorregularse implicaría la capacidad de establecer metas orientadas a la tarea, que permitan respuestas de competencia, con el fin de lograr un mayor monitoreo y progreso en la tarea.

Por otro lado, los procesos de autorregulación y motivación se ven influenciados, a la vez que influyen, el autoconcepto. Éste se refiere a las creencias que tienen las personas de sí mismas, tanto en relación con sus habilidades para desempeñarse en diversas actividades como con el control o influencia que tienen sobre las cosas, comprendiendo lo que es la autoeficacia, la autoimagen y la autoestima (Romero Ariza & Pérez Ferra, 2009). Para Shavelson, el autoconcepto en relación al aprendizaje se puede entender como las creencias que tiene el estudiante de sí mismo, las que se han desarrollado a lo largo de su vida, en relación con la propia experiencia y las evaluaciones de otros significativos, y que se relaciona con las causas a las que se les atribuirá la propia conducta (Shavelson & Bolus, 1982, en Romero Ariza & Pérez Ferra, 2009). Diversos estudios revelan la existencia de una fuerte influencia entre el autoconcepto y el rendimiento académico, de tipo recíproco (Núñez Pérez et al, 1998), sobre todo entre la autoeficacia y el rendimiento (Romero Ariza & Pérez Ferra, 2009). Lo anterior estaría dado por la fuerte influencia de las creencias sobre uno mismo en su desempeño; cuando alguien se cree capaz para hacer algo, aumenta la probabilidad de

que se motive a hacerlo, de que persevere en ello y de que lo logre; es decir, el rendimiento parece mejorar cuanto más positivas y realistas son las expectativas de autoeficacia (Zulma Lanz, 2006).

Dentro de esta misma línea, aparece el concepto de locus de control, el cual consiste en una expectativa bastante constante que tiene el individuo de verse a sí mismo y al resto del mundo, que va desde lo interno a lo externo. El estilo interno consiste en la creencia de que uno mismo tiene injerencia en lo que se sucede, y en aquello que se proponga, mientras que el estilo externo se relaciona con la creencia de que los resultados que se alcancen dependen de factores externos a uno (Zulma Lanz, 2006). Esto también se relaciona con las atribuciones causales, las que se pueden definir como las representaciones mentales que se hacen las personas entre el esfuerzo al hacer algo y el resultado alcanzado, estableciendo una relación causal entre los dos, y las causas de pueden atribuir tanto a lo interno como a lo externo (Zulma Lanz, 2006). Se pueden encontrar tres dimensiones principales al hablar de atribuciones causales: 1) dimensión de estabilidad (estabilidad/inestabilidad), dado que cuanto más estable e inmutable es la causa que se percibe, por ejemplo, del propio fracaso, menor es la esperanza de poder solucionarlo; 2) control de la situación (causas controlables/incontrolables), puesto que cuando mayor control se crea tener, mayor será la expectativa de logro y la motivación; 3) foco de dimensión de causalidad (internas/externas), porque dependiendo de si las causas son internas o externas será el efecto que generen en la persona. Por ejemplo, causas internas

pueden generar vergüenza; causas externas, rebeldía (Zulma Lanz, 2006).

El autoconcepto se va generando a lo largo de la vida de las personas, e influye en las creencias de locus de control y de atribuciones causales. Un alumno con baja autoeficacia para realizar una actividad (como estudiar una materia en específico), difícilmente se motivará a realizarla. No obstante, si un alumno logra interpretar sus fracasos como internos y se siente capaz de cambiarlos, es más probable que se motive a realizarlos, que los haga de mejor manera y que tenga mayor éxito (Romero Ariza & Pérez Ferra, 2009). Por otra parte, si un alumno establece que las causas de sus resultados son externas (responsabilizando al profesor, por ejemplo), es difícil que se haga cargo de su propio proceso (Romero Ariza & Pérez Ferra, 2009).

Autorregulación y EIS

El Enfoque Integrativo Supraparadigmático integra distintos paradigmas de la dinámica psicológica, por lo que la autorregulación se presentará dividida en cada uno de ellos, para desarrollar elementos centrales por paradigma que sirvan tanto para comprender los 360° de la dinámica de la autorregulación como principios para el diagnóstico de la autorregulación. Un elemento central de la autorregulación es el autoconocimiento del estudiante como tal (Zimmerman, 2002), por lo que el presente trabajo pretende orientar en esta línea.

1. Paradigma Biológico

Dentro de los paradigmas, se incluye el paradigma biológico, el cual propone que “ciertas características específicas genéticas, endocrinas, neuroanatómicas o bien neurofisiológicas, pueden influir en la génesis de específicas cogniciones, emociones o conductas” (Opazo et al, 2001, p. 109).

Dentro de la autorregulación del aprendizaje, si bien pueden existir diversas dificultades desde lo biológico, se mencionará un aspecto en el que todos los alumnos por igual pueden intervenir: la regulación del ciclo circadiano. De acuerdo a Blakemore y Frith (2005), el sueño es un estado de inconsciencia en el que el cerebro se comporta de forma diferente a cuando se está despierto. Existen dos estados principales al dormir: 1) el estado de movimiento rápido de ojos (REM), donde el cerebro se encuentra muy activo, y 2) el estado de onda lenta, en el que el cerebro casi no presenta actividad.

El sueño es importante para nuestro descanso, pero también para el aprendizaje, puesto que el dormir influye en nuestra creatividad, la forma en que recordamos y la adquisición de nuevas habilidades. Frente a la privación de sueño, el cerebro puede sobreponerse y funcionar, pero solo de forma temporal. El no dormir genera problemas en el razonamiento lógico y en la capacidad de poder aprender y memorizar nuevos contenidos. Diversos estudios muestran cómo el sueño mejora el rendimiento en actividades que se aprendieron de forma recientes; tomar una siesta poco después de aprender algo nuevo potencia el procesamiento cerebral y la retención de este aprendizaje (solo cuando realmente se duerme durante la siesta, no funciona si solo se descansó), puesto que

durante el sueño posterior a cualquier tipo de aprendizaje, se activan en el cerebro las mismas áreas cerebrales que durante el aprendizaje (Blakemore & Frith, 2005). Además, otros estudios revelan que dormir potencia los “insights”; en uno, diversos sujetos tenían que descubrir cuál sería el número al final de una serie de números, pero no se les decía las reglas bajo las cuales operaban las series. Un grupo trabajó por ocho horas en la solución, otro durmió por ocho horas y un tercer grupo trabajó por ocho horas durante la noche. El grupo que logró descubrir las reglas ocultas con mayor éxito fue aquel que durmió por ocho horas (Blakemore & Frith, 2005).

Durante el sueño REM, el cerebro repasa todo lo hecho, visto y aprendido en el día, activando las áreas que se hayan utilizado, consolidando la memoria y el aprendizaje, proceso que también se refuerza durante el sueño de onda lenta, aunque con menor intensidad (Blakemore & Frith, 2005).

El sueño se destaca como fundamental, puesto que existe en Chile la práctica de “pasar de largo”; estudiar la noche anterior a una prueba, disminuyendo las horas de sueño. Es importante entender que dicha estrategia no es efectiva como método de aprendizaje, dado que el cerebro no tendrá la oportunidad de poder consolidar la información, y, en el momento de la prueba, la capacidad de responderla se verá disminuida por el agotamiento.

Se hace necesario mencionar que el cerebro está formado en un 80% por agua, por lo que hidratarse es fundamental para su correcto funcionamiento. Además, necesita bastante

oxígeno, por lo que es importante hacer ejercicio aeróbico, el cual mejora la circulación de oxígeno en el cerebro. Su fuente de energía es la glucosa, por lo que es importante no saltarse comidas. Junto con esto, es importante consumir omega 3 y omega 6, dado que el 30% de las células cerebrales están formadas por estos componentes. Estos se encuentran en el pescado y en las semillas de chia y linaza (Blakemore & Frith, 2005).

2. Paradigma Cognitivo

El paradigma cognitivo presenta como principal característica el procesamiento de información; en la percepción e interpretación de ésta (Opazo, 2001); por ejemplo, al pensar un hecho de la vida y darle un significado se está trabajando cognitivamente en él. Dentro de las características de este paradigma, está la influencia que tienen los pensamientos o imágenes (eventos cognitivos) sobre las conductas, otras cogniciones y afectos (Opazo, 2004 en Fernández-Álvarez & Opazo, 2004). Para entender todos los procesos que influyen en la autorregulación, es importante conocer los procesos que están a la base de todos los demás. Algunos de estos están dentro del paradigma cognitivo, y tienen relación con las creencias sobre aprendizaje que existen a la base de cada persona.

El autoconcepto, según Romero y Pérez (2009), hace referencia a las creencias que las personas tienen de sí mismas, entre ellas, tanto de aspectos descriptivos, que vendría a ser la autoimagen, como valorativos, relacionados con la autoestima. Ésta última tiene mayor relación con el paradigma afectivo, por lo que no se abordará en este apartado. Un tercer

componente del autoconcepto es la autoeficacia, la cual se define como la confianza que tiene una persona en sus habilidades. De acuerdo a los autores, la autoeficacia en el ámbito académico ha llamado la atención de los investigadores, puesto que posee gran influencia en el rendimiento académico de los estudiantes, dado que cuanto más confían en sus habilidades para una materia, aumenta la probabilidad de que su desempeño en ésta sea mejor. La autoeficacia, como creencia, se puede ver afectada por otras creencias en relación al aprendizaje, por lo que es importante entenderla como parte de una red del paradigma cognitivo que está interrelacionado con los demás paradigmas.

Carol Dweck (2000) propone dos teorías de la inteligencia, y aborda sobre cómo cada una influye en el comportamiento, cogniciones y afectos de los alumnos. La Teoría de la Inteligencia Fija se refiere a que algunas personas creen que la inteligencia es un rasgo fijo, en el sentido de que tienen una cierta cantidad de ella y no puede cambiar. Esto genera que las personas que operan bajo esta creencia busquen verse inteligentes, para no mostrar sus límites a los demás; para lograr esto, se dedicarán más en aquello en lo que se sienten buenos, y evitarán los desafíos, o hacer cosas para las que no se sienten capaces. Difícilmente una persona que funciona bajo esta teoría sabe que lo está haciendo, puesto que esta creencia suele operar implícitamente, manifestándose en la conducta, en otras creencias que afloran y en emociones asociadas. Por ejemplo, un alumno que no se crea bueno para las matemáticas probablemente cree que su inteligencia para las matemáticas tiene un límite, por lo que evadirá

realizar ejercicios en clase o estudiar en la casa, para no esforzarse si su rendimiento será inevitablemente malo, dado que malos resultados amenazan la autoestima. Es por esto que esta creencia genera patrones de desesperanza; es decir, al enfrentarse a un desafío y equivocarse, los alumnos suelen denigrar sus habilidades intelectuales, culpando a su mala memoria o bajos conocimientos. Esto lo harán a pesar de haber acertado en actividades similares con anterioridad y de tener una memoria y un nivel de conocimientos normales. Esto sucede puesto que al equivocarse sienten que están fallando y que están demostrando que no tienen aptitudes, por lo que suelen sentirse aburridos por la tarea, tienden a evitarla, y utilizan estrategias básicas para intentar resolverla.

Por otro lado, la autora refiere otra teoría, que sería la Teoría de la Inteligencia Modificable o de Aumento, la cual establece que todas las personas, con esfuerzo, pueden mejorar sus habilidades y capacidades intelectuales. No niega que hay personas a las que ciertas cosas se le dan más fácil y rápido, pero sí que otras personas pueden lograr resultados similares si trabajan en ello. De esta forma, si un estudiante con esta mentalidad se equivoca frente a un desafío, responderá con patrones de competencia, es decir, no sentirá que está fallando, sino que equivocarse es parte del proceso de aprendizaje, por lo que desarrollará estrategias más sofisticadas para poder resolver el desafío (Dweck, 2000). Su autoestima no está ligada con el resultado, sino con el proceso.

Las distintas creencias sobre la inteligencia y otros elementos del aprendizaje generan distintas respuestas en los alumnos, tanto de

desesperanza como de competencia. Por ejemplo, Ellis (2005) distingue seis creencias epistemológicas, sobre el aprendizaje y el conocimiento. La primera habla sobre la certeza del conocimiento, que serían las creencias sobre si el conocimiento es una verdad fija y absoluta, o si es una entidad dinámica, que evoluciona y cambia constantemente. La segunda se refiere a la simplicidad y estructura del conocimiento, en el sentido de si el conocimiento son hechos concretos y aislados o si es una serie de ideas interrelacionadas, de mayor complejidad. La fuente del conocimiento, la tercera, hace referencia a si el conocimiento viene de fuera del estudiante o si es éste quien lo construye. La cuarta habla sobre los criterios para determinar la certeza, puesto que el conocimiento se puede aceptar como válido si así lo dice un experto o si debe ser analizado en base a la evidencia. También está la creencia sobre si el conocimiento se aprende con rapidez o si es algo que toma más tiempo, siendo la quinta creencia sobre la velocidad del aprendizaje. Por último, la sexta creencia hace referencia sobre la naturaleza de la capacidad del aprendizaje, que se parece a las teorías de la inteligencia de Dweck (2000), dado que plantea si la capacidad de una persona para aprender es innata o si puede mejorar a lo largo del tiempo. Es importante entender que estas creencias no aparecen en la realidad como opuestos, sino que más bien representan un continuo en el que cada persona cree más en una que en otra, o lo hace dependiendo del contexto o de la materia que se esté estudiando (Ellis, 2005).

Al analizar la autorregulación en el aprendizaje se hace importante revisar las creencias que se tengan sobre el mismo, puesto que conocerlas facilita el trabajo de mejorar la autorregulación.

Cuando más fijo se sienta el conocimiento y la propia inteligencia, mayor será la probabilidad de que aparezcan respuestas de desesperanza, dado que la creencia implícita estará siempre imponiendo un muro, un límite a las propias capacidades, generando sentimientos de frustración. Los patrones de desesperanza no fomentan respuestas de autorregulación, dado que tienden al abandono de la tarea. Por otro lado, cuando más se crea que el conocimiento lo construye uno y que con esfuerzo se puede mejorar, es más probable que aparezcan respuestas de competencia, puesto que el estudiante siente que puede hacer algo frente a las dificultades, y que éstas le permiten mejorar, por lo que gana incluso cuando parece perder. Los patrones de competencia sí fomentan la autorregulación, dado que la misma sensación de que es uno quien puede mejorar genera conductas, cogniciones y afectos de auto-regulación.

Otro tipo de creencias que influyen en la predisposición y la perseverancia en el aprendizaje son las atribuciones causales. Éstas se refieren a las interpretaciones que hacen las personas sobre las causas de lo que les acontece, y estas causas pueden ser internas o externas, es decir, es el sujeto el que genera la causa, por lo que tiene más control de la situación dado que puede cambiar la causa, o la causa es externa al sujeto, por lo que no puede cambiar el resultado (Romero Ariza & Pérez Ferra, 2009). Un estudiante con una atribución causal interna es más propenso a perseverar a pesar de equivocarse, puesto que tiene la creencia de que él puede controlar o cambiar un siguiente resultado, dado que él generó el anterior. Por otra parte, un estudiante que atribuye su resultado a algo externo y no

controlable, como la suerte o la maldad del profesor, es probable que no se esfuerce mucho, simplemente porque no creerá que su esfuerzo vaya a generar algún cambio; más bien lo verá como una pérdida de tiempo.

Entendiendo cómo influyen las creencias, principalmente implícitas, sobre el alumno como persona, se hace necesario comprender otros elementos de este paradigma. Por ejemplo, para poder ser autorregulado, hay que comprender la metacognición como proceso. La metacognición es “pensar sobre el pensamiento” (Ellis, 2005, p. 367), por lo que implica poder abstraerse sobre la mente y cómo funciona. Cuando está al servicio de la autorregulación consiste en tener en cuenta las propias capacidades a la hora del estudio, conocer distintas estrategias para aprender y saber cuándo utilizarlas, poder planificar el estudio, el cuándo y el cómo, supervisar el propio proceso y poder recordar lo aprendido cuando se requiera (Ellis, 2005). Las habilidades metacognitivas generalmente no se enseñan explícitamente, sino que los estudiantes las van aprendiendo, si las aprenden, a lo largo de la vida.

Las tres fases de la autorregulación pueden ser entendidas como procesos cognitivos en tanto son “ejecutadas” desde la metacognición. Para entender mejor esto, se expondrán las distintas fases y en qué consisten.

Zimmerman (2002) distingue tres fases en el proceso de autorregulación, las que serían la fase de planificación, la fase de ejecución y la fase de auto-reflexión (Panadero & Alonso-Tapia, 2014). En la fase de planificación, priman el análisis de la tarea y la gestión de la

motivación. El primero consiste en plantearse objetivos y hacer un plan estratégico, considerando qué tarea hay que llevar a cabo y qué estrategias se emplearán para ello. La segunda consiste en el autoanálisis de las creencias que están en juego al realizar una tarea y que pueden afectar la capacidad de motivarse para ella (Zimmerman, 2002); por ejemplo, el no sentirse capaz para un ramo en específico dificulta la motivación para esforzarse en él. En este sentido, en esta fase el estudiante decide estudiar o realizar una cierta tarea (un trabajo, la preparación de una clase, etc.), y fija un objetivo concreto. Luego, debe pensar sobre cómo lograr dicho objetivo, qué va a necesitar y qué tiene que hacer, cómo va a abordar la tarea. Si el objetivo es más largo de conseguir, deberá también planificar los días en que quiera dedicar tiempo a ello. El poder planificar de esta forma implica el uso de la metacognición, sobre todo al evaluar nuestras creencias y cómo nos afectan.

La segunda es la fase de ejecución, la cual consiste en el auto control y la auto observación. El auto control se refiere a la realización de las estrategias seleccionadas en la planificación, cuidando la atención y la concentración. La auto observación consiste en registrar las cosas que se hacen con el fin de poder analizar y descubrir las causas, lo cual se puede hacer por medio de experimentos personales, probando distintas estrategias para ver cuál es más útil, por ejemplo. El auto monitoreo se deriva de la auto observación, y hace referencia al procesamiento cognitivo del funcionamiento personal, como podría ser el percibir cambios en nuestra concentración mientras trabajamos en una tarea (Zimmerman, 2002). A la hora de trabajar, entonces, es

importante que el estudiante haga lo que planea hacer, y que vaya monitoreando si lo está haciendo o no y, ojalá, qué tan eficaz es.

La tercera y última, es la fase de auto-reflexión. Ésta consiste en el auto juicio y la auto reacción (Zimmerman, 2002). La primera, consiste en evaluar la propia ejecución y compararla de acuerdo a algún estándar, que puede ser la ejecución anterior o algún ideal que se quiera alcanzar. Esto permite evaluar el avance. Del auto juicio deriva la atribución causal, que consiste en atribuir causas, internas o externas, a nuestro comportamiento. Un estudiante autorregulado debería ser capaz de atribuir la causa de sus errores tanto a factores externos como internos. Por ejemplo, si no logra estudiar bien es importante que logre discernir si el problema era el ruido del ambiente o una baja capacidad para concentrarse, independiente del ambiente. Por otra parte, la auto reacción es la reacción afectiva que viene por la ejecución, la cual puede ser positiva o de competencia (frente a la equivocación, esforzarse más). También puede haber respuestas defensivas, las cuales consisten en abandonar y evitar la tarea (Zimmerman, 2002). Con el desarrollo de la autorregulación se esperaría, no obstante, que este tipo de respuestas disminuya frente a las de competencia, que son más adaptativas. En esta etapa, el poder reflexionar sobre nuestras acciones es lo que permite que se saquen conclusiones que ayuden a una futura planificación, completando así la relación cíclica de las fases.

3. Paradigma Afectivo

La regulación emocional es fundamental para la salud física y mental a lo largo de la vida,

además de facilitar con el cumplimiento de las metas personales (Anto & Jayan, 2016). Además, cuando los estudiantes son conscientes de sus emociones al enfrentarse al aprendizaje, y saben cómo lidiar con ellas, aumenta su motivación, el compromiso con su aprendizaje y su autorregulación (Arguedas, Daradoumis & Xhafa, 2016).

Es importante destacar el rol que tienen los otros, tanto en el desarrollo afectivo de los individuos, como en la mantención de la capacidad de comprender y regularlos a lo largo de la vida (Swingle, 2015). Por lo que un alumno auto regulado no será un alumno aislado, sino alguien con relaciones afectivas significativas que permitan la auto observación afectiva, y que, idealmente, fomenten la capacidad de regulación emocional. Esto se puede observar en alumnos que, al ser sus emociones abordadas por sus profesores y al enseñárseles a manejarlas, mostraban una mayor capacidad de autorregularse, además de conductas de solidaridad con sus compañeros (Arguedas, Daradoumis & Xhafa, 2016).

Una reacción emocional consta de una expresión comportamental, un sentimiento subjetivo y un arousal psicológico (Pietrzak & Tokarz, 2016), por lo que un proceso de regulación emocional considera esos tres elementos. Una persona, al regular su estado emocional, influye en la emoción que elija, además de modular cuándo y cómo la va a significar y expresar (Pietrzak & Tokarz, 2016). Una regulación emocional puede ser adaptativa o desadaptativa, dado que con el fin de regular estados emocionales una persona puede realizar acciones como iniciar peleas, gastar mucho dinero o buscar sustancias que den la sensación de regulación. En el caso de

respuestas más adaptativas, se encuentra la inteligencia emocional, en la cual es clave el reconocimiento de la emoción, qué la gatilla y qué necesita uno para regular dicha respuesta, todo esto con un alto nivel de auto consciencia (Pietrzak & Tokarz, 2016). Por lo tanto, para la autorregulación en el aprendizaje es muy importante una regulación adaptativa del afecto, dado que esto permite un mejor manejo de la motivación, que será abordada más adelante.

La autoestima es la valoración que la persona hace de sí misma; es decir, qué tanto se quiere o qué tanto le gusta de sí (Anto & Jayan, 2016). Dado que la autoestima puede tener una profunda influencia en las cogniciones, afectos y la conducta de las personas (Anto & Jayan, 2016), se puede observar que, a mayor autoestima, la persona sentirá más confianza en sí misma, y frente a los errores es más probable que reaccione con respuestas de competencia, dado que el equivocarse no pone en tela de juicio sus habilidades. Una equivocación pasa a ser solo eso, puesto que un individuo con alto autoestima tiene un “colchón” de aterrizaje en caso de caerse, el cual está hecho de todo el aprendizaje que se tenga hasta el momento. Una alta autoestima permite que la persona no se juzgue por cada error, sino por lo que ha hecho en otras ocasiones también. Además, una autoestima positiva suele estar acompañada por emociones placenteras, las cuales, al presentarse en el ámbito académico, fomentan la motivación y las conductas de autorregulación en los estudiantes. Por otra parte, alguien que tenga una baja autoestima es más proclive a evaluarse de forma negativa. Cada error le pesará más, porque no contará con un colchón de autoconfianza, por lo que

será más probable que reaccione con respuestas de desesperanza, evitando las tareas y desafíos que sienta que lo superan y que hacen que evalúe negativamente sus capacidades de aprender.

Al hablar de autorregulación y afecto aparece como concepto relevante la motivación, la cual, de acuerdo con Romero y Pérez, se puede definir como “el conjunto de procesos implicados en la activación, dirección y persistencia de la conducta” (2009, p. 2). La motivación está compuesta tanto por variables cognitivas como afectivas, tales como la autoeficacia, las propias habilidades, el rendimiento, la necesidad de metas, las expectativas de los profesores, los estilos de aprendizaje, entre otras (Boza Carreño & Toscano Cruz, 2012). Si bien está compuesta por diversos elementos cognitivos, la motivación influye directamente en la reacción y regulación afectiva hacia la tarea, por lo que se menciona en este paradigma. No será abordada en profundidad, puesto que como concepto es demasiado amplio para el propósito de este trabajo.

Dentro del aprendizaje no formal, está el de expectativas, el cual consiste en cómo las personas aprenden de la experiencia y van formando la capacidad de anticiparse a los hechos, la cual parte de la base de una estimulación cognoscitiva de las reacciones afectivas que se experimentaron en situaciones anteriores, con el fin de preparar una respuesta anticipatoria (Bandura, 1987). De esta forma se podría relacionar la regulación de la motivación con las experiencias previas que hayan tenido los estudiantes sobre el hecho de estudiar y las recompensas/castigos que hayan recibido.

Como se explicó en el marco teórico, la motivación se puede dividir en intrínseca o extrínseca. La primera hace referencia a cuando existe interés o gusto por la tarea en sí, y esto lleva a disponerse a realizarla, mientras que la segunda se refiere al caso en que la tarea no interesa o gusta en sí, pero sí aportará algún beneficio o utilidad al ser realizada (Romero Ariza & Pérez Ferra, 2009). Así, un estudiante podría encontrarse con alguna materia, frente a la cual responderá con motivación intrínseca si le gusta o le interesa. En caso contrario, podrá responder con motivación extrínseca, dado que dicha materia le puede aportar en el promedio, o puede ser un ramo que permite que el semestre siguiente se aborden otros, en caso de ser un estudiante universitario. Una misma tarea puede motivar por ambos tipos; por interés y por algún beneficio que otorgue.

No obstante, cuando una tarea no interesa, y, a pesar de que traerá un beneficio, si este es o se siente muy lejano, puede no ser suficiente incentivo para realizarla, dado que como seres humanos es fácil actuar cuando la satisfacción es inmediata que cuando no lo es (Van Essen & Schouwenburg, 2004). La falta de una recompensa inmediata puede llevar a procrastinar la tarea. La procrastinación es el acto de posponer una tarea, dejando de lado responsabilidades del presente, a pesar de la intención de llevarlas a cabo y de saber que el no realizarla traerá consecuencias negativas más adelante (Pietrzak & Tokarz, 2016). En el ámbito académico se define como el posponer de forma intencional las actividades académicas, aun cuando se espera que se ponga peor más adelante (Patzek, Grunschel & Fries, 2012). Este problemático hábito de

posponer se suele desencadenar por una falta de regulación emocional (Pietrzak & Tokarz, 2016), dado que, frente a una baja motivación por la tarea, la persona no logra regularse para desempeñarse de igual forma, buscando otra estrategia para motivarse. Los estudiantes que suelen procrastinar presentan un cálculo poco realista de cuánto les llevará a terminar una tarea, una baja tolerancia a la frustración, una baja auto conciencia y una perspectiva más alta del presente que del futuro, lo que se traduce en un uso deficiente del tiempo como recurso (Pietrzak & Tokarz, 2016).

En la procrastinación influyen diversos elementos, desde la autoeficacia y la autoestima, hasta la regulación emocional y las estrategias de motivación, las creencias que se tienen de sí mismo y del aprendizaje (Van Essen & Schouwenburg, 2004), llevando a que sea un fenómeno difícil de abordar para los mismos estudiantes si no cuentan con ayuda para ello. Es importante comprender qué procesos están llevando a dicha conducta, y saber que cambiarla es difícil, pero posible (Van Essen & Schouwenburg, 2004).

4. Paradigma Ambiental/Conductual

Ser un estudiante autorregulado implica la capacidad de poder supervisar y regular algunos aspectos de su cognición, motivación, de su propio comportamiento y de su entorno (González et al, 2002). Estos dos últimos serán trabajados en este apartado.

Como se dijo anteriormente, según Zimmerman (2002), la autorregulación consta de tres etapas, y la regulación del comportamiento y del ambiente que se haga

será diferente en cada una de ellas. En la primera, la fase de Planificación, se plantea un objetivo y la forma en que se conseguirá. Para esto es necesario saber cómo funciona cada persona como estudiante, qué se necesita de uno y del ambiente. Por ejemplo, saber más o menos cuánto tiempo me podría tomar una actividad, si necesitaré ayuda o no, y, muy importante, si el lugar en el que estoy es adecuado para mí o no. Para potenciar el funcionamiento de la concentración, la gestión del ambiente es fundamental, puesto que se debe estudiar en un lugar con la menos cantidad de distractores posibles y con todo el material a mano, evitando interrumpir el estudio (Van Blerkom, 2003).

En la fase de ejecución, es importante ir observando el progreso, con el fin de que sea lo más eficiente para uno. Es importante reconocer si una acción no está dando frutos, o si un ambiente no es el más adecuado, con el fin de poder hacer un cambio.

Por último, en la fase de auto reflexión se necesita recordar las acciones que sirvieron y ayudaron al objetivo propuesto, con el fin de volverlas a usar de ser necesario.

5. Paradigma Sistémico

De acuerdo con Willis y Hodson, “los padres son los profesores más importantes en la vida de un niño” (1999, en Gallego, 2007, p. 66). Por esto se hace necesario abordar este paradigma. El paradigma sistémico hace referencia a todos los sistemas que interactúan con los individuos. Para el propósito de este trabajo, solo se hablará de la influencia del sistema familiar en el aprendizaje. La familia ejerce diversos roles

fundamentales en la vida de las personas, tales como enseñar una lengua, transmitir la cultura y los valores de la sociedad, proteger, permitir interacciones sociales y educar (Rojas, 2002). Dado que ésta es parte del contexto inmediato de los niños o niñas, tiene una fuerte influencia en su aprendizaje (Pizarro, Santana & Vial, 2013).

Diversas conductas de los padres o cuidadores pueden favorecer o entorpecer la relación de los estudiantes con sus instituciones educativas. Sobre todo, en la infancia, la actitud de la familia tanto hacia la institución como a la educación en general tendrá un impacto en el vínculo que creará el niño o niña, dado que una relación positiva de los cuidadores con la educación favorecerá, también, una relación positiva del estudiante con ésta (Pizarro, Santana & Vial, 2013). Según Epstein y Sanders, cuando los alumnos ven que sus padres o cuidadores están involucrados con la escuela, pueden reconocer que ésta y su familia son similares, donde todos se conocen, lo que suele llevar a una percepción más positiva del colegio, mejor asistencia y mejor rendimiento (2000, en Pizarro, Santana & Vial, 2013).

La escolarización de los padres pasa a tomar un rol fundamental, no solo por el nivel que estos hayan alcanzado, sino también por el valor que le entreguen a que sus hijos puedan escolarizarse. Cuidadores con un bajo nivel de escolarización suelen tener un vocabulario más pobre, lo que retrasa el desarrollo lectoescritor de los niños (Villalón, 2008, en Pizarro, Santana & Vial, 2013).

Un claro ejemplo del impacto de la familia en el aprendizaje de los niños se puede ver en la lectura, dado que es ésta la que fomenta o no la

motivación por leer (Moreno Sánchez, 2001). El gusto por leer debe ser enseñado y adquirido, por lo que, si en una familia nadie suele hacerlo, y se le dice a un niño que debe leer para el colegio, mientras los demás ven televisión, no se estará favoreciendo el gusto por la lectura (Moreno Sánchez, 2001). Por otro lado, si la lectura es parte de la vida cotidiana de la familia, es más fácil para el niño o niña encontrar espacios donde desarrollar el gusto por esta actividad, sobre todo si se les lee cuentos en la infancia (Moreno Sánchez, 2001).

Es importante para el estudiante autorregulado ser consciente de qué forma lo han criado con relación al aprendizaje, y de qué forma se ha relacionado su familia con su escolarización, son el fin de que pueda diferenciar si una posible falta de motivación se debe a que hay algo que no le gusta o a una cultura familiar poco interesada. Las actitudes que primero se aprenden hacia las cosas son las que han sido enseñadas implícitamente por la familia, por lo que poder entenderlas facilita su eventual cambio o refuerzo.

6. Paradigma Inconsciente

Cuando el alumno o alumna no es consciente de cómo impactan en su aprendizaje su cognición, sus afectos, su familia, su ambiente y su conducta, todos esos elementos pasan a ser parte del paradigma inconsciente, sin dejar de ser parte del suyo propio. Por ejemplo: las creencias. Muchos estudiantes se aproximan al aprendizaje sin saber qué creen de éste; sin ser conscientes de las expectativas que tienen sobre aprender y sobre sí mismos, por lo que, muchas veces, tienen concepciones erradas sobre su proceso y sus resultados.

Otro ejemplo vendría a ser la misma motivación y la procrastinación. Un estudiante que no es consciente de los elementos que influyen su motivación, difícilmente podrá gestionarla, y quizás responda con conductas procrastinadoras. En mi trabajo con algunos estudiantes varios refirieron que, cuando procrastinan, no saben por qué lo hacen, lo que reforzaría la influencia inconsciente sobre este hábito.

Además, tener conocimientos sobre el funcionamiento cerebral para potenciar el aprendizaje, genera mayor autoconocimiento, y permite un aprovechamiento más completo de nuestros recursos, lo que queda en evidencia al saber que al dormir, se sigue procesando la información vista, y se pueden encontrar otras soluciones una vez despertemos (Blakemore & Frith, 2005).

Para poder autorregular el comportamiento y el ambiente, hay que saber qué se necesita, tanto de uno como del ambiente, y poder anticiparse a qué se necesitará después, dentro de la misma línea de acción.

Por último, ser consciente de las conductas que tenían o han tenido los propios padres o cuidadores tanto de las instituciones educativas como de la educación en sí, permite analizar la propia disposición hacia ambos elementos, lo que puede generar una percepción más completa, que logre diferenciar lo aprendido de lo que se busca generar. Pero para lograr esto, se debe reconocer, primero, que existe un impacto en nuestra forma de pensar aprendido de los principales cuidadores (Pizarro, Santana & Vial, 2013).

Por lo tanto, para un alumno o alumna autorregulado se hace fundamental ensanchar el awareness que tiene de sí mismo, potenciando el auto conocimiento. Cuantos menos elementos permanezcan en el inconsciente, más probable es que el proceso de estudio pueda ser más completo, estratégico y útil.

Conclusiones

Dado que el aprendizaje autorregulado es un proceso complejo, que implica la conjunción de diversos factores, su estudio requiere de un completo abarque de estos. Conocer las tres fases descritas por Zimmerman (2002), la planificación, la ejecución y la auto reflexión, permite entender que un alumno o alumna requiere de ciertos tiempos y procesos, por lo que, de cada paradigma, necesitará de distintas cosas. Es distinto motivarse cuando no se quiere que cuando sí; o aprender a motivarse trabajando por una recompensa que llegará más tarde, versus salir con amigos o utilizar el computador o el smartphone en el momento.

Cada etapa requiere de conocimiento, tanto de uno como del funcionamiento de cada paradigma y de cómo afectan a cada individuo, relacionando elementos de la biología, la psicología y la pedagogía. Esto requiere ser enseñado, puesto que difícilmente los alumnos lo podrían aprender por sí solos y serían capaces de aplicarlo. Esta revisión teórica levanta como necesidad la enseñanza a los mismos alumnos sobre cómo aprender, cómo funcionan ellos y qué conocimientos deben manejar para poder aprovechar su proceso de aprendizaje.

Existen algunos centros en las universidades, como el Centro de Apoyo al Rendimiento Académico y Exploración Vocacional (CARA) de la Pontificia Universidad Católica de Chile, donde, por medio de cursos y talleres, se les enseña a los estudiantes a ser gestores de su propio proceso de aprendizaje. Otros centros educativos, y los mismos colegios, podrían implementar programas y talleres para ayudar a los estudiantes a conocerse como tales. Sería relevante incluir a la familia, para que pudieran aprender a su vez y apoyar desde el hogar, potenciando aún más el proceso.

Referencias Bibliográficas

Anto, S. P. & Jayan, C. (2016). Self-Esteem and Emotion Regulation as Determinants of Mental Health of Youth. *SIS Journal of Projective Psychology & Mental Health*, 23(34), 34-40.

Arguedas, M., Daradoumis, T. & Xhafa, F. (2016). Analyzing How Emotion Awareness Influences Student's Motivation, Engagement, Self-Regulation and Learning Outcome. *Educational Technology & Society*, 19(2), 87-103.

Bandura, A. (1987). *Teoría del Aprendizaje Social*. Madrid: Espasa-Calpe.

Blakemore, S. J. & Frith, U. (2005). *The Learning Brain: Lessons for Education*. United States: Blackwell Publishing.

Boza Carreño, A. & Toscano Cruz, M. (2012). Motivos, Actitudes y Estrategias de Aprendizaje: Aprendizaje Motivado en Alumnos Universitarios. *Profesorado*, 16(1), 125-142. Recuperado de <http://www.ugr.es/~recfpro/rev161ART8.pdf>

Dweck, C. (2000). *Las Teorías del Self. Su Rol en la Motivación, Personalidad y Desarrollo*. (Trad. de A. M. Gallardo). Disponible en:

<https://es.scribd.com/document/287044655/Tra-duccion-Dweck-1-4>

Ellis Ormrod, J. (2005). *Aprendizaje Humano*. Madrid: Pearson Educación.

Fernández, E., Bernardo, A., Suárez, N., Cerezo, R., Núñez, J. C. & Rosario, P. (2013). Predicción del uso de estrategias de autorregulación en la educación superior. *Anales de Psicología*, 29(3), 865-875.

Gallego, D. J. (2007). Padres y Estilos de Aprendizaje de sus Hijos. *Diálogo Educativo*, 7(20), 65-80. Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/1891/189116807007/>

González, R., Valle, A., Rodríguez, S. & Piñero, I. (2002). Autorregulación del aprendizaje y estrategias de estudio. En R. González, J. Pineda, L. Álvarez & E. Soler (Ed.), *Estrategias de Aprendizaje. Concepto, evaluación e intervención* (pp. 17-38). Madrid: Ediciones Pirámide.

Moreno Sánchez, E. (2001). Análisis de la Influencia de la Familia en los Hábitos Lectores de sus Hijos e Hijas: Un Estudio Etnográfico. *Contextos Educativos*, 4, 177-196.

Núñez Pérez et al (1998). Estrategias de aprendizaje, autoconcepto y rendimiento académico. *Psicothema*, 10(1), 97-109.

Opazo Castro, R. & Bagladi Letelier, V. (2006). Etiopatogenia de los trastornos de la personalidad desde la Psicoterapia Integrativa. *Revista Española de Psiquiatría*, 10(1), 1-28.

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

Opazo Castro, R. (2004). Desarrollo personal. En H. Fernández-Álvarez & R. Opazo Castro. *La integración en psicoterapia*. Chile: Ediciones CECIDEP.

Panadero, E. & Alonso-Tapia, J. (2014). ¿Cómo autorregulan nuestros alumnos? Revisión del modelo cíclico de Zimmerman sobre

autorregulación del aprendizaje. *Anales de Psicología*, 30(2), 450-462.

Patrzek, J., Grunschel, C. & Fries, S. (2012). Academic Procrastination: The Perspective of University Counsellors. *International Journal for the Advancement of Counselling*, 34, 185-201. DOI: 10.1007/s10447-012-9150-z.

Pietrzak, A. & Tokarz, A. (2016). Procrastination as a Form of Misregulation in the Context of Affect and Self-Regulation. *Studia Humana*, 5(3), 70-82. DOI: 10.1515/sh-2016-0016.

Rojas, M. (2002). Aprendizaje Transformacional en la Familia y en la Educación. *Revista Venezolana de Análisis de Coyuntura*, 8(1), 189-200. Recuperado de:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36480110>

Romero Ariza, M. & Pérez Ferrá, M. (2009). Motivar a aprender en la Universidad: una estrategia fundamental contra el fracaso académico. *Aportaciones de la investigación y la literatura*

especializada. *Revista Iberoamericana de Educación*, 50(5), 1-13.

Swingle, M. K. (2015). Beyond the Self in Self-Regulation - Reaching Beyond Technologies: The Importance of Others and Relationships to Individual Well Being. *Biofeedback*, 43(4), 158-162.

Van Blerkom, D. (2003). Capítulo 4: Mejorar la Capacidad de Concentración. En D. Van Blerkom, *Estrategias de Estudio para la Universidad*. Learning Inc.

Van Essen, T. & Schouwenburg, H. (2004). *Hazlo Ahora no lo dejes para mañana*. Madrid: Pirámide.

Zimmerman, B. J. (2002). Becoming a Self Regulated Learner: An Overview. *Theory into Practice*, 41(2), 64-70.

Zulma Lanz, M. (2006). Aprendizaje Autorregulado: el lugar de la Cognición, la Metacognición y la Motivación. *Estudios Pedagógicos*, 32(2), 121-132

Reportes de Investigación ICPSI

**Investigación orientaciones vitales en muestra clínica:
pacientes del Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa**

PhD. Roberto Opazo C.*

Mg. Texia Bejer Tajmuchi*

Abstract

**Investigación: Impacto del Nivel Socio-Económico sobre la
Función Búsqueda de Sentido en Pacientes del Instituto Chileno
de Psicoterapia Integrativa**

PhD. Roberto Opazo C.*

Mg. Texia Bejer Tajmuchi*

Abstract:

This research aims to clarify possible connections between socio-economic level and existential goals. Is it that better socio-economic levels make possible more "transcendental" goals? Has "low" socio-economic level an producing toward more "basic" senses of living?

Keywords: *Socio-economic level, Existential goals, Senses of living, Supraparadigmatic Integrative Approach (EIS).*

Resumen:

La presente investigación explora la posible relación entre nivel socio-económico y la Función de Búsqueda de Sentido del Sistema SELF. De especial interés resulta el ir esclareciendo si el mayor nivel socio-económico facilita - o no - un sentido de vida más "trascendente".

Palabras Clave: *Nivel Socio-económico, Metas existenciales, Sentido de Vida, Enfoque Integrativo Supraparadigmático Approach (EIS).*

AcPI, 9:152-161.

* Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa ICPSI. Email: icpsi@icpsi.cl

Dentro el EIS, se incorpora la función de “Búsqueda de Sentido”, como la necesidad de completar el aspecto mas “profundo” del enfoque, Como menciona Roberto Opazo (2017) *“La función búsqueda de sentido bien concebida y bien administrada, puede aportar profundidad a nuestro Supraparadigma Integrativo”* (pág. 943). Además, agrega que no da lo mismo tener un sentido de vida u otro, así mismo es posible darle a la propia vida un sentido profundo que se puede asociar con el desarrollo personal, y éste mismo no necesariamente estar asociado a una creencia religiosa. Así dentro del enfoque se sostiene que, con sentido de vida pareciera que la vida de las personas se ve cualitativamente mejorada, dándole mayor resiliencia frente a los problemas. Finalmente, como dice Opazo *“el sentido de vida de una persona tiene contenidos y fuerzas diferenciales. Los contenidos pueden ser mas abstractos o mas concretos, mas materiales o mas espirituales, mas egocéntricos o mas trascendentales, etc. Y la fuerza del sentido de vida será mayor o menor, mas estable menos, etc. Todo esto será en función de la personalidad de cada cual, de las influencias recibidas, de las reflexiones desplegadas, y del grado de convicción en relación al sentido de vida”* (Opazo, 2017 pág. 963)

La búsqueda de sentido en la practica clínica parece ser un punto importante del quehacer de la Psicoterapia Integrativa. Como menciona Araya, 2009 *“Si bien el trabajo en el sentido de vida puede ser un objetivo terapéutico en si mismo, especialmente si tal necesidad es compartida y explicitada por el paciente, este objetivo adquiere particular importancia cuando se habla de que puede favorecer los resultados*

de la psicoterapia. Es decir, implementar una serie de estrategias para favorecer el sentido de vida podría contribuir al éxito de alcanzar otros objetivos terapéuticos e incrementar la sensación subjetiva de bienestar del paciente..... después del tratamiento” (mencionado en Opazo 2017, pág. 967).

Es por lo mencionado con anterioridad que dentro del EIS, nos interesa poder optimizar los recursos y generar estímulos efectivos que permitan una movilización ideográfica del sistema psicológico. Y como se mencionó en el párrafo anterior, si la presencia de un sentido de vida puede favorecer el logro de los objetivos terapéuticos parece de suma importancia el poder evaluar y determinar cuales serian los nortes orientadores de la persona en cuanto a su sentido de vida, como una forma de aportar recursos a los procesos de psicoterapia, y ayudar a crear estímulos efectivos que permitan un cambio potente y acorde a lo que el sujeto es y necesita.

Por lo anterior, parece importante poder determinar cuales serian las orientaciones vitales (que estarían guiadas por el sentido de vida) de las personas que consultan en nuestro Instituto. Es por esto que se realizó una investigación para indagar en esto, centrada en la población clínica y consultante en el ICPSI.

Para esto, se considero la población consultante de nuestro Instituto ICPSI, entre los años 2002 y 2015. Pacientes pertenecientes a niveles socioeconómicos más aventajados y que asisten a la Consulta Particular de los profesionales de nuestro Equipo; y pacientes de más escasos recursos económicos para acceder a psicoterapia, por

lo que acuden a nuestros Consultorios ICPSI-CONPER. La muestra total quedó configurada por 740 personas adultas que respondieron el FECl - A¹⁷. En la muestra se observa que el 47,2% son hombres (N= 349) y el 52,8% son mujeres (N= 391). Se distribuyó la muestra por rangos de edad, para poder comparar los datos, así quedo que el 12,6% son personas entre 18 y 21 años; 40,9% personas entre 22 y 35 años; el 33,1% personas entre 36 y 49 años; el 11,2% personas entre 50 y 63 años; y el 2,2% personas mayores de 63 años.

También se realizaron comparaciones entre las orientaciones vitales de pacientes que consultan en CONPER y pacientes que consultan en el ICPSI. Así cada sub-muestra quedo conformada con un N= 370 cada una. En la muestra CONPER se aprecia que el 35,1% son hombres (N= 130) y el 64,9% son mujeres (N= 240). Además, se aprecia que el 18,4% están entre 18 y 21 años, el 50% están entre 22 y 35 años, el 22,4% están entre 36 y 49 años, el 7,8% están entre 50 y 63 años, y el 1,4% son mayores de 63 años. En la muestra ICPSI, se aprecia que el 59,2% son hombres (N=219) y el 40,8% son mujeres (N=151). Además, se observa que el 6,8% están entre 18 y 21 años, el 31,9% están entre 22 y 35 años, el 43,8% están entre 36 y 49 años, el 14,6% están entre 50 y 63 años y el 3% son mayores de 63 años.

Para recopilar los datos, se utilizó FECl-A, específicamente la escala de Sentido de Vida que esta dentro de la ficha. Dicha escala presenta 14 alternativas de sentido de vida, y los sujetos deben indicar cuan importante es

cada una de estas opciones en su propia vida, esto indicando entre 1 y 5 su preferencia donde 1 es poco importante y 5 es muy importante.

Los datos se analizaron con el programa SPSS, y se utilizo el estadístico t-student para la comparación de medias, considerando un nivel de confiabilidad del 99% ($p < 0,01$). Además, se realizó una ANOVA simple entre edad y cada una de las orientaciones vitales, con el fin de indagar si habría o no asociación importante entre estos.

Los resultados obtenidos se aprecian a continuación.

Gráfico N°1
Puntajes Escala "Sentido de Vida". Muestra General

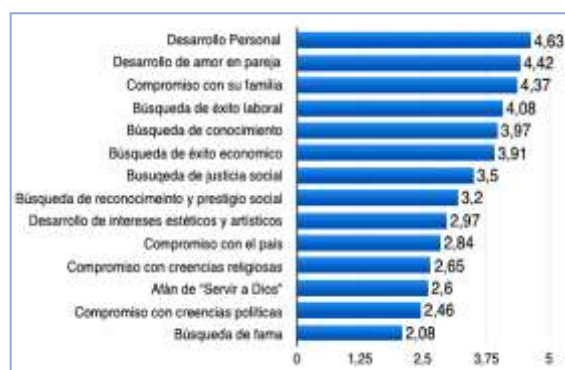
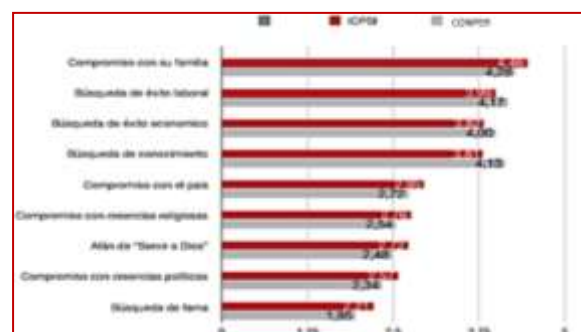


Gráfico N°2
Escala "Sentido de Vida". Comparación Inter Muestras



¹⁷ FECl-A Ficha de evaluación Clínica Integral de Adultos

En relación a los datos generales, en el gráfico N°1 se aprecia que las orientaciones vitales tienden a ser significativas en la muestra general y dentro de ellas, las cuatro principales orientaciones vitales serían “desarrollo personal”, “desarrollo de amor en pareja”, “compromiso con la familia” y “búsqueda de éxito laboral”. También se puede observar que tanto el “compromiso con creencias política” como la “búsqueda de fama” serían las orientaciones vitales menos consideradas.

Tabla N°1
Orientaciones Vitales comparación inter muestras

Orientación vital		media	t	sig
Compromiso con su familia	ICPSI	4,46	2,864	0,004
	CONPER	4,28		
Búsqueda de éxito laboral	ICPSI	3,99	-2,316	0,021
	CONPER	4,17		
Búsqueda de éxito económico	ICPSI	3,82	2,502	0,013
	CONPER	4,00		
Búsqueda de conocimiento	ICPSI	3,81	-4,753	0,000
	CONPER	4,13		
Compromiso con su país	ICPSI	2,95	2,692	0,007
	CONPER	2,72		
Compromiso con su creencias religiosas	ICPSI	2,76	2,149	0,032
	CONPER	2,54		
Afán de servir a Dios	ICPSI	2,72	2,328	0,02
	CONPER	2,48		
Compromiso con las creencias políticas	ICPSI	2,57	2,517	0,012
	CONPER	2,34		
Búsqueda de fama	ICPSI	2,21	3,320	0,01
	CONPER	1,95		

En la tabla N° 1 y el gráfico N°2, se aprecia la comparación entre las orientaciones vitales del grupo CONPER y del grupo ICPSI. Así, se puede apreciar que si bien en ambos grupos, como primeras elecciones estarían compromiso con su familia, búsqueda de éxito laboral, búsqueda de éxito económico y búsqueda de conocimiento, el orden en que estas

orientaciones vitales serían diferentes dependiendo de donde provenga el sujeto. Es así, que se observa que en el grupo ICPSI, según orden decreciente, aparece “compromiso con su familia”, “afán de servir a Dios”, “compromiso con creencias religiosas”, “compromiso con creencias políticas” y “búsqueda de fama”. Por otro lado, en la muestra CONPER, se aprecia “búsqueda de conocimiento”, “búsqueda de éxito laboral” y “búsqueda de éxito económico”.

Además, se puede observar que las motivaciones vitales, búsqueda de fama, compromiso con creencias políticas, afán de servir a Dios y compromiso con su país, se mostrarían con baja puntuación, siendo mayores las puntuaciones en ICPSI.

En el FECCI-A, también se solicita al sujeto que indique las tres orientaciones vitales de mayor importancia, ordenándolas en primer, segundo y tercer lugar. En estas categorías, al realizar el análisis de cuales son las que estarían en primer lugar, aparecen como “top one” (gráfico N°3): en primer lugar, compromiso con su familia; en segundo lugar, desarrollo de amor en pareja; y en tercer lugar, desarrollo personal. Si bien serían las mismas que se obtiene en la escala, se observa un cambio en el primer lugar, así al momento de elegir la más importante aparece “compromiso con su familia” como la primera elección versus el desarrollo personal.

Tabla N°2
ANOVA Edad y Orientaciones Vitales

	F	Sig.
2. Búsqueda de conocimiento	1,647	0,003
3. Afán de "servir a Dios"	1,651	0,002
4. Compromiso con sus creencias religiosas	2,043	0,001
5. Compromiso con su familia	2,096	0,001
7. Compromiso con su país	1,798	0,001
8. Búsqueda de éxito laboral	2,028	0,001
9. Búsqueda de reconocimiento y prestigio social	1,730	0,001
10. Búsqueda de éxito económico	2,268	0,001
13. Desarrollo del amor en pareja	1,828	0,001
14. Desarrollo personal	2,152	0,001

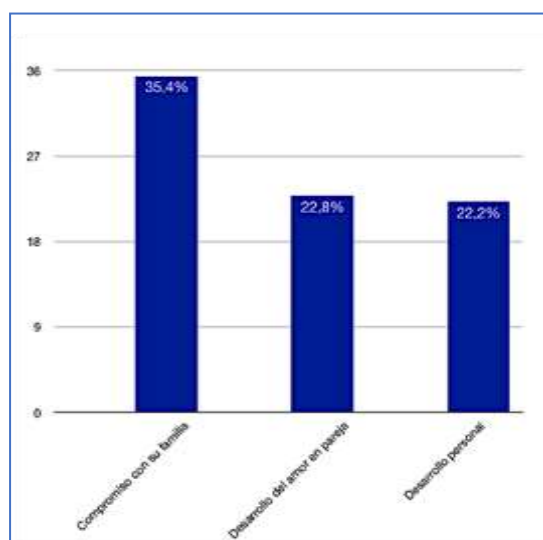
En la tabla N°2 se observa que habría una asociación entre las orientaciones vitales, allí mencionadas y la edad. Esto sería que, a medida que avanza la edad aparecen diferencialmente importantes algunas orientaciones y otras son de menor importancia, aunque algunas serían transversales a todas las edades.

En la tabla N° 3 se observan los resultados de las orientaciones vitales significativas según rango de edad. Así se puede apreciar, que en todas las edades, tanto el desarrollo personal como el compromiso con la familia, son importantes. No obstante, el desarrollo de amor en pareja no aparece como importante en personas mayores de 63 años. En relación a la búsqueda de éxito laboral, aparece importante hasta los 50 años, no siendo significativa después de esta edad.

Tabla N°3
Edad y Orientaciones Vitales (t-student, p<0,01)

	18-21	22-35	36-49	50-63	mas de 63
Desarrollo personal	4,63	4,71	4,62	4,64	4,31
Desarrollo del amor en pareja	4,31	4,56	4,42	4,2	0
Búsqueda de éxito laboral	4,16	4,27	4,01	0	0
Búsqueda de éxito económico	4,01	4,10	0	0	3,63
Búsqueda de conocimiento	3,99	4,07	0	3,98	3,56
Compromiso con su familia	3,94	4,23	4,62	4,64	4,31
Búsqueda de justicia social	3,43	0	0	0	0
Compromiso con su país	0	0	0	0	3,81

Gráfico N°3
Ponderación Sentido de Vida en Muestra General



Conjuntamente, la búsqueda de éxito económico aparece importante entre los 18 y 35 años, y vuelve a ser importante después de los 63 años. La búsqueda de conocimiento no aparece como importante en el rango etario entre 36 y 49 años. La búsqueda de justicia social aparece como importante entre 18 y 21 años. Y el compromiso con el país pasa a ser predominante en los mayores de 63 años.

Siguiendo esta línea se realiza un análisis considerando las diferencias por edades y el lugar en donde consultan (CONPER o ICPSI). En la tabla N^o4 se aprecia dicha comparación. En ella se observa que entre 18 y 21 años, el desarrollo de amor en pareja parece ser importante, habría una diferencia significativa entre los dos centros, puntuando con mayor interés los pacientes provenientes desde el ICPSI. Entre los 22 y 35 años, se observa que en los pacientes del CONPER aparece mas importante la búsqueda de justicia social, búsqueda de conocimiento y el desarrollo de intereses estéticos. No obstante, el desarrollo de amor en pareja aparece con mayor puntuación en ICPSI. En sujetos entre 36 y 49 años, se observa que en CONPER aparece mas significativa la búsqueda de justicia social y en ICPSI la búsqueda de fama. Y en el rango entre 50 y 63 habría predominancia en el ICPSI de compromiso con creencias políticas

Tabla N^o4

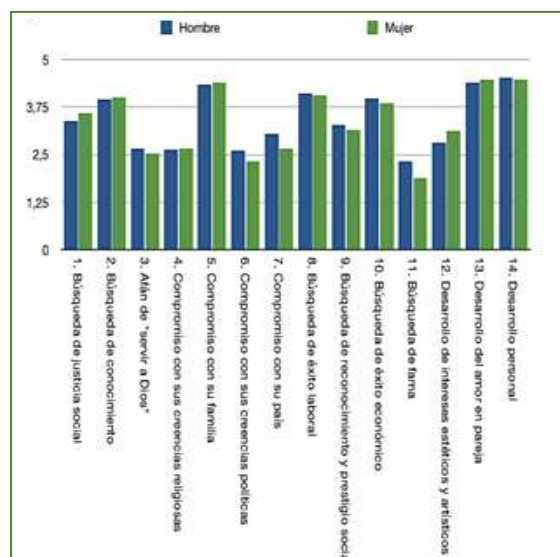
Edad y Orientación Vital comparación inter-muestras (t-student, $p < 0,05$)

			t	sig	
18-21	Desarrollo de amor en pareja	ICPSI	4,68	2,571	0,012
		CONPER	4,18		
22-35	Búsqueda de justicia social	ICPSI	3,23	2,990	0,003
		CONPER	3,59		
	Búsqueda de conocimiento	ICPSI	3,81	-4,237	0,000
		CONPER	4,24		
	Desarrollo de intereses estéticos y artísticos	ICPSI	2,86	-2,181	0,03
		CONPER	3,19		
Desarrollo de amor en pareja	ICPSI	4,68	2,202	0,028	
	CONPER	4,48			
36-49	Búsqueda de justicia social	ICPSI	3,35	-3,275	0,001
		CONPER	3,82		
	Búsqueda de fama	ICPSI	2,20	2,680	0,008
		CONPER	1,83		
50-63	compromiso con sus creencias políticas	ICPSI	2,70	3,232	0,02
		CONPER	1,90		

En relación a la variable sexo, en el gráfico N^o 4, se aprecia que desarrollo personal, desarrollo de amor en pareja y compromiso con su familia, serian las tres primeras preferencias de ambos sexos. Y que Búsqueda de fama y compromiso con sus creencias políticas serian las que son menos elegidas.

Gráfico N^o4

Sexo y Orientaciones Vitales



No obstante, el comparar las orientaciones vitales entre hombres y mujeres (Tabla N^o 5), se aprecian diferencias significativas sólo en algunas de estas orientaciones vitales. En hombres aparecería con mayor predominio desarrollo personal, compromiso con creencias políticas, compromiso con su país, búsqueda de fama. En mujeres se aprecia mayor predominancia en búsqueda de justicia social y Desarrollo de intereses estéticos y artísticos.

Tabla N°5 Sexo y Orientación Vital

Orientación vital		media	t	sig
Búsqueda de justicia social	Hombre	3,38	-2,762	0,006
	Mujer	3,60		
Compromiso con creencias políticas	Hombre	2,60	3,047	0,002
	Mujer	2,33		
Compromiso con su país	Hombre	3,04	4,357	0,000
	Mujer	2,65		
Búsqueda de fama	Hombre	2,32	5,640	0,000
	Mujer	1,87		
Desarrollo de intereses estéticos y artísticos	Hombre	2,80	-3,366	0,001
	Mujer	3,13		
Desarrollo personal	Hombre	4,51	-4,931	0,000
	Mujer	4,47		

En la Tabla N° 6, se observan diferencias significativas por sexo y por origen. Se aprecia que en hombres, la búsqueda de conocimiento, compromiso con creencias políticas y búsqueda de fama, predomina en ICPSI. En mujeres, el compromiso con la familia y el desarrollo de amor en pareja parece mas importante en ICPSI, no obstante, la búsqueda de justicia social, la búsqueda de conocimientos, búsqueda de éxito laboral y búsqueda de éxito económico aparecen mas importantes en el CONPER.

Tabla N°6

Sexo y Orientación Vital comparación inter-muestras

sexo	Orientación vital		media	t	sig
Hombres	Búsqueda de conocimiento	ICPSI	3,92	-3,939	0,000
		CONPER	3,53		
	Compromiso con sus creencias políticas	ICPSI	2,71	2,194	0,029
		CONPER	2,42		
	Búsqueda de fama	ICPSI	2,45	2,926	0,003
		CONPER	2,09		
Mujeres	Búsqueda de justicia social	ICPSI	3,45	-2,300	0,022
		CONPER	3,69		
	Búsqueda de conocimiento	ICPSI	3,84	-2,610	0,010
		CONPER	4,10		
	Compromiso con su familia	ICPSI	4,56	2,882	0,004
		CONPER	4,30		
	Búsqueda de éxito laboral	ICPSI	3,86	-2,895	0,004
		CONPER	4,19		
	Búsqueda de éxito económico	ICPSI	3,86	-2,606	0,010
		CONPER	3,97		
	Desarrollo de amor en pareja	ICPSI	4,62	2,893	0,007
		CONPER	4,36		

Discusión de resultados

Al momento de indagar en las orientaciones vitales que son importantes para la población clínica consultante se obtiene que las primeras son: Desarrollo personal, desarrollo de amor en pareja, compromiso con su familia, búsqueda de éxito laboral, búsqueda de conocimiento, búsqueda de éxito económico y búsqueda de justicia social. Al momento de evaluar las diferencias significativas entre sujetos consultantes en CONPER y en el ICPSI, no se observa diferencias significativas en la orientación vital desarrollo personal, ni desarrollo de amor en pareja, es decir, que en ambos se apreciaría que estas orientaciones vitales son importantes y altas. No obstante en la orientación compromiso con su familia, aunque en ambas esta alto, se aprecia que en el ICPSI aparece mas valorada que en el CONPER. De la misma manera las orientaciones vitales compromiso con creencias políticas y con su país, aparecen significativamente mas altos en el ICPSI. Por otro lado, en CONPER aparece significativamente mayor las orientaciones vitales de búsqueda de éxito económico, búsqueda de éxito laboral y búsqueda de conocimiento.

Estas diferencias podrían deberse a que en el CONPER el tipo de orientaciones vitales parecieran ser mas concretas y asociadas a satisfacer necesidades básicas, y relacionadas con el vivir cómodamente. No obstante, en el ICPSI, aparecen orientaciones mas centradas en establecer vínculos con los demás, probablemente mas asociados a satisfacer necesidades de afiliación. Estas diferencias se pueden deber a las características socioeconómicas asociadas a las dos muestras. Pensando que si no hubiese dificultades económicas, en el

CONPER, se podrían observar otro tipo de orientaciones vitales.

Otro punto interesante es la diferencia que se encuentra entre la importancia asignada a las orientaciones vitales de la escala, y la selección de la más importante de ellas, hecha por los sujetos. Si bien las orientaciones son las mismas, el orden es el que cambiaría. Así en lo primero el orden es desarrollo personal, desarrollo de amor en pareja y compromiso con su familia. En lo segundo, se aprecia como primera opción el compromiso con su familia, el desarrollo de amor en pareja y en tercer lugar el desarrollo personal. Esta diferencia de posiciones puede estar dada, en que al dar la respuesta de una u otra, pueden haber mayores o menores reflexiones asociadas. Así, no es lo mismo elegir de un menú de opciones, frente a las cuales debo responder que pensar entre 14 opciones aquello que me gusta más. Es por esto que al momento de reflexionar y elegir, aparece como importante la opción de pertenecer y apoyar a la familia. Esta información, puede ser de utilidad para construir estímulos efectivos potentes y movilizadores al cambio, dando luces de como poder intervenir desde otros aspectos más trascendentes para el sujeto.

En relación a la variable edad, se aprecia que en todas las edades las orientaciones vitales compromiso con su familia y desarrollo personal son importantes. También aparece que habría diferencias en algunas orientaciones vitales según la edad. Así, en etapas de inicio de adolescencia tardía (18 a 22 años) aparece la búsqueda de justicia social como importante, lo que es concordante con el idealismo necesario para cumplir la meta del desarrollo de esta etapa, conjuntamente con la toma de conciencia de la existencia de otros y sus necesidades como parte importante de esta etapa. Ejemplo de esto, en Chile se ha vivido por

varios años el movimiento estudiantil que más allá de las motivaciones políticas, a los jóvenes en este rango etario los mueve el sentido de justicia social.

Entre los 22 y 35 años, que es un período en que espera la inserción en el área laboral y el establecer relaciones de pareja estables, aparecen las orientaciones vitales asociadas a estos temas como altamente importantes: desarrollo personal, de pareja, éxito laboral y económico. Sin embargo, en el período entre 36 y 49 años, se supone que las personas deberían estar centradas en la consolidación de la familia y de mantener o mejorar el estatus laboral. Así, se observan importantes las orientaciones asociadas a esto, tales como búsqueda de amor en pareja y éxito laboral, tendiendo a perder fuerza las relacionadas con éxito económico.

Entre los 50 y 63 años, ya habiendo formado una familia, el interés se movería a la relación de pareja principalmente, así predomina la búsqueda de amor en pareja. Esto es coincidente con la etapa de la relación de pareja del nido vacío, es decir, se vuelve a sentir la necesidad de reencontrarse con la pareja, y de no ser posible buscar una pareja que satisfaga la necesidad de compañía y pertenencia. Además re-surge la orientación vital búsqueda de conocimiento, como una fuente de reafirmación personal o quizás buscando aquello que tuvieron que dejar pendiente por la familia o las obligaciones familiares.

En personas mayores de 63 años, aparece como orientación vital el compromiso con su país. Esto probablemente se da en esta población, ya que los sujetos que corresponden a estas edades vivieron etapas políticas en el país que les lleva participar de una u otra forma creando un compromiso importante en el deber cívico. Creando conciencia de participación y compromiso

con lo que sucedía en su entorno. Aquí las variables culturales pueden haber influido de manera importante en el desarrollo de esta orientación vital.

Al realizar comparaciones por rango de edad y entre lugares de procedencia de los pacientes (CONPER o ICPSI), se obtienen que habrían diferencias significativas en orientaciones vitales por rango de edad y procedencia. Así, entre 18 y 22 años en el CONPER aparece mas importante la búsqueda de justicia social y desarrollo de intereses estéticos y artísticos; y en el ICPSI búsqueda de conocimiento y desarrollo de amor en pareja. Estas diferencias pueden deberse a las variaciones socioculturales y ambientales, debido a las posibilidades que ofrecen los ambientes diferentes en que se desenvuelven las personas tanto en uno como en otro lugar. En CONPER, la población se caracteriza por ser clase media, con dificultades para costear una consulta psicológica particular. En ICPSI, por el contrario, se caracteriza por ser clase ABC1, esto implica diferencias importantes en recursos económicos y ambientales. Así, las orientaciones vitales podrían estar influenciadas por las posibilidades reales de lograrlas. En CONPER aparece mayor desarrollo de estudios técnicos que permiten la inserción rápida al ámbito laboral. Sin embargo, en ICPSI aparece mayores posibilidades de estudios profesionales y de post-grado, incluso de viajar a estudiar al extranjero, esto podría favorecer que la búsqueda de conocimiento pasara a ser una orientación vital importante en este etapa.

En el rango de edad 36 a 49 años, en CONPER sigue siendo la búsqueda de justicia social una orientación vital importante. En ICPSI, por otro lado, surge la búsqueda de fama como una orientación vital importante. Si se piensa que en esta etapa vital, las personas ya se encontrarían insertas en el

ámbito laboral y buscarían consolidar las relaciones de pareja y familia, se puede entender que las diferencias de sociales y de oportunidades laborales se relacionen con el predominio diferencial de esta orientaciones vitales entre CONPER e ICPSI. Así podríamos ver que en las personas atendidas en el CONPER pueden aparecer mayores dificultades en el acceso al mundo laboral, a formar familia y a ser independiente, tendiendo a sentirse injustamente tratados o incluso excluidos. Esto puede llevar a que la orientación búsqueda de justicia social, esté relacionada a la posibilidad de lograr igualdad de oportunidades. En cambio en el ICPSI, la orientación vital de “búsqueda de fama” puede estar asociada a ser reconocido en el ámbito en que se desenvuelven. Entendiendo la búsqueda de fama, no como ser de la farándula noticiera, sino como una forma de resaltar en lo que se hace o de lograr una mejor inserción en el ámbito laboral, en última instancia pensando en satisfacer la necesidad de trascendencia.

Entre los 50 y 63 años sólo aparece que en el ICPSI predomina el compromiso con las creencias políticas, esto puede deberse que las persona entre estas edades vivieron tiempos de juventud en un Chile complejo políticamente, y que desarrollaron un sentido de participación política, que en la actualidad no es común en las nuevas generaciones. Así esta orientación vital, puede verse claramente influenciada por el desarrollo del panorama político y cultural presente en una etapa vital importante en la definición de la propia identidad (adolescencia tardía y adultez joven).

En relación a la variable sexo, no se observan diferencias en las motivaciones vitales de búsqueda de amor en pareja y compromiso con su familia. No obstante, en hombres aparece mayor preferencia por compromiso con creencias políticas,

compromiso con su país, búsqueda de fama y desarrollo personal. En mujeres predominan las orientaciones vitales de justicia social y desarrollo de intereses estéticos y artísticos.

Por otro lado, al realizar comparaciones de hombres entre ICPSI y CONPER y de mujeres entre ICPSI y CONPER, se observa que los hombres del ICPSI tenderían a optar por búsqueda de conocimiento y las mujeres del ICPSI buscarían compromiso con su familia y desarrollo de amor en pareja. Y que mujeres del CONPER tienden a buscar más el éxito laboral y económico.

Conclusiones

En respuesta a la pregunta ¿que orientaciones vitales presentan los pacientes que consultan? se obtiene tres orientaciones principales: desarrollo personal, desarrollo de amor en pareja y compromiso con su familia. Apareciendo ciertas diferencias según en donde se origine la consulta, en ICPSI aparecerían como relevantes el afán de servir a Dios, y el compromiso con creencias políticas y religiosas; en CONPER búsqueda de conocimiento, de éxito laboral y éxito económico. Al revisar en rango de edad, se aprecia que la búsqueda de justicia social está más presente en edades entre 18 y 21, el éxito laboral aparece más importante hasta los 49 años, el éxito económico aparece importante hasta los 35 años y vuelve a ser importante después de los 63 años. La búsqueda de conocimiento no aparece importante entre los 36 y 49 años. Finalmente, el compromiso con su país aparece importante después de los 63 años. Al momento de evaluar según sexo, en mujeres aparece importante la búsqueda de justicia social y desarrollo de intereses estéticos y artísticos. En los hombres hay mayor predominio compromiso con

creencias políticas, compromiso con su país y búsqueda de fama.

Al pensar en la formación de estas orientaciones vitales desde el EIS, la dimensión sociocultural cumpliría una función importante en ello. Las variables socioeconómicas, parecerían estar influyendo en aquello que el sujeto se pone como norte orientador de vida. Además, esta dimensión sociocultural, aportaría en posibilidades ambientales que permiten el logro de las orientaciones propuestas, lo que pareciera ser importante al momento de pensar en aquello que se desea sea un norte orientador. Otro factor importante sería que las orientaciones vitales variarían según la edad y etapas cumplidas, así pareciera que no sólo son influenciadas por las características de personalidad del sujeto, sino que también por la etapa vital en que se encuentra.

Si bien la investigación realizada es en una muestra considerable, los resultados obtenidos son una aproximación, de las orientaciones vitales, de las personas que consultan por atención psicológica. Sería conveniente revisar si habría algún tipo de relación entre dichas orientaciones vitales y otros factores como tipo de motivo de consulta, puntajes obtenidos en el FECL, etc. Además, sería conveniente poder comparar con muestras clínicas de otros centros y con muestra no clínicas.

Dos décadas de la Psicoterapia Integrativa EIS al Servicio de la Comunidad: Necesidades, Resultados y Desafíos**

PhD. Verónica Bagladi L.*

Abstract

Through the last 20 years, our Chilean Institute of Integrative Psychotherapy has been working within the framework of the EIS Integrative Psychotherapy. Through these 20 years, thousands of patients have come to our Institute with different motives and disorders: diagnosis, clinical orientation, overcoming maladjustments, personal development... and looking for different kind of psychotherapeutic solutions. Within this framework, our therapeutic results have a significant clinical relevance. In this article, we communicate quite meaningful clinical data. Being this so, through these lines we have been as cautious, true, self-critical, and accurate as possible... so our own bias do not distort the data we are presenting here.

Keywords: *Supraparadigmatic Integrative Approach (EIS), EIS Integrative Psychotherapy, Research, Clinical improvement.*

Resumen

La Psicoterapia Integrativa EIS se ha venido aplicando durante dos décadas en los Consultorios de nuestro Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa (ICPSI). A través de estos 20 años, han sido miles los pacientes atendidos los cuales han presentado diferentes problemáticas que han requerido de procesos de diagnóstico, de orientación clínica, de superación de desajustes, de desarrollo personal, etc., las cuales han requerido de diferentes tipos de intervenciones psicoterapéuticas. Es así que hemos podido consignar, precisar y rescatar muchos datos clínicos valiosos, los cuales ponemos a disposición de nuestros colegas. Los datos son expuestos acá con altura de miras, con criterio y con autocrítica...en el entendido de procurar no dejarnos interferir por nuestros sesgos, preferencias o prejuicios.

Palabras claves: *Enfoque Integrativo Supraparadigmático (EIS), Psicoterapia Integrativa EIS, Investigación, Progreso clínico.*

AcPI, 9:162-200.

* Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa ICPSI. Email: icpsi@icpsi.cl Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa ICPSI
icpsi@icpsi.cl

** El presente artículo se realiza a partir de la presentación realizada en el VI Congreso de la Asociación Latinoamericana de Psicoterapias Integrativas, 30 Septiembre al 1 de Octubre de 2016, Buenos Aires.

Soren Kierkegaard (1813 - 1855) decía que hay dos formas de ser engañado. Una, es *creer en aquello que no es verdad*. La otra, es *rehusarse a creer en aquello que es verdad*.

El planteamiento anterior de Kierkegaard, es muy relevante para la temática de la investigación en psicoterapia.

Quien investiga en psicoterapia suele ser engañado por la vía de *creer en aquello que no es verdad*. El “allegiance effect” (Luborsky, 1996), constituye una prueba permanente de esto, y las investigaciones muestran que el investigador en psicoterapia tiende a ver lo que quiere ver. Es así que, sin una “mala intención” consciente, el investigador en psicoterapia mira en la dirección que le permite su teoría, genera evidencias favorables a su enfoque... y suele engañarse a sí mismo una y otra vez. Por lo tanto, en las líneas siguientes, nos mantendremos atentos a no caer en esta distorsión... distorsión que hemos venido denunciando a través de los años. Por todo lo cual, procuraremos reducir al mínimo la influencia de nuestro propio “allegiance effect”.

También la investigación en psicoterapia suele estar contaminada por el segundo tipo de engaño denunciado por Kierkegaard. Es así que, el *rehusarse a creer en aquello que es verdad*, constituye un auto engaño que afecta a todos los psicoterapeutas reduccionistas; al no validar evidencias situadas más allá de su estrecha teoría, muchos terapeutas pasan a no detectar, a no asumir, y a no validar, aquello que es “verdad”. Es así que, por ejemplo, un conductista mira poco y “cree” poco en el rol de las cogniciones... y de las dinámicas

inconscientes. Y el psicodinámico mira poco y “cree” poco en el rol de las asociaciones... y de las consecuencias de la conducta. Por nuestra parte y dado el carácter integrativo de nuestro enfoque, nuestra propia investigación se mantiene alerta a no desperfilar, a no descalificar conocimiento válido alguno... se sitúe dónde se sitúe.

Es en el marco de estos parámetros que abordaremos nuestra temática “Dos décadas de la Psicoterapia Integrativa EIS al Servicio de la Comunidad: Necesidades, Resultados y Desafíos”.

CONTEXTUALIZACIÓN

Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa 1978 – 2018

El Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa ICPSI, tiene como objetivos centrales el *Promover el Desarrollo Científico de la Psicología* y el *Contribuir al bienestar psicológico de las personas*. Al referirnos a su historia (www.icpsi.cl) ésta nos señala que, hacia fines de 1978, un grupo de psicólogos de las Universidades de Chile y de la Pontificia Universidad Católica de Chile se plantearon objetivos que fueran más allá que el mero compartir una consulta clínica, creando el Centro Científico de Desarrollo Psicológico – CECIDEP... el cual pasó a realizar una importante y reconocida labor clínica, docente y de investigación científica. El año 1996, trae consigo un hito relevante en la historia de nuestra institución: la creación del Consultorio para personas de Escasos Recursos (CONPER). Esto posibilita que la Psicoterapia Integrativa resulte

accesible a personas de menores ingresos. También en 1996 damos inicio al primer Curso de Post-título en Psicoterapia Integrativa.

Con el cambio de milenio, un grupo significativo de los integrantes del antiguo CECIDEP decide formar una Institución más acorde con la vocación de integración que ha matizado su evolución a lo largo de toda su historia. Así se crea el Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa – ICPSI, el cual aporta un nuevo y más amplio contexto para el desarrollo de la Psicología como ciencia, y para la labor psicoterapéutica; al incorporarse nuestra actividad clínica en forma más directa y plena al “Movimiento hacia la Integración en Psicoterapia”. En este nuevo contexto, CECIDEP pasa a constituirse en el Departamento de Investigación del ICPSI, con el objetivo primordial de promover, asesorar y desarrollar trabajos de investigación que favorezcan la profundización del conocimiento existente en psicoterapia.

A lo largo de los años, ICPSI realiza funciones de atención clínica en los diferentes estratos socioeconómicos, imparte docencia de pregrado y de post-título, imparte docencia de Maestría en Chile y en el extranjero, desarrolla programas de investigación, y difunde su quehacer a través de múltiples publicaciones tanto nacionales como internacionales. En sus distintas áreas de acción, ICPSI es siempre consistente con los dos pilares fundamentales que sustentan su quehacer: el Enfoque Integrativo Supraparadigmático propuesto por el Doctor en Psicología Roberto Opazo C. en 1983, y la

derivación clínica de dicho enfoque desarrollada por R. Opazo y V. Bagladi: la Psicoterapia Integrativa EIS (Opazo, 2017).

En la actualidad, los derivados clínicos del Supraparadigma integrativo son múltiples: Psicoterapia Integrativa en Adultos y en Niños, más de 450 psicólogos formados clínicamente en nuestro Instituto, más de 14.000 Fichas de Evaluación Clínica integral respondidas por nuestros pacientes... atendidos en la modalidad de Psicoterapia Integrativa EIS, etc. Actualmente, en nuestros programas de magister se están formando más de 50 terapeutas en Psicoterapia Integrativa; y, en nuestros Consultorios, al año realizan su práctica clínica alrededor de 40 alumnos de psicología provenientes de diversas universidades. A lo anterior, se debe agregar el reconocimiento de psicólogos y psiquiatras extranjeros, que han realizado pasantías y estadías clínicas en nuestro Instituto... visitándonos desde Argentina, Bolivia, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, España, México, Estados Unidos, Guatemala, Panamá y Uruguay.

INVESTIGACION ICPSI...

La investigación juega un rol esencial en el Enfoque Integrativo Supraparadigmático (E.I.S.). Para no extendernos en este punto, remitiremos al lector a un artículo aparecido en el Nº 2 de nuestra Revista AcPI, en el cual se comparten y sistematizan los principales planteamientos y desarrollos del EIS... en cuanto a la investigación en psicoterapia. Y se entrega una síntesis de los esfuerzos, temáticas y modalidades de investigación

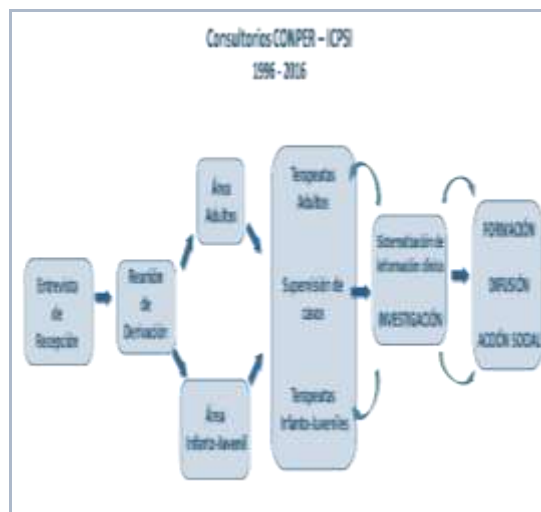
desarrolladas por el Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa (ICPSI) a lo largo de estos años. Dentro de este enmarque general, ICPSI ha desarrollado *una vasta gama* de investigaciones a lo largo de sus años de existencia. Gran parte de esta investigación se ha nutrido de la actividad clínica asistencial que se realiza... tanto en los consultorios para personas de escasos recursos - adultos (COMPER-A), e Infanto - Juvenil (CONPER-I) - como la realizada por la División de Especialistas en Psicoterapia Integrativa (DEPSI). Otra amplia gama de investigaciones se ha realizado tomando muestras situadas más allá de nuestro Instituto.

También en el ámbito de la investigación, el Supraparadigma Integrativo ha guiado el trabajo de Tesis de Magíster de más de 300 alumnos de nuestros programas de formación, la investigación de profesionales externos a nuestra institución, y la constante investigación de los miembros de nuestro propio equipo (Bagladi, 2010). Las temáticas que ha abarcado la investigación de ICPSI han sido diversas y variadas, dando cada una de ellas cabida a diferentes líneas de Investigación.

Como lo hemos indicado, una importante fuente de investigación deriva de las atenciones realizadas en los consultorios CONPER-ICPSI (Fig. 1); y es con ocasión del aniversario de los 20 años de funcionamiento de nuestros Consultorios que nos ha parecido oportuno *realizar un estudio que dé cuenta de las características de nuestros consultantes, del tipo de atención que*

reciben, de su adherencia, y algunos resultados de las atenciones mismas.

Figura 1. Flujo Atención/Investigación/Formación Clínica Consultorios CONPER-ICPSI



CONSULTORIOS CONPER-ICPSI

Los consultorios del Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa (ICPSI) - CONPER-A y CONPER-I - son Consultorios para Personas de Escasos Recursos que buscan psicoterapia. Las atenciones prestadas en los Consultorios ICPSI incluyen sesiones de psicodiagnóstico y de psicoterapia, interconsultas y tratamientos psiquiátricos y psicopedagógicos, además de talleres psicoeducativos y psicoterapéuticos, y apoyo psicosocial. Nuestros Consultorios ofrecen aranceles diferenciados de acuerdo con la situación económica familiar, y Convenios de atención con diversas instituciones; esto, a fin de ofrecer una alternativa económica para personas que no pueden solventar el costo de la atención psicológica particular. Así, las atenciones prestadas a la población adulta e infanto-juvenil - en las modalidades

individual, de pareja, familiar y grupal - tienen un arancel que se fija en base a los ingresos del consultante.

Todos los consultantes a nuestros Consultorios deben asistir a una primera Entrevista de Recepción, realizada por miembros del equipo de Psicólogos... cuyo objetivo es conocer las necesidades de cada consultante y algunos antecedentes generales, a fin de poder determinar posteriormente su derivación a la modalidad de atención más adecuada. Después de esta Entrevista, el caso se discute en una Reunión Clínica de Derivación, en la cual se estudia cada caso y se define el profesional que quedará a cargo del tratamiento... y las estrategias de intervención y modalidades a seguir.

En nuestros Consultorios, es posible realizar una instrucción Práctica en Psicología Clínica y Psicoterapia Integrativa EIS; bajo supervisión directa, estricta y estable, por parte de supervisores acreditados. Esto, durante todo el período de formación. Es así como, a la fecha, han pasado por nuestros consultorios 500 alumnos de programas de magíster y post-título, 270 alumnos en práctica, 14 profesionales extranjeros... que han realizado pasantías y estadías clínicas; además de numerosos alumnos de pregrado en el contexto de cursos prácticos. Se trata de una muy vasta actividad de formación de psicoterapeutas integrativos EIS.

METODOLOGÍA DE LA PRESENTE INVESTIGACIÓN

El presente trabajo tuvo por objeto *conocer el perfil de la población consultante a los Consultorios del Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa (ICPSI); las características de la atención recibida, y sus resultados.* Para esto, se consideró la población consultante a los Consultorios CONPER-ICPSI; nos referimos a los 13809 pacientes atendidos en los Consultorios CONPER-ICPSI, desde sus inicios hasta agosto de 2016. En el presente estudio, se trabajó con una muestra de 1881 pacientes. Estos pacientes fueron atendidos entre enero del 2001 y agosto del 2016; se trata de personas que habían concluido su proceso de atención, de quienes se contaba con el registro de todos sus datos clínicos (ficha de recepción, ficha de derivación, OQ-45 (Lambert, et al., 1996), codificación de intervención, codificación de cierre y epicrisis).

El análisis de los datos se realizó con el programa estadístico SPSS versión 20.0. Se realizaron análisis descriptivos de frecuencias y porcentajes. Además, se utilizó el estadístico t-student para la comparación de medias, considerando un nivel de confiabilidad del 99% ($p < 0,01$).

Pacientes Consultorios CONPER – ICPSI (N: 13809)

En cuanto a los pacientes atendidos desde el año 1996 hasta la fecha del

presente artículo, en nuestros Consultorios se han ingresado 14.644 nuevos consultantes. Y se ha venido generando un aumento sostenido en las consultas... siendo, en los últimos tres años, el ingreso promedio de 700 consultantes anuales (de los cuales aproximadamente un 75% son pacientes nuevos y un 25% corresponde a reingresos).

RESULTADOS DE LA PRESENTE INVESTIGACIÓN

¿Quiénes consultan?

El rango de edad de nuestros consultantes es de 2 a 77 años, con un promedio de 26,7 años. La población de consultantes adultos alcanza a un 62%, en tanto que la población consultante infanto-juvenil corresponde a un 38% en promedio.

En cuanto al sexo, un 34,9% corresponde a hombres y un 65,1% a mujeres (Fig. 2).

Figura 2. Porcentaje de Consulta según Sexo
Pacientes Consultorios CONPER-ICPSI (N 1881)

SEXO		
Mujer	158	61,5%
Hombre	99	38,5%

La escolaridad y el nivel de instrucción (Fig. 3) se registra entre la ausencia de instrucción hasta niveles de formación de Postgrado; siendo las más frecuentes Enseñanza Universitaria Incompleta (26,23%), Técnica completa (21%), Básica

completa (13,44%) y, Media incompleta (12%).

Figura 3. Frecuencia y Porcentaje de Nivel Educativo
Pacientes Consultorios CONPER-ICPSI

ESCOLARIDAD		N 1015
Sin Instrucción	2	0,3 %
Pre-Básica	13	1,7 %
Básica Incompleta	55	7 %
Básica Completa	104	13,44 %
Media Incompleta	93	12 %
Media Completa	62	8 %
Técnica Incompleta	67	8,7 %
Técnica Completa	162	21 %
Universitaria Incompleta	203	26,23 %
Universitaria Completa	10	1,3 %
Estudios de Post-Grado	1	0,1 %
774 val		

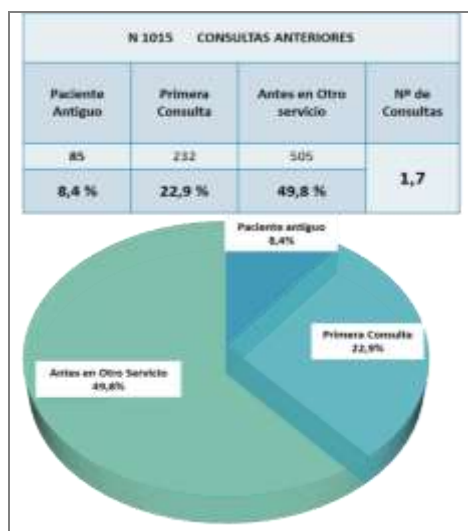
Por otra parte, la ocupación consignada por los consultantes (Fig. 4) es de rango diverso, siendo las más frecuentes el Nunca Empleado (36,3%), Estudiante (17,8%) y Dueña de Casa (11,9%). Seguidas por Profesional (8,4%), Técnicos y Administrativos (7,1%).

Figura 4. Frecuencia y Porcentaje de Tipo Ocupación
Pacientes Consultorios CONPER-ICPSI

OCUPACIÓN		N 1015
Nunca Empleado	365	36,3 %
Estudiante	179	17,8 %
Dueña de casa	120	11,9 %
Profesional	84	8,4 %
Técnico	71	7,1 %
Administrativo	71	7,1 %
Oficio	15	1,5 %
Empresario	13	1,3 %
Comerciante	12	1,2 %
Jubilado	39	3,9 %
Cesante	33	3,3 %
Otra	3	0,3 %
Val 1005		

Resulta interesante que un 19,94% de nuestros consultantes tienen un familiar que también es paciente de los Consultorios CONPER-ICPSI. Así, también llama la atención que un alto número de pacientes registra consultas previas (Fig. 5), siendo un 49,8% los pacientes que han consultado antes en otros servicios, con un promedio de 1,7 consultas anteriores. Un 8,4% de nuestros consultantes corresponden a pacientes antiguos de nuestros Consultorios, y un 22,9% corresponden a primera consulta.

Figura 5. Frecuencia y Porcentaje de Consultas Anteriores Pacientes Consultorios CONPER-ICPSI



¿De Dónde vienen nuestros consultantes?

En cuanto a la procedencia de nuestros consultantes, nos encontramos que un 59,6% consulta espontáneamente, en tanto que un 27,4% lo hace inducido por otras personas; y un 12,3% es referido, esto es, lo “mandan” a consultar (Fig. 6).

Figura 6. Frecuencia y Porcentaje Procedencia Pacientes Consultorios CONPER-ICPSI

PROCEDENCIA			
N 1015 777 val	Espontáneo	463	59,6%
	Inducido	213	27,4%
	Referido	101	12,9%

El espectro de las fuentes de derivación y referencia a la consulta en nuestro Centro resulta amplia, variada y muy interesante (Fig. 7 a-b-c-d-e).

Figura 7a. Fuentes de Derivación Área Salud Pacientes Consultorios CONPER-ICPSI (N 1881)

Área Salud
• SEMDA Universidad de Chile
• DGI Pontificia Universidad Católica
• Instituto de Diagnóstico S.A Clínica Indisa
• Servicio de Bienestar Clínica Indisa
• CAPs Universidad Central
• CAPs Universidad Santo Tomás
• CAPs Universidad Santiago

Figura 7b. Fuentes de Derivación Ámbito Laboral Pacientes Consultorios CONPER-ICPSI (N 1881)

Ámbito Laboral
• Alcoa CSI Chile
• Banco del Desarrollo
• Tesorería General de La República
• Presidencia de la República
• Sodimac
• Fundación Social Cámara Chilena de la Construcción
• Deloitte. Área Desarrollo de Personas
• Terpel
• INPAC Departamento de Recursos Humanos
• INPACT S:A Desarrollo Organizacional
• Emarsa Desarrollo Organizacional

Figura 7c. Fuentes de Derivación Sistema Educativo
Pacientes Consultorios CONPER-ICPSI (N 1881)

Sistema Educativo
• Colegio San Lorenzo
• Seminario Mayor
• Universidad Santo Tomás
• Instituto Profesional DUOC UC
• Escuela Ramón del Río
• Instituto Profesional AIEP
• Liceo Alberto Hurtado
• Colegio San Lucas
• Colegio Santo Tomás
• Colegio San Juan Diego
• Instituto Profesional Los Leones
• Centro Educativo San Esteban Mártir
• Centro Educativo Diego de Almagro
• Escuela Guillermo Matta
• Instituto Nacional
• Liceo San Francisco

Figura 7d. Fuentes de Derivación Ámbito Judicial
Pacientes Consultorios CONPER-ICPSI (N 1881)

Ámbito Judicial
• Ministerio Público: Unidad de Atención a Víctimas y Testigos Fiscalía Centro - Norte.
• Ministerio Público: Unidad de Atención a Víctimas y Testigos Fiscalía Occidente
• 2° Tribunal de Familia de Santiago
• 3° Tribunal de Familia de Santiago
• 4° Tribunal de Familia de Santiago
• Tribunal de Familia de Colina
• 1° Tribunal de Familia de San Miguel
• 2° Tribunal de Familia de San Miguel
• Tribunal de Familia de Puente Alto

Figura 7e. Fuentes Derivación Población Vulnerable/ Riesgo Psicosocial
Pacientes Consultorios CONPER-ICPSI (N 1881)

Población Vulnerable / Riesgo psicosocial
• Servicio Nacional de Menores SENAME
• Aldeas Infantiles SOS
• Centro Integral de Desarrollo del Niño
• Centro Luz y Esperanza, Buín
• Hogar de Cristo
• Corporación María Ayuda: Hogar Villa Santa María El Bosque
• Programa Hogares Familiares/Hogar de Cristo
• Fundación María Ayuda
• Fundación Súmate (ex Padre Álvaro Lavín)
• Fundación Laura Vicuña
• Corporación Esperanza

Es así como lo muestra la **Figura 7 a- b- c- d - e**, **existen diversas instancias que confían en nuestra atención**; instancias del ámbito público y privado... en diferentes áreas: Salud, Laboral, Educativa y Judicial. Y, muy relevantemente, confianza relacionada con distintas instancias que trabajan con Población Vulnerable y/o con Riesgo Psicosocial. El panorama anterior nos permite decir claramente que la población consultante corresponde a diferentes niveles socioeconómicos; y a diferentes realidades socioculturales y educativas.

Interesante es nuestra experiencia con el **sistema judicial**; en los últimos años, en Chile como en el mundo, la atención psicológica se ha visto demandada desde la esfera jurídica. Nuestros Consultorios no han sido la excepción. Es así que, “como institución de Salud Mental, el instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa ha tomado el reto de abrirse a este nuevo campo... no solo de intervención, sino que también de investigación. Es así que hemos realizado nuestras primeras aproximaciones al campo jurídico, a mediados de la década del 2000. “...Con el deseo de participar más activamente en el contexto judicial, entregando diversas prestaciones a los usuarios derivados de Tribunales de Familia, cada uno con temáticas y objetivos de intervención (diagnóstico y/o terapéutico) distinto” (Palma-Rojo y Robles, 2014, p. 139).

El recién citado estudio realizado por Palma-Rojo y Robles (ibid.), es el primer estudio desarrollado por ICPSI dentro del marco de la psicología en el contexto judicial.

Con una muestra de 1123 sujetos, que fueron derivados a los Consultorios CONPER-ICPSI, entre marzo de 2009 y mayo de 2013. El estudio nos entrega una panorámica general de los requerimientos que plantean los Tribunales de Familia, y nos entrega también una primera aproximación a las dificultades y limitaciones detectadas dentro del quehacer terapéutico y de la investigación.

Vemos que la principal *demand*a desde los Tribunales de Familia es por Evaluación psicológica, el también llamado Peritaje psicológico (53,1%). Seguida por solicitudes de Terapia psicológica (41,8%). Y, en tercer lugar, se nos solicita la participación en Talleres de capacitación en Habilidades y Competencias Parentales (0,7%). En cuanto a las solicitudes de terapia, éstas corresponden a derivaciones para terapia revinculatoria paterno o materno filial (8,6%), derivación para terapias de habilidades parentales (8,2%), y solicitudes de tribunales de familia de terapias con múltiples objetivos (6,7%).

Así, de los casos atendidos en el contexto judicial (561 hasta el 2013, y 687 a la fecha del estudio citado), hemos obtenido importantes aprendizajes. En *primer* lugar, constatar la importancia otorgada desde el poder judicial a la consideración de las variables psicológicas, psiquiátricas y sociales... para una mejor resolución judicial. En *segundo* lugar, constatar lo fundamental que es generar expectativas realistas en torno a la intervención con los adultos, niños y adolescentes, derivados desde los tribunales de familia... *constituyéndose esta área de intervención clínica en una realidad*

diferente a la psicoterapia tradicional. En tercer lugar, y en concordancia con el punto anterior, la constatación de la escasez de conocimiento e información específica en intervención psicosocial con familias judicializadas. Un *cuarto* aprendizaje es el que, las disciplinas involucradas en esta realidad de atención (Psicología, Derecho), no comparten criterios en relación al qué hacer; y en relación a los tiempos terapéuticos requeridos. En *quinto* lugar, constatamos la especial relevancia de las características de los equipos de trabajo en procesos judicializados (alta demanda a nivel personal y profesional, trabajo de alta presión y demanda)... por lo que se requiere de formación y supervisión especializada. Finalmente, como *sexto* aprendizaje, nos encontramos con que la realidad del Sistema Familiar es muy cambiante; y, por ello, *el Sistema Judicial debería ir modificándose, de acuerdo con las características diferenciales de la dinámica familiar.*

Un ejemplo de lo anterior es el trabajo realizado en ICPSI correspondiente a un análisis crítico del Síndrome de Alienación Parental (SAP); este trabajo llevó a que desestimáramos el Síndrome; y a que, en su lugar, propusiéramos el concepto de la Manipulación Intrafamiliar (MIF)¹⁹. Y,

¹⁹ Considerando las investigaciones de los diversos autores abocados a la temática del SAP, está claro que hay una manipulación existente dentro del sistema familiar, que genera daños psicoemocionales principalmente en los hijos involucrados. Es por esto que para dar respuesta a este fenómeno se propone el uso de un nuevo concepto, desde el Enfoque Integrativo Supraparadigmático: la Manipulación Intrafamiliar (MIF). Esta será definida como:

“Aquel fenómeno de la dinámica familiar caracterizado por un conjunto de conductas problemáticas y/o síntomas que resultan del proceso por el cual un niño, niña o adolescente (NNA) es manipulado por uno de sus progenitores y/u otro adulto significativo de su familia, transformando la conciencia e imagen del otro progenitor en el hijo, con la finalidad de obstaculizar o destruir el vínculo parento-filial” (Salinas, 2013, .p. 104).

consecuentemente con ello, nos llevó a desarrollar un Protocolo de Intervención para Revinculación... delimitando el trabajo en procesos terapéuticos solicitados por los Tribunales de Familia en Chile. Esto, para enriquecer los procesos de psicodiagnóstico y promover un trabajo terapéutico más eficaz en casos de Revinculación judicializada. Esta propuesta ha venido siendo derivada desde el Enfoque Integrativo Supraparadigmático (EIS), utilizando como marco guiador la metodología cualitativa; y ha sido validada por expertos en el área pertenecientes al equipo del Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa.

¿Qué les pasa a nuestros consultantes?

En lo relacionado con las **problemáticas de consulta y diagnóstico** de las mismas (Fig. 8 y 9), y siguiendo los criterios de clasificación del DSM IV y DSM 5, la mayoría de nuestros pacientes no presentan un “trastorno mental”... pero sí problemáticas que ameritan una atención clínica (54,3%).

Nuestros consultantes presentan una variedad de trastornos. Encabezan las consultas pacientes con trastornos en la línea depresivo/ansiosa (26,2% - 35% y 15% - 15,2%), seguidos por trastornos de consumo de sustancias (5% - 5,9%) y trastornos de inicio en la infancia (4,6%); repartiéndose los otros trastornos consignados en el DSM IV-TR en un rango entre el 0,3% y el 3%.

Figura 8 Diagnóstico DSM IV-TR Pacientes Consultorios CONPER-ICPSI (N 1881, val 690)

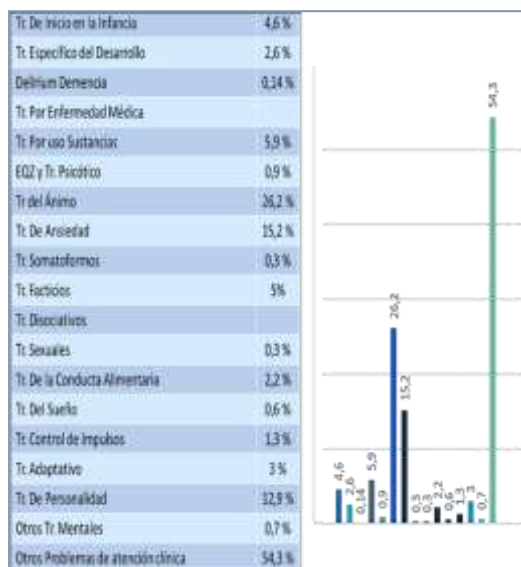
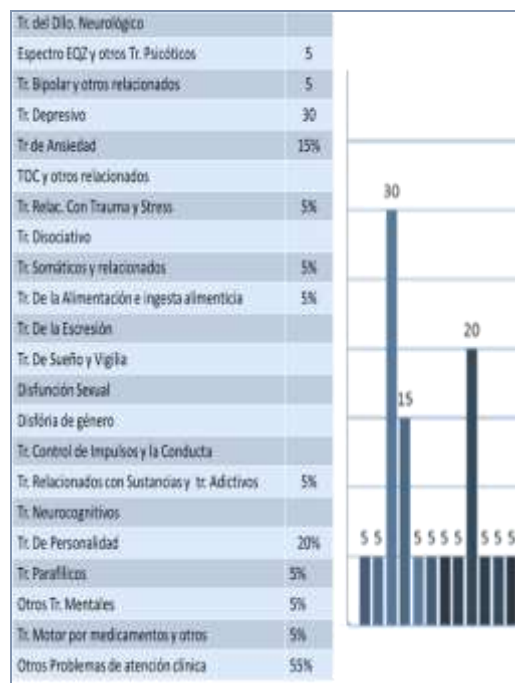


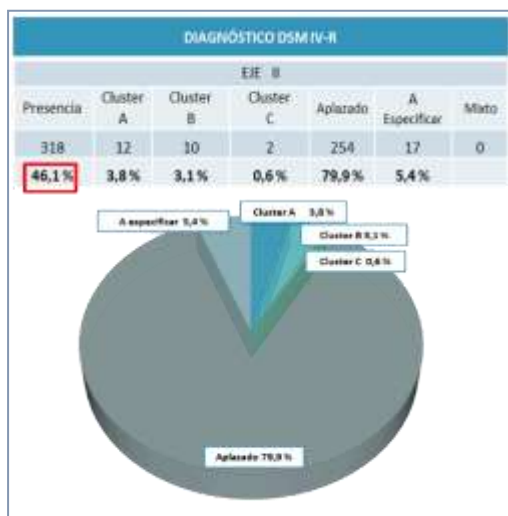
Figura 9 Diagnóstico DSM – 5 Pacientes Consultorios CONPER-ICPSI (N 1881, val 170)



Dentro de los **diagnósticos realizados**, resulta muy interesante el porcentaje de

diagnóstico en la esfera de los trastornos de personalidad. Un 12,9% de la muestra diagnosticada - siguiendo los criterios DSM IV-TR (Fig. 11) - presenta un claro trastorno de personalidad. En tanto que un 46,1% de nuestros pacientes registra presencia de problemáticas y/o alteración en la esfera de la personalidad (Fig. 10).

Figura 10. Diagnóstico de Tr. de Personalidad (DSM IV-TR)
Pacientes Consultorios CONPER-ICPSI (N 690)



En cuanto al **grado de afectación** de los diagnósticos anteriores en la vida de quienes nos consultan, alrededor de un 70% se encuentran dentro de un marco de "gravedad" de moderado hacia arriba (Fig. 11) siguiendo las estimaciones de la Escala de evaluación de la Actividad Global EEAG, usada por el DSM-IV TR o la escala de evaluación de Discapacidades de la OMS (WHODAS) usada por el DSM -5.

Figura 11. Grado de Afectación (DSM IV-TR / DSM-5)
Pacientes Consultorios CONPER-ICPSI (N 1015)

DIAGNÓSTICO DSM					93,8%
DSM IV-R				DSM-5	
690	67,98%			263	25,9%
Leve	Leve-Moderado	Moderado	Grave	WHODAS 2.0	
10,44%	20,1%	36,1%	9,06%	9,06%	

Lo anterior se relaciona muy bien con los resultados encontrados en una muestra de 1648 pacientes que ingresaron a atención entre los años 2010 y 2014 (1057 mujeres y 589 hombres) a quienes se les aplicó el cuestionario OQ 45 (Lambert, 2004) en la primera entrevista. Se estableció que la población consultante a los Consultorios ICPSI presenta altos niveles de sintomatología, malestar y desajustes (Bagladi y Bejer, 2015; Bejer, 2016).

¿Por qué consultan nuestros consultantes?

Ahora bien, como es muy sabido, una cosa son los diagnósticos y otra - no necesariamente igual - son las *razones* por lo que las personas acuden en busca de ayuda psicológica; es decir, sus **motivos de consulta**. Nuestra población consultante, mayoritariamente, *presenta un claro motivo de consulta propio...* siendo muy menor el número de personas que vienen con motivaciones vagas o por iniciativa de otros (Fig. 12). Dentro de los motivos de consulta expresados por nuestros consultantes, de las 16 categorías posibles (Fig. 13), se encuentran significativamente mencionados en el primer

lugar las problemáticas afectivas (48%) y en segundo lugar los problemas interpersonales (38%).

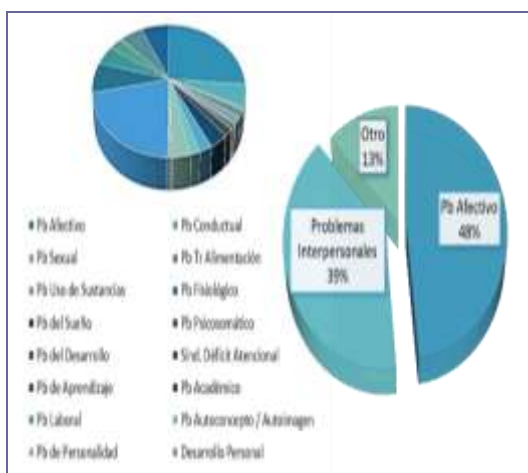
Figura 12. Presencia de Motivo de Consulta Pacientes Consultorios CONPER-ICPSI (N 1015, val 975)

MOTIVO DE CONSULTA			
N 1015	No MC propio	Motivos Vagos	Sí presenta MC
975 val	26	2	947
	2,7%	0,21%	97,1%

Figura 14. Motivos de Consulta Afectivos Pacientes Consultorios CONPER-ICPSI



Figura 13. Motivos de Consulta Pacientes Consultorios CONPER-ICPSI (N 1881)



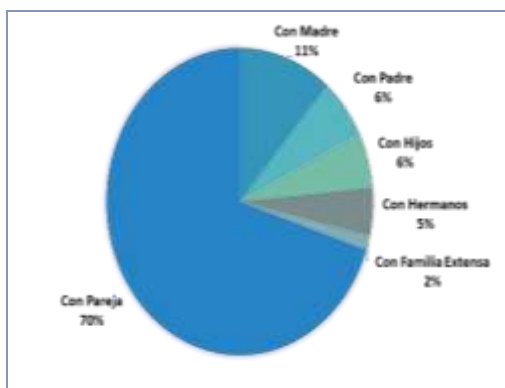
Dentro de las **problemáticas afectivas** referidas por los consultantes, las más altas son los síntomas relacionados con depresión, ansiedad e inestabilidad emocional (Fig. 14); lo cual es concordante con las estadísticas nacionales en salud mental (Bagladi, 2009).

En lo referido a las **problemáticas interpersonales**, consignamos las áreas familia, ambiente social, y ambiente escolar (Fig. 15); como vemos en la Figura 16 la principal queja alude a la problemática de pareja (70%), seguido por las problemáticas materno y paterno filiales (23%), problemáticas fraternas (5%), y problemas con la familia extensa (2%). Lo anterior se encuentra en total concordancia con los estudios que muestran a la familia como un referente pivotal en la felicidad de los chilenos (Bagladi, 2009).

Figura 15.
Motivo Consulta “Problemas Interpersonales” Pacientes
Consultorios CONPER-ICPSI (N 1015, val 342)

PROBLEMAS INTERPERSONALES 33,7 %		
EN FAMILIA 25,52 %		
Madre	27	10,4 %
Padre	15	5,8 %
Hijos	14	5,4 %
Hermanos	12	4,6 %
Familia Extensa	4	1,4 %
Pareja	166	64,1 %
Mixto	23	8,9 %
EN AMBIENTE SOCIAL 4,5 %		
Pares	19	41,3 %
Figuras de Autoridad	9	19,6 %
Compañeros Trabajo	8	17,4 %
Mixto	10	21,7 %
EN ESTABLECIMIENTO EDUCACIONAL 3,25 %		
Con Compañeros	4	12,1 %
Rechazo	1	3 %
Adaptación	1	3 %
Bullying	8	24,2 %
Profesores/ Fig. Autoridad	0	27,3 %
Mixto	6	18,2 %
CON OTROS 0,39 %		

Figura 16.
Motivo Consulta “Problemas Interpersonales en la Familia”
Pacientes Consultorios CONPER-ICPSI, (N 1881)



Interesante resulta la alta consulta asociada a **problemáticas de insatisfacción y/o conflicto con la pareja**, lo cual es concordante con estudios previos. En un estudio realizado con una muestra de 2202 pacientes de los Consultorios ICPSI, que

consultaban por problemas interpersonales, se encontró que el 52,2 % reportaban problemas de pareja (Bagladi, 2006c). Siendo las mujeres las que más consultaban debido a esto (Fig. 17).

Figura 17. Sexo y Motivo de Consulta por Pb de Pareja
 Pacientes Consultorios CONPER-ICPSI (N 2202)

Tabla de contingencia VAR0001 * ProbPareja				
		ProbPareja		Total
		No	si	
VAR0001	Hombre	Recuento 285	286	571
		% de ProbPareja 27,1%	24,9%	25,9%
	Mujer	Recuento 768	863	1631
		% de ProbPareja 72,9%	75,1%	74,1%
Total		Recuento 1053	1149	2202
		% de ProbPareja 47,8%	52,2%	100,0%

Así, también, hemos encontrado en las muestras estudiadas que la satisfacción en la relación de pareja es significativamente más baja en mujeres (64,7%)... que en hombres (50 %). En esto coincidimos con hallazgos de Almonacid (2005).

Figura 17. Sexo y Satisfacción de Pareja
 Pacientes Consultorios CONPER-ICPSI (N 251)

	Satisfacción		
	Baja	Alta	
Hombres	39	39	78 31,08%
Mujeres	112	61	173 68,92%
	151 60,15%	100 39,85%	251

Descripción de frecuencia de la muestra: Sexo y Satisfacción Marital
 (Almonacid, V; 2005)

Si tomamos el concepto de satisfacción de pareja lo podemos describir como el *estado de bienestar y de realización de ambos*

miembros de la pareja, en donde las necesidades de intimidad, compañía, proyección y desarrollo son satisfechas. Además, en donde los conflictos son resueltos y no evitados, ... donde este estado... facilita las dinámicas propias del Self Diádico, permitiendo a los integrantes crecer en armonía y optimizar sus opciones de desarrollo personal (Opazo y Bagladi, 2010; en Bagladi, 2013). De significativo interés son nuestros hallazgos que muestran la asociación encontrada entre la satisfacción de pareja y la felicidad (Fig. 18).

Figura 18.

**Satisfacción de Pareja y Nivel de Felicidad
Pacientes Consultorios CONPER-ICPSI (ICPSI, 2009)**

Ítem	Mujeres	Hombres	Total
Satisfacción de Necesidades y Felicidad	0.450	0.496	0.455
Satisfacción de Pareja y Felicidad	0.219	0.165	0.184

En este estudio, realizado por Opazo y Bejer en el 2002, se encontró que existe una alta correlación entre el nivel de felicidad de las personas y el grado de satisfacción de las propias necesidades. También entre la felicidad y la calidad de la relación de pareja (p < 0.001); en los hombres, el principal factor asociado a la satisfacción de pareja fue la capacidad para entretenerse juntos, en tanto que en las mujeres tal factor ocupa el segundo lugar. El principal factor asociado a la satisfacción de pareja para ellas fue la capacidad para manejar conflictos. Cabe mencionar que al tratarse de datos generados por un cuestionario de autoinforme (FECI), la influencia de la satisfacción sexual puede haber sido minimizada (Fig. 19 y 20).

Figura 19.
**Satisfacción de Pareja y Factores de Satisfacción en Hombres
pacientes ICPSI**



Figura 20.

**Satisfacción de Pareja y Factores de Satisfacción en Mujeres
pacientes ICPSI**



Por otra parte, los factores que correlacionaron significativamente con los *problemas de comunicación* en la pareja fueron amor mutuo deficiente, vida sexual deficiente... y la ocupación de dueña de casa. Adicionalmente, aparecían correlaciones significativas entre problemas de comunicación y características personales de posesividad, infidelidad, introversión y frialdad afectiva... junto con el percibir a la pareja como egoísta, agresiva, celosa, posesiva, infiel e introvertida (Opazo y Bejer, 2002).

Siguiendo en el ámbito pareja, el año 2010 realizamos un estudio con aquellos consultantes que acudieron a nuestros

Consultorios explícitamente a buscar terapia para los problemas de pareja. Y en una muestra de parejas heterosexuales (N 62), encontramos que los principales conflictos se referían a ciertas problemáticas específicas de la relación: en comunicación (32,3%), diferencia de caracteres (16,1), infidelidad (12,9%). Muy relevante es que estas problemáticas exacerbadas - en valores agregados- nos dan un 16,2% de presencia de VIF psicológica y/o física.

Cuando los conflictos eran identificados por los afectados como consecuencia de las características personales de los miembros, la principal problemática era la *agresividad*; y en segundo lugar el *egocentrismo*... seguidos por las características de dominancia y falta de empatía (Fig. 21) (Bagladi, 2010)

Figura 21. Tipo de Conflicto de Pareja
Pacientes Consultorios CONPER-ICPSI

En la Relación de Pareja	
• Problemas de comunicación - Mala convivencia	32.3 %
• Diferencia de caracteres	16.1 %
• Infidelidad	12.9 %
• VIF Psicológico	3.7 %
• VIF físico - Problemas sexuales	6.5 %
• Poca tolerancia mutua	3.2 %
Características personales del cónyuge	
• Agresividad	12.9 %
• Egocentrismo	9.7 %
• Dominancia - Falta empatía	6.5 %
• Introversión - Falta repertorio Conductual	3.2 %
• Inestabilidad emocional - Elementos psicopatológicos	3.2 %
Problemas de relación con familia externa	
• Con los suegros	6.5 %
Problemas con redes sociales	
• Ámbito laboral	6.5 %
• Grupo de pares	3.2 %

En el ámbito de la *consulta de pareja*, es interesante el que hemos encontrado que con mucha frecuencia las parejas acuden a

consulta con la expectativa de *orientación para actuar*, es decir buscando que se les diga qué hacer. Por otra parte, también resultan “interesantes” las diferencias entre ellas y ellos en cuanto a las expectativas; si bien ambos presentan alta la expectativa de *cambiar al otro*, en ellos es más fuerte que en ellas la expectativa de *entender los problemas*. Encontramos también un porcentaje de varones que en realidad tienen expectativas confusas frente a la consulta, cosa que no ocurre en ellas (Fig. 22).

Figura 22.
Expectativas en Consulta por Pb de Pareja
Pacientes Consultorios CONPER-ICPSI

Expectativas ante la Terapia	%
PAREJA	
Orientación para actuar	25.8
ELLA	
Cambiar a otros	16.1
Orientación para actuar	9.7
Entender problemas	9.7
Alivio sintomático	3.2
No presenta expectativas	3.2
EL	
Cambiar a otros	16.1
Orientación para actuar	16.1
Entender problemas	12.9
Expectativas confusas	6.5
Técnicas	3.2
Alivio sintomático	3.2
No presenta expectativas	3.2

Los datos anteriores son concordantes, y aportan a la comprensión de los resultados de estudios previos; estudios, como el realizado por Bagladi (2003) con una muestra de 2384 pacientes, entre 15 y 70 años, consultantes a psicoterapia. En este estudio, se reportó que la expectativa de “cambiar a otros”... cuando el motivo de consulta era por problemas interpersonales - era mayor en casados que presentan diagnóstico en el

Eje II del DSM III-R. Los convivientes o viudos, con Diagnóstico en el Eje II, presentaban mayor probabilidad de “no tener expectativas” ante la terapia. Y, la tendencia fue que los pacientes que presentaban un mayor grado de motivación por la psicoterapia eran los sujetos casados con problemas sexuales. Interesante fue el hallazgo relacionado con la asociación entre la motivación por la terapia y la presión familiar; encontrándose que solteros y separados presentaban mayor motivación cuando no existía presión familiar hacia el consultar (la que era mayor en solteros) (Bagladi, 2003).

Una realidad de especial y creciente preocupación, a nivel nacional e internacional, es la de la **violencia** al interior de las familias. Y nuestros consultantes no son ajenos a ella. Es así que hemos consignado la presencia de violencia psicológica y física en parejas consultantes; y si consideramos las problemáticas interpersonales al interior de las familias, ellas están muchas veces tamizadas por la violencia (Fig. 23).

Figura 23. VIF / Maltrato
 Pacientes Consultorios CONPER-ICPSI (N 1015, val 93)



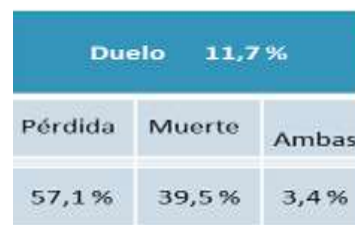
Si bien es cierto que existe *violencia entre los adultos* (24%), está comenzando a

reportarse abiertamente la *violencia ejercida hacia los adultos mayores* (9,7%); y resulta particularmente alarmante que un 66,7% de la violencia al interior de las familias *tiene como víctimas a los niños, niñas y adolescentes*.

Lo anterior está en concordancia por los resultados obtenidos por Schmidt (2005), quien encontró, en una muestra de 473 pacientes, una alta presencia de VIF en la consulta de la población infanto-juvenil, llegando a plantear que ésta temática - dada su frecuencia - es algo que los terapeutas infantiles debieran de tener siempre presente... por su alta probabilidad de injerencia en las manifestaciones sintomáticas de los niños, niñas y adolescentes.

Dentro de otras problemáticas que merecen atención y tratamiento, en las personas que solicitan ayuda psicológica en nuestros Consultorios, nos encontramos con que un 11,7% lo hace por temáticas referidas a **duelos**, de los cuales solo un 39,5% corresponde a muertes... siendo las otras por pérdidas significativas (Fig. 24).

Figura 24. Duelo como Motivo de Consulta
 Pacientes Consultorios CONPER-ICPSI (N 1015, val 119)



Interesante resulta también el que la **carga de las enfermedades** incide en las

personas, y en la familia, siendo varias las consultas por problemas asociados a enfermedad, tanto propia como de otro significativo. Lo cual alude al impacto de las enfermedades psíquicas y físicas (Fig. 25). Y nos lleva, nuevamente, a enfatizar la importancia de la visión integral, y de la atención integral, de las personas dentro del ámbito de la salud.

Figura 25.

Motivo de Consulta: Pb. Asociado a Enfermedad
Pacientes Consultorios CONPER-ICPSI (N 1015, val 53)

Pb ASOCIADO a ENFERMEDAD					5,2 %
PROPIA		DE OTRO			3,3 %
Mental	Física	Mental	Física	Ambas	
25 %	75 %	36,4 %	54,5 %	9,1 %	

Otro aspecto interesante de las problemáticas por las que consultan nuestros pacientes se refiere a las **crisis vitales**, siendo solo un (26,3%) de ellas correspondiente a crisis normativas (Fig. 26).

Figura 26. Crisis Vitales como Motivo de Consulta
Pacientes Consultorios CONPER-ICPSI (N 1015, val 76)

Crisis Vital		7,5 %
Normativa	No Normativa	
26,3 %	73,7 %	

Con respecto a las crisis no normativas, y a los duelos, resulta interesante lo encontrado por Schmidt (2005) en la población infanto-juvenil; en el sentido que

los *eventos estresantes*... dentro de ellos la separación parental, pérdidas como los cambios de casa, de colegio y los duelos por mascotas... adquieren el valor de estresante e impactan de forma diferencial según la etapa etaria en que ocurren.

En cuanto a la **motivación** en psicoterapia, dentro de nuestro enfoque hemos distinguido tres tipos de motivación en nuestros pacientes: la motivación a asistir a las sesiones de psicoterapia, la motivación a estar psicológicamente bien, y la motivación a cambiar aspectos de sí mismo para estar mejor. Siendo esta última la más relevante a la hora de los resultados de la psicoterapia (Opazo, 2017); y la más escasa en los consultantes... al inicio de su demanda de atención.

De este modo, en las entrevistas de ingreso a nuestros Consultorios, el clínico consigna la motivación que el consultante trae *para incorporarse en un proceso de psicoterapia*; no sólo su reporte de la motivación de alivio y de asistencia. En un sentido genérico, *nuestros consultantes reportan al ingreso niveles de motivación más bien altos*, ubicándose la mayoría en el rango de motivado... con un 45,1%; por otra parte, los valores agregados nos indican que alrededor de un 13% de los pacientes *muestran una escasa motivación* (Fig. 27). Lo anterior se podría relacionar con aquellos que acuden a consulta traídos por otros, y/o con el grupo de consultantes derivados desde las instancias judiciales.

Figura 27. Motivación a Terapia
Pacientes Consultorios CONPER-ICPSI (N 1015, val 994)

MOTIVACIÓN A TERAPIA				
Muy Motivado	Motivado	Relativamente Motivado	Poco Motivado	Muy Poco Motivado
210	448	194	63	71
21,13%	45,1%	19,5%	6,3%	7,14%

En cuanto a la **sintomatología**, nuestros consultantes presentan *altos* niveles de sintomatología; destacándose como levemente más marcada la sintomatología afectiva por sobre la conductual, cognitiva y fisiológica, las cuales se presentan bastante similares entre ellas. Siendo la alteración del juicio de realidad la sintomatología menos presente al momento de la consulta inicial (Fig. 28).

Figura 28. Síntomas
Pacientes Consultorios CONPER-ICPSI (N 1015)

SINTOMATOLOGÍA				
AFFECT	CDTLES	FISIOL	COG	ALT JUIC
854	674	699	701	31
71,9%	66,4%	68,9%	69,1%	3,1%

Lo anterior se relaciona bastante con los resultados - ya mencionados- encontrados en el 2015 y 2016; los cuales indican que *la población consultante, a los Consultorios ICPSI, presenta altos niveles de sintomatología, de malestar y de desajustes. Al comparar los resultados por dimensión, si bien no está dentro de lo estadísticamente significativo, resultó interesante que la dimensión más afectada era la sintomática*

(SD)... es la que muestra mayor malestar. Y la más baja, dentro de lo alto, es la referida al *rol social* (SR); lo que indicaría que en la muestra estudiada esta dimensión es la que presentaría un menor malestar comparativo. En general, se constató una alta prevalencia de sintomatología y malestar subjetivo (síntomas depresivos y angustiosos, somatizaciones, conductas adictivas y autodestructivas), problemáticas en las relaciones interpersonales (a nivel familiar, de pareja, de amistades, laboral y aislamiento e inadecuación); y problemáticas en torno al rol social ...rendimiento laboral, distracción y tiempo libre (Bagladi y Bejer, 2015).

Resulta también muy preocupante el que los índices de **riesgo suicida** en nuestra población consultante sean considerables. Como lo muestra la **Figura 29**, la ideación suicida alcanza un 34,5%, en tanto que la planificación un 13,2%; y el 8,4% de nuestra población consultante ha realizado algún intento suicida con anterioridad a la consulta. Es así que, con el 13,4% de aquellos en los que se evaluó riesgo de suicidio, se firmó un "contrato de no suicidio" ya en la entrevista de ingreso.

Figura 29. Riesgo Suicida
Pacientes Consultorios CONPER-ICPSI

N 1015 RIESGO SUICIDA						CONTRATO NO SUICIDIO
IDEACIÓN		PLANIFICACIÓN		INTENTO		
Actual	Pasada	Actual	Pasada	Actual	Pasada	
350	39	134	30	85	21	47
34,5%		13,2%		8,4%		4,6% → 13,4%

En cuanto a las **expectativas**, como lo vemos en la **Figura 30**, aparece que el 81% del total de la muestra estudiada presentaría “algún tipo de expectativas” frente a la consulta por atención. Dentro de aquellos que presentan expectativas, en los primeros lugares se encuentran las expectativas de *alivio sintomático* (86,5%) y las de *orientación para actuar* (83%). Un 44,7% busca *entender sus problemas*, un 40,4% busca *técnicas* que le permitan manejarse mejor en el mundo y un 5% busca *ayuda para cambiar a otros*. Estos datos siguen la misma tendencia que estudios anteriores realizado con muestra de consultantes en CONPER-ICPSI (Bagladi, 2003, 2010; Bagladi y Bejer, 2015; Bejer, 2016).

Figura 30. Tipo de Expectativas
Pacientes Consultorios CONPER-ICPSI (N 1015, val 977)



Intervención y Resultados de la Atención (N 1881 (02/01/2000 - 01/08/2016))

Así como señaláramos, desde su creación en 1996 nuestros Consultorios han tenido un aumento sostenido en las consultas; en los últimos tres años, el ingreso promedio anual es de 700 nuevos consultantes. Consecuentemente con ello, también ha aumentado crecientemente el número de atenciones clínicas realizadas. Es así como, en el 2009, se registró un total de 9.429 atenciones; en tanto que entre junio del 2015 y septiembre del 2016 se registraron 13.809 atenciones. Y entre el 2 de enero y el 30 de noviembre del 2017... se consignan 14.212 atenciones.

Tipo de Intervención Clínica

De los pacientes ingresados, un 12,1% *solo tuvo la entrevista de recepción* (Fig. 31); un 71% fue derivado a *terapia individual*, un 19% fue derivado a *interconsulta psiquiátrica*, y un 17% a *procesos de psicodiagnóstico*. En tanto que, el resto de las indicaciones de intervención - psicoterapia de pareja, psicoterapia familiar, psicoeducación, apoyo parental, consultoría psicológica y consulta social - se repartieron uniformemente con alrededor de un 9% para cada una... en promedio (Fig. 32). Cabe mencionar que, en derivación, se puede indicar más de un tipo de intervención... existiendo diversas combinaciones de las mismas; *siendo bastante frecuentes las combinaciones de psicoterapia con interconsultas, psicodiagnóstico, apoyo parental y psicoeducación*.

Figura 31. Porcentaje de Consulta única

SOLO RECEPCIÓN	
221	12,1 %

Figura 32. Derivación a Tipo de Intervención Pacientes Consultorios CONPER-ICPSI (N 1881, val 1868)

Intervención	N	%
Psicodiagnóstico	319	17 %
Psicoterapia individual	1334	71 %
Psicoterapia de pareja	172	9,2 %
Psicoterapia Familiar	181	9,6 %
Interconsulta	354	19 %
Psicoeducación	173	9,2 %
Apoyo parental	175	9,3 %
Consultoría psicológica	170	9,1 %
Consulta Social	158	8,4 %

Un 32% de los pacientes fue asignado para ser atendido por terapeutas de Magíster o Post-título, un 31,4% para ser atendido por terapeutas del equipo de terapeutas EIS, y un 25,4% para ser atendido por terapeutas de práctica profesional (Fig. 33).

Figura 33. Nivel de Experiencia del Terapeuta Pacientes Consultorios CONPER-ICPSI (N 1881, val 1868)

Nivel de Experiencia	N	%
Pre- Práctica	5	0,3 %
Práctica	477	25,4 %
Magíster/Post-título	601	32 %
Equipo	590	31,4 %

El número de sesiones a las cuales el paciente asistió varía en un rango entre 1 y 122 sesiones; correspondiendo el promedio a 11,8 sesiones (Fig. 34).

Figura 34. Número de Sesiones Pacientes Consultorios CONPER-ICPSI

N	NÚMERO SESIONES	
1881		
952 val	Rango 1 - 122	X 11,8

Un interesante y alentador dato es que la asistencia a sesiones se da de forma regular en un 63,9% (Fig. 35). Esto reviste especial significancia si consideramos que un alto porcentaje de nuestros consultantes corresponde a pacientes que se caracterizan por baja adherencia... como lo son los pacientes con trastornos de personalidad, problema de drogas, judicializados, infanto-juveniles y pertenecientes a sectores de vulnerabilidad y riesgo psicosocial.

Figura 35. Regularidad de Asistencia Pacientes Consultorios CONPER-ICPSI

N	ASISTENCIA REGULAR	
1881		
1016 val	No	355 34,9 %
	Sí	649 63,9 %

En cuanto a las derivaciones a interconsultas, un 28% de los consultantes fue derivado a consulta psiquiátrica en paralelo a su atención psicológica; y, de ellos, un 25,8% requirió de la indicación de medicamentos (Fig. 36). Lo anterior refleja la importancia del trabajo interdisciplinario, así como la relevancia de las intervenciones por

la vía de la psicología clínica y de la psicoterapia.

Figura 36. Interconsulta Psiquiátrica
Pacientes Consultorios CONPER-ICPSI (N 1881, val 1517)

INTERCONSULTA			INDICACIÓN de MEDICAMENTOS		
Psiquiátrica	526	28 %	Sí	486	25,8 %
Otra	44	2,3 %			

Con relación a los pacientes que se indicó y/o realizó un **psicodiagnóstico**, éstos corresponden a un 40% de los consultantes (Fig. 37).

Figura 37. Evaluación Psicodiagnóstica
Pacientes Consultorios CONPER-ICPSI

N 1881	EVALUACIÓN PSICODIAGNÓSTICA		
1786 val	No	827	53,1 %
	Sí	627	40,2 %

Como parte del protocolo general de atención en los Consultorios CONPER-ICPSI, se aplica nuestra *Ficha de Evaluación Clínica Integral (FECI)*, en sus versiones para Adultos (FECI-A), para Adultos Mayores (FECI-AM) y para población Infato-juvenil (FECI-I). La **Fig. 38** muestra el porcentaje de aplicación a nuestros consultantes de las diferentes modalidades de FECI.

Figura 38. FECI Aplicado
Pacientes Consultorios CONPER-ICPSI (N 1874, val 985)

FECI – A	814	43,4 %
FECI – I	59	3,1 %
FECI – AM	6	0,3 %
COMBINACIÓN	10	0,5 %

Interesante resulta el que en nuestra población consultante adulta, como se muestra en la **Figura 39**, se aprecia una alta *sintomatología ansiosa depresiva*, un nivel de *satisfacción de necesidades más bien bajo*, al igual que son también bajos los puntajes en las escalas de *autoimagen* y de *autoeficacia*. Se aprecia además una *baja tolerancia a la frustración*. El nivel de *neuroticismo* es medio y alto, y se presenta *dispersión* en los puntajes de *introversión* y *extroversión*; al igual que se presenta *dispersión* en los puntajes de *asertividad*, *perfeccionismo* y *vulnerabilidad biológica*. En general la *alexitimia* se tiende a ubicar en nivel medio, y se presenta una *baja ansiedad social*, un alto repertorio conductual y las escalas de *autoestima* y de *asertividad* se ubican en los extremos alto y bajo del rango de puntajes (**Fig. 39**).

Figura 39. Puntajes FECI-A
Pacientes Consultorios CONPER-ICPSI (N 500)

% PUNTAJES FECI-A				
Página	ESCALA	% BAJO	% MEDIO	% ALTO
B	INDEPRE (Escala Síntomas de Depresión)	26,8	38,6	34,6
	INDANS (Escala Síntomas de Ansiedad)	30,5	23,2	46,3
	Escala de Neuroticismo (EPQ)	29,6	30,2	40,1
	Escala de Extroversión / Introversión (EPQ)	34,5	32,9	32,7
	Escala de Psicoticismo (EPQ)	32,6	30,6	36,8
	Escala de "Mentira" / Deseabilidad Social (EPQ)	31,1	29,1	39,1
	Escala de Vulnerabilidad Biológica	33,4	31,1	35,5
A	Escala de Autoestima	36,5	23,3	40,2
	Escala de Alexitimia	30,7	36,9	32,5
	Escala de Ansiedad Social	43,1	28,3	28,5
	Escala de Satisfacción de Necesidades	65,7	30,5	3,8
C	Escala de Tolerancia a la Frustración	49,5	22,7	27,8
	Escala de Autoimagen	39	30,5	30,5
	Escala de Irracionalidad Cognitiva	46,3	26,8	26,8
	Escala de Autoeficacia	34,7	33,5	31,9
A/C	Escala de Perfeccionismo	36,5	31,6	31,8
	Escala de Repertorio de Conductas Sociales	31,7	28,1	40,3
S	Escala de Asertividad	33,9	30,4	35,7
	Escala de Satisfacción de Pareja	36,7	27	36,4
	Escala de Autoimagen	39	30,5	30,5
Self	Escala de Autoestima	36,5	23,3	40,2
	Escala de Autoeficacia	34,7	33,5	31,9

En términos de la **intervención realizada**, en la ficha de registro clínico se consigna que en el 62,3% de los casos se abordó el *motivo de consulta*, en el 51,6% se trabajó la *motivación por la terapia*, en un 28% de los casos se *reformuló el contrato terapéutico* y con un 19,9% se realizó un *trabajo de término* de la psicoterapia (Fig. 40).

Figura 40. Tipo de Intervención realizada Pacientes Consultorios CONPER-ICPSI

N	Abordaje Motivo Consulta	Si	Val	%
1881	Abordaje Motivo Consulta	Si	1098	62,3 %
1881	Trabajo Motivación	Si	889	51,6 %
1881	Formulación Contrato	Si	471	28 %
1881	Trabajo de Término	Si	339	19,9 %

Al revisar los **análisis correlacionales**, nos encontramos con diversas asociaciones estadísticamente significativas (Fig. 41). En torno a que, es especialmente relevante: *el abordaje del motivo de consulta* en la psicoterapia en trastornos de personalidad y también cuando tenemos el diagnóstico de trastorno de personalidad aplazado. Además del trabajo en el abordaje, se requiere muchas veces de la *reformulación del motivo de consulta*.

Figura 41.

Abordaje Motivo Consulta y Diagnóstico Eje II DSM IV-TR. Pacientes Consultorios CONPER-ICPSI. Tabla de Contingencia (N1187, sig 001)

		Presencia de Eje II							Total	
		Ausencia	Cluster A	Cluster B	Cluster C	Aplazado	A especificar	Mixto		
Motivo de consulta	No se aborda	Recuento	17	1	7	4	27	3	0	59
	% dentro de Motivo de consulta		28,8%	1,7%	11,9%	6,8%	45,8%	5,1%	0,0%	100,0%
	% dentro de Presencia de Eje II		3,9%	5,6%	3,8%	3,3%	7,4%	5,0%	0,0%	5,0%
	% del total		1,4%	0,1%	0,6%	0,3%	2,3%	0,3%	0,0%	5,0%
Se aborda	Recuento	350	13	152	107	260	39	5	926	
	% dentro de Motivo de consulta		37,8%	1,4%	16,4%	11,6%	28,1%	4,2%	0,5%	100,0%
	% dentro de Presencia de Eje II		80,6%	72,2%	83,1%	89,2%	71,0%	65,0%	83,3%	78,0%
	% del total		29,5%	1,1%	12,8%	9,0%	21,9%	3,3%	0,4%	78,0%
Abordaje parcial	Recuento	42	3	17	6	65	14	1	148	
	% dentro de Motivo de consulta		28,4%	2,0%	11,5%	4,1%	43,9%	9,5%	0,7%	100,0%
	% dentro de Presencia de Eje II		9,7%	16,7%	9,3%	5,0%	17,8%	23,3%	16,7%	12,5%
	% del total		3,5%	0,3%	1,4%	0,5%	5,5%	1,2%	0,1%	12,5%
Reformulación	Recuento	25	1	7	3	14	4	0	54	
	% dentro de Motivo de consulta		46,3%	1,9%	13,0%	5,6%	25,9%	7,4%	0,0%	100,0%
	% dentro de Presencia de Eje II		5,8%	5,6%	3,8%	2,5%	3,8%	6,7%	0,0%	4,5%
	% del total		2,1%	0,1%	0,6%	0,3%	4,2%	0,3%	0,0%	4,5%
Total	Recuento	434	18	183	120	366	60	6	1187	
	% dentro de Motivo de consulta		36,6%	1,5%	15,4%	10,1%	30,8%	5,1%	0,5%	100,0%
	% dentro de Presencia de Eje II		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% del total		36,6%	1,5%	15,4%	10,1%	30,8%	5,1%	0,5%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	41,100 ^a	18	,001
Razón de verosimilitudes	41,229	18	,001
Asociación lineal por lineal	,272	1	,602
N de casos válidos	1187		

También aparece como significativo, el que aquellos pacientes que ingresan *por evaluación diagnóstica* requieren de abordaje del motivo de consulta, de trabajo en la motivación para la psicoterapia y de reformulación de contrato (Fig. 42, 43 y 44).

Figura 42.

Trabajo en Motivación por Terapia y Evaluación Diagnóstica. Pacientes Consultorios CONPER-ICPSI. Tabla de Contingencia (N 989, sig. 000)

		5. EVALUACIÓN PSICODIAGNÓSTICA			Total	
		No	Si	No corresponde		
Trabajo motivación de la terapia	No	Recuento	149	113	4	266
	% dentro de Trabajo motivación de la terapia		56,0%	42,5%	1,5%	100,0%
	% dentro de 5. EVALUACIÓN PSICODIAGNÓSTICA		32,2%	21,9%	44,4%	26,9%
	% del total		15,1%	11,4%	0,4%	26,9%
Si	Recuento	308	403	2	713	
	% dentro de Trabajo motivación de la terapia		43,2%	56,5%	0,3%	100,0%
	% dentro de 5. EVALUACIÓN PSICODIAGNÓSTICA		66,5%	77,9%	22,2%	72,1%
	% del total		31,1%	40,7%	0,2%	72,1%
No correspond de	Recuento	6	1	3	10	
	% dentro de Trabajo motivación de la terapia		60,0%	10,0%	30,0%	100,0%
	% dentro de 5. EVALUACIÓN PSICODIAGNÓSTICA		1,3%	0,2%	33,3%	1,0%
	% del total		0,6%	0,1%	0,3%	1,0%
Total	Recuento	463	517	9	989	
	% dentro de Trabajo motivación de la terapia		46,8%	52,3%	0,9%	100,0%
	% dentro de 5. EVALUACIÓN PSICODIAGNÓSTICA		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% del total		46,8%	52,3%	0,9%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	115,059 ^a	4	,000
Razón de verosimilitudes	39,953	4	,000
Asociación lineal por lineal	10,506	1	,001
N de casos válidos	989		

Figura 43.
Trabajo en Definición del Problema y Evaluación Diagnóstica
Pacientes Consultorios CONPER-ICPSI. Tabla de Contingencia
(N 989, sig. 000)

		5. EVALUACIÓN PSICODIAGNÓSTICA			Total
		No	Si	No corresponde	
Trabajo de Definición del problema	No	98	41	4	143
	Recuento	68,5%	28,7%	2,8%	100,0%
	% dentro de 5. EVALUACIÓN PSICODIAGNÓSTICA	12,7%	6,8%	50,0%	10,3%
	% del total	7,1%	3,0%	0,3%	10,3%
Si	Recuento	672	561	0	1233
	% dentro de Trabajo de Definición del problema	54,5%	45,5%	0,0%	100,0%
	% dentro de 5. EVALUACIÓN PSICODIAGNÓSTICA	86,8%	33,0%	0,0%	89,0%
	% del total	48,5%	40,5%	0,0%	89,0%
No corresponde	Recuento	4	1	4	9
	% dentro de Trabajo de Definición del problema	44,4%	11,1%	44,4%	100,0%
	% dentro de 5. EVALUACIÓN PSICODIAGNÓSTICA	0,5%	0,2%	50,0%	0,6%
	% del total	0,3%	0,1%	0,3%	0,6%
Total	Recuento	774	603	8	1385
	% dentro de Trabajo de Definición del problema	55,9%	43,5%	0,6%	100,0%
	% dentro de 5. EVALUACIÓN PSICODIAGNÓSTICA	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% del total	55,9%	43,5%	0,6%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado				
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	
Chi-cuadrado de Pearson	334,396 ^a	4	,000	
Razón de verosimilitudes	64,274	4	,000	
Asociación lineal por lineal	10,895	1	,001	
N de casos válidos	1385			

Figura 44.
Trabajo Formulación de Contrato y Evaluación Diagnóstica
Pacientes Consultorios CONPER-ICPSI. Tabla de Contingencia
(N 908, sig. 000)

		5. EVALUACIÓN PSICODIAGNÓSTICA			Total
		No	Si	No corresponde	
Formulación de contrato	No	301	240	4	545
	Recuento	55,2%	44,0%	0,7%	100,0%
	% dentro de 5. EVALUACIÓN PSICODIAGNÓSTICA	70,8%	50,6%	44,4%	60,0%
	% del total	33,1%	26,4%	0,4%	60,0%
Si	Recuento	120	292	2	354
	% dentro de Formulación de contrato	33,9%	65,5%	0,6%	100,0%
	% dentro de 5. EVALUACIÓN PSICODIAGNÓSTICA	28,2%	46,9%	22,2%	39,0%
	% del total	13,2%	25,6%	0,2%	39,0%
No corresponde	Recuento	4	2	3	9
	% dentro de Formulación de contrato	44,4%	22,2%	33,3%	100,0%
	% dentro de 5. EVALUACIÓN PSICODIAGNÓSTICA	0,9%	0,4%	33,3%	1,0%
	% del total	0,4%	0,2%	0,3%	1,0%
Total	Recuento	425	474	9	908
	% dentro de Formulación de contrato	46,8%	52,2%	1,0%	100,0%
	% dentro de 5. EVALUACIÓN PSICODIAGNÓSTICA	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% del total	46,8%	52,2%	1,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado				
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	
Chi-cuadrado de Pearson	137,432 ^a	4	,000	
Razón de verosimilitudes	58,689	4	,000	
Asociación lineal por lineal	41,070	1	,000	
N de casos válidos	908			

Con respecto a la **Formulación de Contrato Terapéutico** (Fig. 45), resulta especialmente relevante el realizarlo en las psicoterapias con pacientes con trastornos de personalidad del cluster B, y en aquellos que presentan un diagnóstico de trastorno de personalidad aplazado.

Figura 45.
Formulación de Contrato y Diagnostico EJE II
Pacientes Consultorios CONPER-ICPSI. Tabla de Contingencia
(N 97, sig. 000)

		Presencia de Eje II						Total	
		Ausencia	Cluster A	Cluster B	Cluster C	Aplazado	A especificar	Mixto	
Formulación de contrato	No	221	5	67	48	192	32	2	568
	Recuento	39,0%	0,9%	11,8%	8,5%	33,9%	5,6%	0,4%	100,0%
	% dentro de Formulación de contrato	61,9%	33,3%	41,6%	46,6%	70,1%	59,3%	33,3%	58,5%
	% del total	22,8%	0,5%	6,9%	4,9%	19,6%	3,3%	0,2%	58,5%
Si	Recuento	134	10	94	55	82	22	4	400
	% dentro de Formulación de contrato	33,4%	2,5%	23,4%	13,7%	20,4%	5,5%	1,0%	100,0%
	% dentro de Presencia de Eje II	37,5%	66,7%	58,4%	53,4%	29,9%	40,7%	66,7%	41,3%
	% del total	13,8%	1,0%	9,7%	5,7%	8,5%	2,3%	0,4%	41,3%
No corresponde	Recuento	2	0	0	0	0	0	0	2
	% dentro de Formulación de contrato	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	% dentro de Presencia de Eje II	0,6%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%
	% del total	0,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%
Total	Recuento	357	15	161	103	274	54	6	970
	% dentro de Formulación de contrato	36,8%	1,5%	16,6%	10,6%	28,2%	5,6%	0,6%	100,0%
	% dentro de Presencia de Eje II	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% del total	36,8%	1,5%	16,6%	10,6%	28,2%	5,6%	0,6%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado				
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	
Chi-cuadrado de Pearson	51,132 ^a	12	,000	
Razón de verosimilitudes	51,634	12	,000	
Asociación lineal por lineal	1,139	1	,286	
N de casos válidos	970			

Por otra parte, el **Trabajo de Termino** (Fig. 46 y 47) se mostró significativamente relevante en casos de trastornos de personalidad del cluster B y del cluster C. Además, mostró una relevancia diferencial según el grado de afectación del funcionamiento; siendo más significativa su realización en los niveles de afectación leve y leve a moderado.

Figura 46. Trabajo Término de Terapia y Diagnostico EJE II
Pacientes Consultorios CONPER-ICPSI. Tabla de Contingencia
(N 893, sig. 000)

		Presencia de Eje II						Total	
		Ausencia	Cluster A	Cluster B	Cluster C	Aplazado	A especificar	Mixto	
Trabajo de Termino	No	211	11	82	56	216	37	4	617
	Recuento	34,2%	1,8%	13,3%	9,1%	35,0%	6,0%	0,6%	100,0%
	% dentro de trabajo de termino	59,8%	84,6%	62,1%	61,5%	86,7%	75,5%	66,7%	69,1%
	% del total	23,6%	1,2%	9,2%	6,3%	24,2%	4,1%	0,4%	69,1%
Si	Recuento	140	2	50	35	33	12	2	274
	% dentro de trabajo de termino	51,1%	0,7%	18,2%	12,8%	12,0%	4,4%	0,7%	100,0%
	% dentro de Presencia de Eje II	39,7%	15,4%	37,9%	38,5%	13,3%	24,5%	33,3%	30,7%
	% del total	15,7%	0,2%	5,6%	3,8%	3,7%	1,3%	0,2%	30,7%
No corresponde	Recuento	2	0	0	0	0	0	0	2
	% dentro de trabajo de termino	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	% dentro de Presencia de Eje II	0,6%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%
	% del total	0,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%
Total	Recuento	353	13	132	91	249	49	6	893
	% dentro de trabajo de termino	39,5%	1,5%	14,8%	10,2%	27,9%	5,5%	0,7%	100,0%
	% dentro de Presencia de Eje II	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% del total	39,5%	1,5%	14,8%	10,2%	27,9%	5,5%	0,7%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado				
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	
Chi-cuadrado de Pearson	60,725 ^a	12	,000	
Razón de verosimilitudes	66,693	12	,000	
Asociación lineal por lineal	37,277	1	,000	
N de casos válidos	893			

Figura 47.

Trabajo Término de Terapia y Diagnostico EJE V, DSM IV-TR.
Pacientes Consultorios CONPER-ICPSI. Tabla de Contingencia
(N 955, sig. .000)

		Eje V					Total	
		Leve	Leve a moderado	Moderado	Moderado - Grave	Grave		
trabajo de termino	No	Recuento	149	115	254	82	65	665
		% dentro de trabajo de termino	22,4%	17,3%	38,2%	12,3%	9,8%	100,0%
		% dentro de Eje V	47,2%	73,2%	80,9%	88,2%	86,7%	69,6%
		% del total	15,6%	12,0%	26,6%	8,6%	6,8%	69,6%
Si		Recuento	167	42	60	11	8	288
		% dentro de trabajo de termino	58,0%	14,6%	20,8%	3,8%	2,8%	100,0%
		% dentro de Eje V	52,8%	26,8%	19,1%	11,8%	10,7%	30,2%
		% del total	17,5%	4,4%	6,3%	1,2%	0,8%	30,2%
No corresponde		Recuento	0	0	0	0	2	2
		% dentro de trabajo de termino	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
		% dentro de Eje V	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	2,7%	0,2%
		% del total	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%	0,2%
Total		Recuento	316	157	314	93	75	955
		% dentro de trabajo de termino	33,1%	16,4%	32,9%	9,7%	7,9%	100,0%
		% dentro de Eje V	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	33,1%	16,4%	32,9%	9,7%	7,9%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	147,202 ^a	8	,000
Razón de verosimilitudes	134,260	8	,000
Asociación lineal por lineal	93,094	1	,000
N de casos válidos	955		

Terapeutas: Variables Significativas

En lo referido a los **terapeutas**, el presente estudio nos arroja asociaciones significativas interesantes de enfatizar. Es así que, con respecto al sexo de los terapeutas (Fig. 48), las terapeutas mujeres presentan mayor abordaje de motivo de consulta que los terapeutas hombres; los terapeutas hombres mayor reformulación del motivo de consulta y las terapeutas mujeres una tendencia a mayor formulación de contrato terapéutico (Fig. 49).

Figura 48.

Abordaje del Motivo Consulta y Sexo del Terapeuta
Pacientes Consultorios CONPER-ICPSI. Tabla de Contingencia
(N 1415, sig. .000)

			sexo terapeuta		Total
			Hombre	Mujer	
Motivo de consulta	No se aborda	Recuento	34	42	76
		% dentro de Motivo de consulta	44,7%	55,3%	100,0%
		% dentro de sexo terapeuta	6,8%	4,6%	5,4%
		% del total	2,4%	3,0%	5,4%
	Se aborda	Recuento	352	739	1091
		% dentro de Motivo de consulta	32,3%	67,7%	100,0%
		% dentro de sexo terapeuta	70,1%	80,9%	77,1%
		% del total	24,9%	52,2%	77,1%
	Abordaje parcial	Recuento	79	106	185
		% dentro de Motivo de consulta	42,7%	57,3%	100,0%
		% dentro de sexo terapeuta	15,7%	11,6%	13,1%
		% del total	5,6%	7,5%	13,1%
Reformulacion	Recuento	37	26	63	
	% dentro de Motivo de consulta	58,7%	41,3%	100,0%	
	% dentro de sexo terapeuta	7,4%	2,8%	4,5%	
	% del total	2,6%	1,8%	4,5%	
Total	Recuento	502	913	1415	
	% dentro de Motivo de consulta	35,5%	64,5%	100,0%	
	% dentro de sexo terapeuta	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	35,5%	64,5%	100,0%	

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	26,868 ^a	3	,000
Razón de verosimilitudes	25,923	3	,000
Asociación lineal por lineal	11,692	1	,001
N de casos válidos	1415		

Figura 49.

Formulación Contrato Terapéutico y Sexo del Terapeuta
Pacientes Consultorios CONPER-ICPSI. Tabla de Contingencia
(N 1146, sig. .002)

			sexo terapeuta		Total
			Hombre	Mujer	
Formulación de contrato	No	Recuento	282	384	666
		% dentro de Formulación de contrato	42,3%	57,7%	100,0%
		% dentro de sexo terapeuta	64,5%	54,2%	58,1%
		% del total	24,6%	33,5%	58,1%
	Si	Recuento	152	317	469
		% dentro de Formulación de contrato	32,4%	67,6%	100,0%
		% dentro de sexo terapeuta	34,8%	44,7%	40,9%
		% del total	13,3%	27,7%	40,9%
	No corresponde	Recuento	3	8	11
		% dentro de Formulación de contrato	27,3%	72,7%	100,0%
		% dentro de sexo terapeuta	0,7%	1,1%	1,0%
		% del total	0,3%	0,7%	1,0%
Total	Recuento	437	709	1146	
	% dentro de Formulación de contrato	38,1%	61,9%	100,0%	
	% dentro de sexo terapeuta	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	38,1%	61,9%	100,0%	

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	12,065 ^a	2	,002
Razón de verosimilitudes	12,173	2	,002
Asociación lineal por lineal	11,958	1	,001
N de casos válidos	1146		

En cuanto al **nivel de experiencia de los terapeutas**, el presente estudio nos indica asociaciones significativas en la línea que a mayor experiencia del terapeuta se registran más explícitamente: **abordaje de motivo de**

consulta, definición de problema, trabajo en motivación, contrato terapéutico y trabajo de término (Fig 50, 51, 52, 53 y 54).

Figura 50.

Abordaje del Motivo Consulta y Experiencia del Terapeuta
Pacientes Consultorios CONPER-ICPSI. Tabla de Contingencia
(N 1304, sig. 000)

		experiencia terapeuta				Total	
		Pre-practica	practica	Magister - post-título	Equipo		
Motivo de consulta	No se aborda	Recuento	0	18	16	27	61
		% dentro de Motivo de consulta	0,0%	29,5%	26,2%	44,3%	100,0%
		% dentro de experiencia terapeuta	0,0%	4,8%	3,4%	5,9%	4,7%
	% del total		0,0%	1,4%	1,2%	2,1%	4,7%
	Se aborda	Recuento	0	273	383	370	1026
		% dentro de Motivo de consulta	0,0%	26,6%	37,3%	36,1%	100,0%
		% dentro de experiencia terapeuta	0,0%	73,4%	81,1%	81,1%	78,7%
	% del total		0,0%	20,9%	29,4%	28,4%	78,7%
	Abordaje parcial	Recuento	4	57	48	50	159
		% dentro de Motivo de consulta	2,5%	35,8%	30,2%	31,4%	100,0%
		% dentro de experiencia terapeuta	100,0%	15,3%	10,2%	11,0%	12,2%
	% del total		0,3%	4,4%	3,7%	3,8%	12,2%
Reformulación	Recuento	0	24	25	9	58	
	% dentro de Motivo de consulta	0,0%	41,4%	43,1%	15,5%	100,0%	
	% dentro de experiencia terapeuta	0,0%	6,5%	5,3%	2,0%	4,4%	
% del total		0,0%	1,8%	1,9%	0,7%	4,4%	
Total	Recuento	4	372	472	456	1304	
	% dentro de Motivo de consulta	0,3%	28,5%	36,2%	35,0%	100,0%	
	% dentro de experiencia terapeuta	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	0,3%	28,5%	36,2%	35,0%	100,0%	

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	49,581 ^a	9	.000
Razón de verosimilitudes	38,788	9	.000
Asociación lineal por lineal	16,450	1	.000
N de casos válidos	1304		

Figura 51.

Trabajo Motivación a Terapia y Experiencia del Terapeuta
Pacientes Consultorios CONPER-ICPSI. Tabla de Contingencia
(N 1126, sig. 000)

		experiencia terapeuta				Total	
		Pre-practica	practica	Magister - post-título	Equipo		
Trabajo motivación de la terapia	No	Recuento	0	108	105	86	299
		% dentro de Trabajo motivación de la terapia	0,0%	36,1%	35,1%	28,8%	100,0%
		% dentro de experiencia terapeuta	0,0%	34,1%	26,3%	21,3%	26,6%
	% del total		0,0%	9,6%	9,3%	7,6%	26,6%
	Si	Recuento	2	205	292	315	814
		% dentro de Trabajo motivación de la terapia	0,2%	25,2%	35,9%	38,7%	100,0%
		% dentro de experiencia terapeuta	40,0%	64,7%	73,0%	78,0%	72,3%
	% del total		0,2%	18,2%	25,9%	28,0%	72,3%
	No corresponde	Recuento	3	4	3	3	13
		% dentro de Trabajo motivación de la terapia	23,1%	30,8%	23,1%	23,1%	100,0%
		% dentro de experiencia terapeuta	60,0%	1,3%	0,8%	0,7%	1,2%
	% del total		0,3%	0,4%	0,3%	0,3%	1,2%
Total	Recuento	5	317	400	404	1126	
	% dentro de Trabajo motivación de la terapia	0,4%	28,2%	35,5%	35,9%	100,0%	
	% dentro de experiencia terapeuta	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	0,4%	28,2%	35,5%	35,9%	100,0%	

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	168,562 ^a	6	.000
Razón de verosimilitudes	37,852	6	.000
Asociación lineal por lineal	7,629	1	.006
N de casos válidos	1126		

Figura 52.

Trabajo Definición del Problema y Experiencia del Terapeuta
Pacientes Consultorios CONPER-ICPSI. Tabla de Contingencia
(N 1553, sig. 000)

		experiencia terapeuta				Total	
		Pre-practica	practica	Magister - post-título	Equipo		
Trabajo Definición del problema	No	Recuento	1	43	58	53	155
		% dentro de Trabajo Definición del problema	0,6%	27,7%	37,4%	34,2%	100,0%
		% dentro de experiencia terapeuta	20,0%	10,0%	10,4%	9,5%	10,0%
	% del total		0,1%	2,8%	3,7%	3,4%	10,0%
	Si	Recuento	0	386	496	507	1389
		% dentro de Trabajo Definición del problema	0,0%	27,8%	35,7%	36,5%	100,0%
		% dentro de experiencia terapeuta	0,0%	89,6%	89,0%	90,5%	89,4%
	% del total		0,0%	24,9%	31,9%	32,6%	89,4%
	No corresponde	Recuento	4	2	3	0	9
		% dentro de Trabajo Definición del problema	44,4%	22,2%	33,3%	0,0%	100,0%
		% dentro de experiencia terapeuta	80,0%	0,5%	0,5%	0,0%	0,6%
	% del total		0,3%	0,1%	0,2%	0,0%	0,6%
Total	Recuento	5	431	557	560	1553	
	% dentro de Trabajo Definición del problema	0,3%	27,8%	35,9%	36,1%	100,0%	
	% dentro de experiencia terapeuta	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	0,3%	27,8%	35,9%	36,1%	100,0%	

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	552,882 ^a	6	.000
Razón de verosimilitudes	47,765	6	.000
Asociación lineal por lineal	.478	1	.489
N de casos válidos	1553		

Figura 53.

Trabajo de Término y Experiencia del Terapeuta
Pacientes Consultorios CONPER-ICPSI. Tabla de Contingencia (N 969, sig. 000)

		experiencia terapeuta				Total	
		Pre-practica	practica	Magister - post-título	Equipo		
Trabajo de término	No	Recuento	2	213	232	198	645
		% dentro de trabajo de término	0,3%	33,0%	36,0%	30,7%	100,0%
		% dentro de experiencia terapeuta	50,0%	72,2%	68,0%	60,2%	66,6%
	% del total		0,2%	22,0%	23,9%	20,4%	66,6%
	Si	Recuento	0	80	106	129	315
		% dentro de trabajo de término	0,0%	25,4%	33,7%	41,0%	100,0%
		% dentro de experiencia terapeuta	0,0%	27,1%	31,1%	38,2%	32,5%
	% del total		0,0%	8,3%	10,8%	13,3%	32,5%
	No corresponde	Recuento	2	2	3	2	9
		% dentro de trabajo de término	22,2%	22,2%	33,3%	22,2%	100,0%
		% dentro de experiencia terapeuta	50,0%	0,7%	0,9%	0,6%	0,9%
	% del total		0,2%	0,2%	0,3%	0,2%	0,9%
Total	Recuento	4	295	341	323	969	
	% dentro de trabajo de término	0,4%	30,4%	35,2%	34,0%	100,0%	
	% dentro de experiencia terapeuta	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	0,4%	30,4%	35,2%	34,0%	100,0%	

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	116,669 ^a	6	.000
Razón de verosimilitudes	26,279	6	.000
Asociación lineal por lineal	6,581	1	.010
N de casos válidos	969		

Figura 54.

Formulación Contrato Terapéutico y Experiencia Terapeuta. Pacientes Consultorios CONPER-ICPSI. Tabla de Contingencia
(N 1047, sig. 000)

		experiencia terapeuta				Total	
		Pre-practica	practica	Magister - post-título	Equipo		
Formulación de contrato	No	Recuento	0	211	192	182	585
		% dentro de Formulación de contrato	0,0%	36,1%	32,8%	31,1%	100,0%
		% dentro de experiencia terapeuta	0,0%	72,5%	54,1%	46,0%	55,9%
	% del total		0,0%	20,2%	18,3%	17,4%	55,9%
	Si	Recuento	2	77	161	212	452
		% dentro de Formulación de contrato	0,4%	17,0%	35,6%	46,9%	100,0%
		% dentro de experiencia terapeuta	40,0%	26,5%	45,4%	53,5%	43,2%
	% del total		0,2%	7,4%	15,4%	20,2%	43,2%
	No corresponde	Recuento	3	3	2	2	10
		% dentro de Formulación de contrato	30,0%	30,0%	20,0%	20,0%	100,0%
		% dentro de experiencia terapeuta	60,0%	1,0%	0,6%	0,5%	1,0%
	% del total		0,3%	0,3%	0,2%	0,2%	1,0%
Total	Recuento	5	291	355	396	1047	
	% dentro de Formulación de contrato	0,5%	27,8%	33,9%	37,8%	100,0%	
	% dentro de experiencia terapeuta	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	0,5%	27,8%	33,9%	37,8%	100,0%	

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	237,390 ^a	6	.000
Razón de verosimilitudes	78,429	6	.000
Asociación lineal por lineal	29,511	1	.000
N de casos válidos	1047		

También se encontraron *asociaciones significativas entre experiencia del terapeuta y mayor reporte de egreso /alta, mayor solución de problemas, mayor cumplimiento de contrato y menor reporte de no cumplimiento de expectativas; en tanto que no se registraron diferencias en cuanto al porcentaje de deserción (Fig 55 y 56).*

Figura 55.
**Modalidad de Término y Experiencia del Terapeuta
Pacientes Consultorios CONPER-ICPSI. Tabla de Contingencia
(N 1437, sig. 0.16)**

		experiencia terapeuta				Total	
		Pre-práctica	práctica	Magister - post-título	Equipo		
Modalidad de TÉRMINO DE TERAPIA	Egreso/alta	Recuento	80	109	142	332	
		% dentro de Modalidad de TÉRMINO DE TERAPIA	24,1%	32,8%	42,8%	100,0%	
		% dentro de experiencia terapeuta	33,3%	19,5%	22,0%	26,9%	
	% del total	0,1%	5,6%	7,6%	8,9%	23,1%	
Deserción	Recuento	0	133	190	145	468	
		% dentro de Modalidad de TÉRMINO DE TERAPIA	0,0%	31,2%	35,3%	33,6%	100,0%
		% dentro de experiencia terapeuta	0,0%	32,4%	30,2%	27,1%	29,6%
	% del total	0,0%	9,3%	10,4%	10,0%	29,6%	
Abandono formal	Recuento	1	108	146	141	396	
		% dentro de Modalidad de TÉRMINO DE TERAPIA	0,3%	27,3%	36,7%	35,7%	100,0%
		% dentro de experiencia terapeuta	33,3%	26,3%	29,2%	26,8%	27,5%
	% del total	0,1%	7,5%	10,1%	8,9%	27,5%	
Solo recepción	Recuento	0	94	46	59	199	
		% dentro de Modalidad de TÉRMINO DE TERAPIA	0,0%	37,8%	27,2%	34,9%	100,0%
		% dentro de experiencia terapeuta	0,0%	15,6%	9,3%	11,2%	11,8%
	% del total	0,0%	4,6%	3,2%	4,1%	11,8%	
Derivación a otro centro	Recuento	1	8	19	12	40	
		% dentro de Modalidad de TÉRMINO DE TERAPIA	2,5%	20,0%	47,5%	30,0%	100,0%
		% dentro de experiencia terapeuta	33,3%	1,9%	3,6%	2,3%	2,8%
	% del total	0,1%	0,6%	1,3%	0,8%	2,8%	
Exclusión administrativa	Recuento	0	17	24	27	68	
		% dentro de Modalidad de TÉRMINO DE TERAPIA	0,0%	25,0%	35,3%	39,7%	100,0%
		% dentro de experiencia terapeuta	0,0%	4,1%	4,8%	5,1%	4,7%
	% del total	0,0%	1,2%	1,7%	1,9%	4,7%	
Fracaso terapéutico	Recuento	0	1	3	3	7	
		% dentro de Modalidad de TÉRMINO DE TERAPIA	0,0%	14,3%	42,9%	42,9%	100,0%
		% dentro de experiencia terapeuta	0,0%	0,2%	0,6%	0,6%	0,5%
	% del total	0,0%	0,1%	0,2%	0,2%	0,5%	
Total	Recuento	1	411	498	527	1437	
		% dentro de Modalidad de TÉRMINO DE TERAPIA	0,2%	28,6%	34,5%	36,7%	100,0%
		% dentro de experiencia terapeuta	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Pruebas de chi-cuadrado							
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)				
Chi-cuadrado de Pearson	33,208 ^a	18			,016		
Razón de verosimilitudes	27,414	18			,072		

Figura 56.
**Hipótesis de Término y Experiencia del Terapeuta
Pacientes Consultorios CONPER-ICPSI. Tabla de Contingencia
(N 1483, sig. .000)**

		experiencia terapeuta				Total	
		Pre-práctica	práctica	Magister - post-título	Equipo		
hipótesis de término	Solución de problema	Recuento	0	50	67	59	176
		% dentro de hipótesis de término	0,0%	28,4%	38,1%	33,5%	100,0%
		% dentro de experiencia terapeuta	0,0%	11,5%	13,1%	11,1%	11,9%
		% del total	0,0%	3,4%	4,5%	4,0%	11,9%
Cumplimiento de contrato	Recuento	0	11	13	27	51	
		% dentro de hipótesis de término	0,0%	21,6%	25,5%	52,9%	100,0%
		% dentro de experiencia terapeuta	0,0%	2,5%	2,5%	5,1%	3,4%
		% del total	0,0%	0,7%	0,9%	1,8%	3,4%
No cumplimiento de expectativas	Recuento	1	2	1	0	4	
		% dentro de hipótesis de término	25,0%	50,0%	25,0%	0,0%	100,0%
		% dentro de experiencia terapeuta	20,0%	0,5%	0,2%	0,0%	0,3%
		% del total	0,1%	0,1%	0,1%	0,0%	0,3%
Total	Recuento	5	435	513	530	1483	
		% dentro de hipótesis de término	0,3%	29,3%	34,6%	35,7%	100,0%
		% dentro de experiencia terapeuta	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	0,3%	29,3%	34,6%	35,7%	100,0%
Pruebas de chi-cuadrado							
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)				
Chi-cuadrado de Pearson	128,507 ^a	30			,000		
Razón de verosimilitudes	66,340	30			,000		
Asociación lineal por lineal	2,519	1			,112		
N de casos válidos	1483						

Tipo de Término de las Intervenciones

En referencia *al tipo de término de las intervenciones clínicas* realizadas en nuestros Consultorios a través de los años, hemos registrado estadísticas bastante precisas con respecto a las tasas promedio de egreso, deserción y abandono formal (Fig 57). Siendo *las de deserción inferiores al 30%, y registrándose cumplimiento de expectativas y solución de problemas en la mayoría de los abandonos formales y en muchos de los términos consignados como deserción* (Bagladi, 2005; 2008).

Figura 57.
**Tipo de Término Pacientes Adultos y Año de Atención
Pacientes Consultorios CONPER-ICPSI. Tabla de Porcentajes (N 1579)**

Año	Egreso	Deserción	Abandono formal
1996	27,1	33,6	12,5
1997	26,1	13	34,8
1998	22,7	31,8	27,3
1999	25	25	21,7
2000	20,8	36,1	22,2
2001	19,7	39,9	28,8
2002	22,6	28,3	18,5
2003	31,2	22,3	17,1
2004	20,1	24,3	23,1
2005	10,3	20,6	28
Promedio	22,6	26,8	23,4
% del total	22,9	27,6	21,7

Investigaciones posteriores indican resultados concordantes (Fig. 58 y 59) (Bagladi, 2007; 2008). Estos estudios, con muestras de 1629, 2074 y 2300 pacientes, también han aportado datos interesantes con respecto a la asociación significativa (.000) entre el tipo y las razones de término y entre el tipo de término y el número de sesiones (Fig. 58). Se ha encontrado que el

egreso (término con acuerdo entre terapeuta y paciente) se da mayoritariamente en el rango de 5 a 10 sesiones; en tanto que el mayor porcentaje de *deserciones* (abandono del paciente sin aviso) se registran de la sesión 20 en adelante. Los abandonos con aviso de parte del paciente se registrar en los dos primeros tramos, la derivación a otros centros en el primer tramo, al igual que aquellos términos en que se consigna fracaso terapéutico. Todo lo anterior nos lleva a la *necesidad de prestar atención diferencial a los distintos momentos del proceso psicoterapéutico* (Fig. 58 y 59).

Figura 58. Tipo de término y número sesiones
Pacientes Consultorios CONPER-ICPSI (N 1629 sig. .000), Bagladi, 2007

%	Alta Egreso	Deserción	Abandono formal	Derivación	Exclusión administrativa	Fracaso terapéutico	total
1-4	26,5	11	50	87,5	43,2	38,9	36
5-10	33,8	17,9	29,1	12,5	32,4	26,7	25,3
11-15	16,2	16,3	11		10,8	18,9	14,1
16-20	13,2	15,1	3,2		8,1	4,4	8,3
+20	10,3	39,8	6,7		5,4	11,1	16,4

Figura 59.

Tipo de término
Pacientes Consultorios CONPER-ICPSI (N 2074), Bagladi, 2008

Egreso	23,2 %
Deserción	32,4 %
Abandono formal	25,4 %
Derivación	10,2 %
Fracaso terapéutico	3,1 %
Solo recepción	5,4 %
Exclusión administrativa	0,2 %

Razones de Término

También se hace necesario tener información de las *razones* que conducen a los tipos de términos señalados anteriormente (Fig. 60).

Figura 60.

Deserción y Razones de término
Pacientes Consultorios CONPER-ICPSI (N 2300), Bagladi, 2008

Solución de problemas	20,1 %
Motivos ajenos	24 %
Falta de motivación	20,5 %
No cumplimiento de expectativas	2 %
No cumplimiento de contrato	0,7 %
Disconformidad	2,2 %
Características del Paciente	29,9 %
Responsabilidad del Terapeuta	2,5 %

El considerar las razones de término nos permite tener un escenario bastante más agradable de observar, en cuanto a los “resultados” de las intervenciones realizadas. Es así como Cortés (2004), en un estudio de seguimiento de pacientes de nuestros Consultorios, resalta el que un 84% de los pacientes (independientemente del tipo de término) señala razones “positivas” para el finalizar la terapia (Fig. 61).

Figura 61.

Razones de término según Pacientes
Pacientes Consultorios CONPER-ICPSI (Cortes, 2004)

Razones de Término según Paciente			
Razón de término	Término Positivo	Término Negativo	Otro
Solución problema	84%		
Cumplimiento contrato			
Motivos ajenos			
No cumplimiento MC		18%	
No cumplimiento expectativas			
No cumplimiento contrato			
Disconformidad			
Responsabilidad del terapeuta			26%
Características paciente			
Falta de motivación			

Al revisar la relación *entre las razones de término y el número sesiones*, nos encontramos con que la principal razón del término entre la sesión 1 y 5 corresponde a disconformidad y/o a falta de motivación, seguida por falta de motivación y las características específicas del paciente. Por otra parte, *son particularmente estimulantes los altos porcentajes de solución de problemas y/o cumplimiento de contrato como razón de término en los distintos tramos de sesiones consignadas en el estudio del 2007*. Así como también los *bajos porcentajes de disconformidad* en los términos después de la sesión 10 (Fig. 62).

Figura 62.

Razones de término y Número de Sesiones
Pacientes Consultorios CONPER-ICPSI (N 1629 sig. .000 y .001),
Bagladi, 2007

%	Alta/Egreso	Deserción	Abandono formal	Derivación	Exclusión administrativa	Fracaso terapéutico	total
1-4	26,5	11	50	17,5	43,2	38,9	36
5-10	33,8	17,9	29,1	12,5	32,4	26,7	25,3
11-15	16,2	16,3	11		10,8	18,9	14,1
16-20	13,2	15,1	3,2		8,1	4,4	8,3
>20	10,3	28,8	6,7		5,4	11,1	16,4

Volviendo ahora al estudio actual, se revisó el tipo de término y las razones de término (Fig 63 y 64), encontrándonos con que se mantienen bastante similares los porcentajes de egreso/alta, abandono formal y deserción... con una tendencia hacia la disminución en exclusiones administrativas y fracasos terapéuticos.

Figura 63.

Tipo de término
Pacientes Consultorios CONPER-ICPSI (N 1881, val 1353)

TIPO DE TERMINO		
Egreso/alta	358	26,5 %
Deserción	487	36 %
Abandono formal	428	31,6 %
Exclusión administrativa	72	5,3 %
Fracaso terapéutico	8	0,6 %

Figura 64.

Tipo de Término y Razones de término
Pacientes Consultorios CONPER-ICPSI (N 1881, val 931)

%	Tipo Término	Razones de Término									
		Inicio de Problema	Cumplimiento Contrato	Objetivos Ajuste	Falta de Motivación	No Cumplimiento Mot. Pac.	No Cumplimiento Expectativas	Disconformidad	Características del Paciente	Responsabilidad de Impacto	N
31%	Egreso/Alta	65%	2%	11%	0%	0%	0%	0%	24%	15%	359
27%	Deserción	33%	23%	21%	32%	0%	0%	24%	43%	0%	352
30%	Abandono formal	4%	0%	64%	34%	0%	0%	23%	184%	1%	399
32%	Exclusión administrativa	7%	23%	36%	21%	0%	0%	0%	34%	0%	41
0%	Fracaso Terapéutico	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	15%	25%	4
											351
70%	Sin Respuesta	0%	0%	34%	25%	0%	0%	0%	25%	0%	10
33%	Deserción/Consultas	0%	35%	21%	32%	0%	0%	0%	32%	0%	29
											351

Por otra parte, *en lo referido a las razones de término, los porcentajes de disconformidad son bajos (3,2%)*; en los casos de deserción en un 27,4% de los casos es por razones “positivas”; por ejemplo, cumplimiento de objetivos y/o solución de problemas, en tanto que solo un 20,2% señala razones como disconformidad y/o no cumplimiento de expectativas. En la misma línea, en los casos de término por abandonos formales se constata en un 68,5% de los casos razones “positivas” y solo en un 13% de razones “negativas”. Es así que, de los resultados obtenidos, es posible constatar que en un 81,6% de los procesos terminados (en sus distintas modalidades) las razones de este término son debidas a solución de

problemas, cumplimientos de objetivos, expectativas, etc. Podemos decir que un 81,6% de los casos atendidos en los Consultorios CONPER-ICPSI reportan un "término positivo"... lo cual constituye un dato fundamentado y muy estimulante.

Cambios en los Pacientes a Través del Proceso Psicoterapéutico

En los registros de cierre de los casos tratados, se consigna la ocurrencia de cambios logrados durante el proceso (Fig 65). Es así como observamos cambios en las esferas *cognitiva* (68%), *conductual* (66,7 %) y *afectiva* (66%).

Figura 65.
 % Área de Cambio
 Pacientes Consultorios CONPER-ICPSI (N 1881, val 890)



En cuanto a la *direccionalidad* y *estabilidad* de los cambios señalados (Fig. 66), se plantean como estables y positivos un 36%; positivos pero inestables un 37,3%; en tanto que se estima un 25,8 % de no cambio y un 0,9% de cambios negativos.

Figura 66.
 Direccionalidad y Estabilidad del Cambio
 Pacientes Consultorios CONPER-ICPSI (N 1881, val 890)



Otra mirada a los cambios. Resultados en OQ 45

Los resultados anteriores se condicen muy bien con los resultados que obtuvimos en el 2015 (Bagladi y Bejer, 2015). En los cuales, en una muestra de 1648 pacientes adultos y adolescentes a los que se aplicó el cuestionario sintomático OQ 45, se observa que las escalas se encontrarían por sobre puntajes de corte²⁰ => Indicando que la población consultante a los Consultorios ICPSI presentan altos niveles de sintomatología, malestar y desajustes. Tanto en mujeres como en hombres los puntajes tanto de SD, como de RI y de RS estarían por sobre los puntajes de corte, con una distribución similar (medias y desviaciones). De este modo, nuestra población consultante, independiente del sexo de quien consulta, *presenta un alto malestar...*

²⁰ Los puntajes de corte de las escalas son: SD = 12; RI= 16; RS= 14 y Total = 73

tanto general como en las relaciones interpersonales, y dificultades en el rol que la persona cumple socialmente (Fig67).

Figura 67. Resultados Escalas OQ 45
Pacientes Consultorios CONPER-ICPSI (N 1648) (Bagladi y Bejer, 2015)

	Media	Desv. tp.	Emar. tp. de media	t-student	sig.
Sintoma y malestar subjetivo	63.81	17.653	.435	148.748	0,000
Relaciones interpersonales	20.85	4.719	.116	179.376	0,000
Rol social	15.16	4.493	.111	136.973	0,000
Puntaje total del OQ	99.82	23.553	.580	172.056	0,000

En la misma investigación, al trabajar con una submuestra en la que se comparan los puntajes OQ de ingreso con los obtenidos después de un periodo de terapia, los resultados muestran cambios alentadores (en promedio de 12 sesiones en una submuestra de dos aplicaciones, ingreso y sesión 12,5 con un N=59) (Fig. 68). Como lo señalábamos: “Los resultados obtenidos resultan muy promisorios y relevantes, pues se aprecia una clara direccionalidad de desplazamiento hacia la mejoría... en síntomas, relaciones interpersonales y adecuación social”.

“De este modo, un cambio estadísticamente significativo a nivel sintomático, y a nivel de puntaje total, es más que significativo a nivel clínico... si éste se da a partir de las sesiones 10 en adelante” (Bagladi y Bejer 2015, p.130).

Figura 68.

Resultados Escalas OQ 45 Ingreso / sesión 12,5
Pacientes Consultorios CONPER-ICPSI (N 1648) (Bagladi y Bejer, 2015)

Estadísticas de muestras relacionadas						
		Media	N	Desviación tp.	t	sig.
Síntomas y malestar subjetivo	SD1	64,39	59	20,373		
	SD2	55,73	59	21,119	3,582	0,001
Relaciones interpersonales	RI1	29,54	59	8,705		
	RI2	27,86	59	11,215	1,665	0,101
Rol social	SR1	20,15	59	9,019		
	SR2	19,06	59	7,763	1,268	0,210
Puntaje total	TOTAL1	113,03	59	28,085		
	TOTAL2	102,29	59	33,672	3,096	0,003

Si bien en los resultados obtenidos no todos están dentro de lo estadísticamente significativo, esto no resulta inconsistente con lo esperable clínicamente. Esta fue una comparación sólo entre los puntajes de ingreso a psicoterapia, y una segunda evaluación que se realizó en promedio en la sesión 12,5. No son resultados de término de terapia, sino indicadores de la evolución de procesos en curso. Además, la muestra utilizada no descartó patologías graves, como serían las con síntomas psicóticos, trastornos de personalidad y bipolaridad, entre otras. Y, finalmente, no es menor el que corresponde a una población consultante que presenta altos niveles de sintomatología y de malestar cuando llegan a consultar... como se aprecia en la muestra de ingreso de 1648 sujetos.

Resultados comparativos y evaluación externa....

Con respecto a Investigación de “Resultados” de la Psicoterapia Integrativa, el tema es complejo, y de la mayor relevancia.

Si bien en nuestra institución contamos con una vasta experiencia clínica, la investigación de resultados de la que disponemos a la fecha es aún insuficiente (Bagladi, 2010). Y si bien en la presente investigación no se realizaron comparaciones con otras poblaciones consultantes, a través de los años tenemos algunos estudios que nos parece relevante explicitar en esta recapitulación de 20 años de funcionamiento.

Un primer estudio, que revisaremos, es el realizado por Bejer (2016) con una muestra de pacientes adultos (N=785); se trata de pacientes atendidos entre 2014 y 2016, en los Consultorios dependientes del Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa. Como una forma de ampliar los resultados, la autora realizó una comparación con una muestra de pacientes atendidos en un Consultorio de atención psicológica dependiente de una universidad que forma a futuros psicólogos (N= 167). En este estudio, un aspecto importante a destacar es que en la muestra de los Consultorios CONPER-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 *solo el 4,4% en categoría grave* (esto se relaciona con que la mayoría de los consultorios universitarios cuentan con criterios de exclusión que permiten filtrar ciertos cuadros más complejos).

En este estudio de Bejer (2016), se revisaron los puntajes obtenidos en el cuestionario sintomático OQ-40 al ingreso de la terapia, con una submuestra; y se registraron los puntajes obtenidos en una segunda aplicación después de la sesión 10.

En los resultados obtenidos, se observa que *los consultantes 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*. Dado que el tiempo de proceso psicoterapéutico es muy breve como para producir cambios significativos, en la segunda aplicación se obtuvo una disminución de los puntajes no del todo significativa estadísticamente. Esto indicaría que se habría producido una mejor adaptación al rol social, y habría una mejoría en las relaciones interpersonales. Por otro lado, se puede observar que habría mejoría en las interacciones con otros en las mujeres, no así en los hombres.

En los pacientes de los Consultorios CONPER-ICPSI las escalas que aparecen con cambio serían las de Relaciones Interpersonales y Rol Social. En la muestra del Consultorio Universitario varían la escala Total y la escala SD. Si bien no es posible generalizar los resultados encontrados, 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*. Las diferencias íter centro pueden deberse a las características de los pacientes, y a la complejidad de las atenciones que requieren... dado que habría diferencias en cuanto al nivel de gravedad de síntomas y nivel de adaptación al medio. Aunque en ambos Consultorios la gran mayoría de los pacientes se ubican en la categoría moderado, en la muestra CONPER-ICPSI existe un porcentaje mayor de pacientes con categoría "grave"; esto, en comparación con el otro Consultorio. Esto mismo puede influir en que la variación a nivel sintomático no sea tan significativa en la muestra CONPER-ICPSI.

Un estudio que resulta particularmente alentador es el de Calderón (2001). Este estudio nos muestra, en términos generales, un panorama positivo de los resultados de la Psicoterapia Integrativa aplicada por terapeutas en formación... a pacientes adultos con trastornos de personalidad atendidos en los Consultorios CONPER-ICPSI (Fig.69). En este estudio, los resultados terapéuticos obtenidos por la Psicoterapia Integrativa aparecen como discretos, ya que hay pacientes que obtienen índices de recuperación; no obstante, *la mayoría se ubican al nivel de la mejoría*. Encontrándose, además, que los resultados en las escalas FECI revelan un patrón complejo de cambio, coherente con la propuesta terapéutica del EIS en trastornos de personalidad.

Figura 69.

**Psicoterapia Integrativa EIS en Tr. de Personalidad
Pacientes Consultorios CONPER-ICPSI (Calderón,2001)**



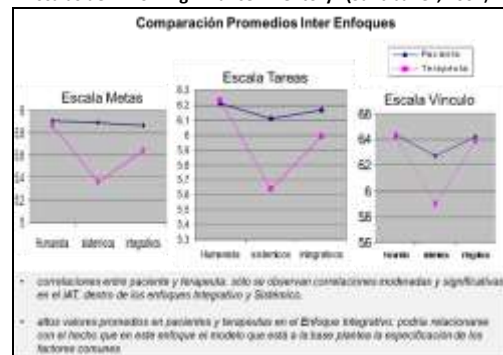
En lo referido a los “procesos” de cambio, el estudio realizado por Altman (2007) con el método CCRT (un instrumento que permite conocer las temáticas o conflictivas centrales de los pacientes en sus relaciones interpersonales), también nos aporta datos alentadores. Al evaluar la evolución del patrón relacional central del paciente, a lo largo del proceso terapéutico, Altman constató que la *Psicoterapia Integrativa resulta promisorio en su capacidad para evaluar y tratar los*

patrones relacionales centrales de los pacientes (Bagladi, 2010).

Otro estudio alentador, fue el realizado por Patricia Santibáñez (2001), una investigadora externa a nuestra institución. El estudio implicó la traducción, adaptación y examen de las propiedades psicométricas del “Working Alliance Inventory”, instrumento desarrollado por Horvath y Greenberg para evaluar *alianza terapéutica* a través de escalas de *vínculo, tareas, metas y alianza global*. Este estudio, trabajó con una muestra de pacientes en psicoterapia... y con terapeutas de las zonas norte, centro y sur de nuestro país; pertenecientes a los enfoques Humanista, Sistémico y del EIS. Al comprobar la validez y confiabilidad del inventario, *fue posible estimar la calidad de la alianza terapéutica lograda a través de la Psicoterapia Integrativa del EIS, siendo estos resultados altamente alentadores* (Fig. 70). La autora señaló que los altos valores promedio en pacientes y terapeutas en el Enfoque Integrativo, podrían relacionarse con el hecho que éste plantea la especificación de los factores comunes (Santibáñez, 2001).

Figura 70.

**Resultados Inter-enfoque en Alianza terapéutica
Escala del “Working Alliance Inventory” (Santibáñez, 2001)**



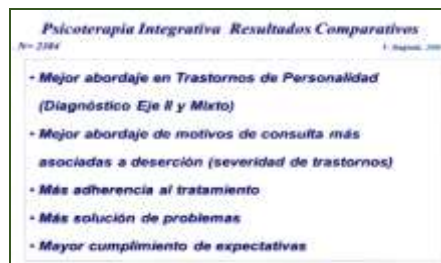
Otra investigación que nos entrega información relevante es la realizada por Bagladi (2003), sobre Variables Inespecíficas y Psicoterapia Integrativa; la cual consideró una muestra de pacientes de consulta privada y de Consultorios institucionales. En este estudio se comparó pacientes de los Consultorios CONPER-ICPSI con pacientes de un Consultorio universitario análogo, equivalente en tipo de pacientes y en tipo de intervenciones realizadas; con la única diferencia que *el otro Consultorio realizaba psicoterapia desde distintas orientaciones teórico-prácticas, con excepción de la Psicoterapia Integrativa.* En esta investigación “... la Psicoterapia Integrativa aparece como muy promisoría a la luz de los datos obtenidos; por cuanto pareciera operar tanto en consulta pública como privada, en diferentes niveles socioeconómicos, en diferentes niveles de escolaridad e instrucción, y en diferentes problemáticas de consulta” (Bagladi, 2003, p 187). Más específicamente, en esta investigación *se encontraron resultados que permiten apoyar el planteamiento del aporte de un Modelo Integrativo Supraparadigmático y de la Psicoterapia Integrativa EIS, en el manejo clínico de las variables inespecíficas.*

Al comparar los resultados con lo ocurrido en este otro prestigioso Consultorio abierto a la comunidad (Fig. 71), las conclusiones fueron que, al considerar en conjunto tanto la consulta privada como el Consultorio público, encontramos para la Psicoterapia Integrativa EIS más egresos en problemáticas clínicas de diagnóstico del Eje I y mixto, y más egresos en los pacientes que presentan expectativas de orientación para actuar. La psicoterapia integrativa mostró más abandonos formales y deserciones con

solución de problemas. Mostró deserción y abandonos formales más frecuentemente después de la sesión 11, y un egreso más frecuente después de la sesión 15. Así, también, pareciera ser que la Psicoterapia Integrativa permitiría contar con un mejor abordaje de problemáticas de diagnóstico en el Eje II y mixto, y de motivos de consulta más asociados a deserción (mayor severidad en los trastornos). *“La psicoterapia integrativa también parece entregar herramientas para favorecer una mayor adherencia al tratamiento, una mayor solución de problemas y un mayor cumplimiento de expectativas”* (Bagladi, 2003, p 182).

Figura 71.

Psicoterapia Integrativa EIS Resultados Comparativos
N 2384 (Bagladi, 2003)



La investigación anterior resulta alentadora por la envergadura de la muestra estudiada (N= 2384), por la sistematización de las variables y por los datos clínicos estudiados; adicionalmente, por el aporte de este trabajo en la descripción y conocimiento de los pacientes que desertan de la psicoterapia, y de los pacientes que finalizan sus procesos. Pero también se estuvo consciente de las limitaciones de este estudio: falta de datos desde la propia fuente de los pacientes, y de datos de seguimiento; lo que sugirió realizar un estudio donde se cotejaran las hipótesis de términos planteadas por el terapeuta, con las referidas por el paciente.

Este estudio de seguimiento fue realizado por Cortés (2006), con una muestra representativa de la muestra utilizada por la investigación inicial; y, en este estudio, fue posible contactar a pacientes que habían terminado su asistencia a psicoterapia; en algunos casos, se trataba de seguimientos que iban más allá de los tres años post-tratamiento. Los resultados obtenidos fueron altamente consistentes con los reportados en la primera investigación; con lo cual los datos de la investigación de Bagladi (2003) ven reforzado su valor. De hecho, en sus conclusiones se señala que los resultados sugieren un alto grado de efectividad de la Psicoterapia Integrativa (razones de término dadas por los pacientes, tendencia al polo de los finalizadores de terapia, adecuado abordaje clínico de variables inespecíficas). Adicionalmente, al dividir las razones del término entre las positivas y las negativas, los pacientes contactados refirieron, en su gran mayoría, que el término de su asistencia a terapia fue positivo (Fig. 72). El término se había debido muy frecuentemente a solución de problemas, a cumplimiento del contrato terapéutico o a razones ajenas (cambio de residencia, problemas de trabajo, problemas financieros, etc.).

Figura 72.
Razones de Término según Pacientes (Cortés, 2006)

Razón de término	Término Positivo	Término Negativo	Otro
Solución problema Cumplimiento contrato Motivos ajenos	84%		
No cumplimiento MC No cumplimiento expectativas No cumplimiento contrato Disconformidad		18%	
Responsabilidad del terapeuta Características paciente Falta de motivación			26%

Nota: los datos no suman 100, pues cada paciente puede dar más de una razón de término.

Los datos anteriores, resultan además altamente consistentes con los encontrados en el presente estudio. Dado que hemos concluido aquí que *un 81,6% de los casos atendidos en los Consultorios CONPER-ICPSI reportan un "término positivo"*.

Reflexiones Finales

Cuando se me solicitó informar sobre el estado del arte de la psicoterapia en nuestro país señalaba, en el año 2007, que las necesidades de la psicología clínica en nuestro país eran esencialmente tres: *Primero...* perfilar las necesidades específicas de nuestra población. *Segundo...* diseñar modelos teóricos, programas y técnicas de intervención, acordes a tales necesidades; y, *Tercero...* evaluar los resultados y la efectividad de los programas y técnicas ofrecidas a la población consultante (Bagladi, 2007).

A 10 años de estos planteamientos, y con la revisión de los resultados de la presente investigación, es posible señalar que, con respecto al desafío de perfilar *las necesidades de nuestra población*, la muestra consultante a los Consultorios CONPER-ICPSI, acude a consultar con:

- Malestar, Problemática, Sintomatología y Diagnóstico Significativos
- Nuevas Problemáticas y Desafíos Psicosociales emergentes.
- Necesidad de Respuestas Concretas, Efectivas, Multidimensionales, Idiosincrásicas y Personalizadas => "a la medida".

- El tiempo destinado/disponible para la intervención es menor que el que esperamos.
- Necesidad de trabajo coordinado intersectorial e interdisciplinario.
- La población consultante no solo busca alivio y/o mejoría... BUSCA BIENESTAR.

En cuanto al *segundo desafío*, nuestro Instituto basa todo su quehacer en el Modelo Integrativo Supraparadigmático (Fig. 73) y en la Psicoterapia Integrativa EIS (Fig. 74) derivada del mismo.

Figura 73. Supraparadigma Integrativo



Figura 74. Pirámide de la Psicoterapia Integrativa EIS



Como es sabido el *Supraparadigma Integrativo* nos ofrece un marco completo, profundo y dinámico, para comprender las problemáticas y demandas de nuestros consultantes. El dinamismo de nuestro enfoque, originado en la constante demanda de búsqueda de *conocimiento valido* y de aporte a nuestros pacientes, nos ha obligado, a lo largo de los años a investigar y a desarrollar propuestas teórico prácticas diversas... y de gran aporte en la atención de nuestra población consultante. Dentro de ellas, podemos señalar que la consolidación del Enfoque Integrativo Supraparadigmático (EIS), el cual involucra al Supraparadigma Integrativo y a la Psicoterapia Integrativa EIS, constituye una propuesta teórico-práctica atingente a las demandas que nos presenta nuestra población consultante.

Instancias como el *Psicodiagnóstico Integral*, las *Fichas de Evaluación Clínica Integral (FECI)*. Propuestas como las *Funciones del Self*, el concepto de *Self Diádico* y otros conceptos movilizados, el concepto de *Manipulación Intrafamiliar (MIF)*, las conceptualizaciones del *Cambio en Trastornos de Personalidad*; las propuestas de intervención como el *Protocolo de Terapia Revinculatoria*, los *Talleres de Habilidades Parentales*, la *Psicoterapia Integrativa EIS en Pareja*, las propuestas de desarrollo del *Apego Seguro desde el EIS...* junto con herramientas clínicas como la *Biblioterapia para el Desarrollo Asertivo*, entre otros, son formas concretas de enfrentar el desafío correspondiente al diseño de modelos teóricos, programas y técnicas de intervención apropiadas a las necesidades de nuestra población.

En cuanto al desafío de evaluar los resultados y efectividad de los programas y

técnicas ofrecidas a la población consultante, en ese estudio nos es muy grato constatar, *primeramente*, que hemos ido adquiriendo sostenidamente **Validación desde la experiencia**. Así lo demuestran nuestra alta tasa de consulta, la derivación y consulta desde instituciones públicas y privadas, y el reporte de terapeutas y de los profesionales involucrados. En *segundo* lugar, vamos contando con el **Respaldo mantenido de datos estadísticos** (cualitativos y cuantitativos). Y, en *tercer* término, sería factible pensar que nuestros consultantes presentan, frente a nuestros Consultorios, una suerte de **“Preferencia con conocimiento de causa**. Esto, atendiendo a los datos sobre Adherencia, Comportamiento Sintomatológico, Tipo y Razones de Término, Tipo y Áreas de Cambio.

Todo lo antes expuesto permite volver a señalar, al igual que en el 2010, que “el reporte de nuestros pacientes, el tipo de término, la alta tasa de consulta, el gran número de pacientes que llega a consultar por sugerencia de ex pacientes, y el nivel de satisfacción de los terapeutas formados en nuestro Instituto... nos llena de satisfacción.

Especial satisfacción y aliento deriva del relato de diferentes equipos de trabajo, acerca del aporte que les ha significado el conocimiento y la aplicación del EIS. Son los terapeutas quienes dicen “haber enriquecido su efectividad profesional, frente a las demandas que se les presentan en las más diversas realidades de aplicación de la psicología clínica” (Bagladi 2010, p. 172).

Algunas Conclusiones

Los desafíos para la psicoterapia en nuestro país son importantes. La consulta privada es costosa, y las compañías de seguros y similares no ayudan demasiado en estos temas. Por ello los psicólogos clínicos se han visto obligados a desarrollar estrategias de intervención acordes con las necesidades contingentes de la población (Opazo y Bagladi, 2008).

A través de la generación y aplicación de la ciencia psicológica, los psicólogos clínicos buscan mejorar el funcionamiento mental y el bienestar de los individuos. La aplicación humanizada del conocimiento científico existente, y la generación de información nueva relevante, ayuda a expandir el campo de la psicología para dar mejores respuestas las necesidades de la gente (Bagladi, 2009).

Al revisar la información (clínica, demográfica y estadística) obtenida a través de la atención e investigación que hemos desarrollado a lo largo de estos años, surgen las siguientes líneas de conclusión:

- Existe la **necesidad** de la Psicoterapia y de la Psicología Clínica
- La Psicoterapia **“bien hecha”** aporta
- Necesitamos **escuchar** a nuestros pacientes
- Necesitamos **formar** responsablemente a nuestros psicoterapeutas
- Necesitamos **sistematizar** lo que hacemos
- Necesitamos **investigar**

- Las miradas reduccionistas ya “no bastan”
- La **mirada integrativa** es una “necesidad/respuesta”... prometedora

Si bien – como lo he señalado en el Newsletter International Federation for Psychotherapy - en la actualidad los psicoterapeutas chilenos han ayudado a la calidad de vida de nuestra gente; son validados y respetados socialmente, han mejorado su formación y poseen una profunda ética y conciencia de la importancia y del poder de su trabajo profesional (Bagladi, 2014). Pero *todo parece indicar que es importante ampliar la mirada, ir distinguiendo el conocimiento válido del que no lo es, ir integrando lo válido para luego aplicarlo clínicamente... ir revisando rigurosamente qué aparece como mejor que qué...*

La investigación de resultados en psicoterapia no solo se ha visto restringida por el “allegiance effect”, o por los planteamientos “reduccionistas”. También se ha visto restringida por el alto costo económico que involucra el investigar en estas temáticas. Los resultados aquí presentados... han procurado “mantener a raya” el “allegiance effect”. Y, por la teoría integrativa que fundamenta nuestro accionar, “mantenemos a raya” también posibles “reduccionismos”. En cuanto a la temática de los “costos”, hemos logrado obviar sustancialmente este tema por la vía de utilizar grandes muestras, evaluadas a través de largos años. Es probable que todo esto... contribuya a aportar validez a lo comunicado a través del presente estudio.

Referencias Bibliográficas

- American Psychiatric Association (2000).** Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., Text Revision). Washington, DC.
- American Psychiatric Association (2013).** Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., Text Revision). Washington, DC.
- Almonacid, V. (2005)** *Relación de la Satisfacción Marital con las variables de las escalas cuantitativas de la Ficha de Evaluación Clínica Integral (FECI)*. Tesis Magíster UAI-ICPSI, Santiago, Chile.
- Bagladi, V. (2002).** “Psychotherapy in Chile”. En *Globalizad Psychotherapy*. Alfred Pritz (Ed.). Facultas Universitätsverlag, Austria.
- Bagladi, V. (2003)** *“Variables Inespecíficos en Psicoterapia y Psicoterapia Integrativa”*. Tesis Doctorado, USL. Argentina.
- Bagladi, V. (2004).** Simposio “Investigación en Psicoterapia”. *Congreso de la Federación Latinoamericana de Psicoterapia dependiente del World Council for Psychotherapy*. Porto Alegre, Brasil.
- Bagladi, V. (2005).** Simposio “From Cognition to Integration: Clinical Consequences”. *V Congreso Internacional de Terapias Cognitivas*. Göteborg, Suecia.
- Bagladi, V. (2006)** Simposio: Formación y entrenamiento de psicoterapeutas integrativos. Simposio: Supervisión en la formación de psicoterapeutas. Simposio: Acercamiento entre modelos integrativos latinoamericanos. *Primer Encuentro Latinoamericano de Psicoterapias Integrativas. Primer Encuentro Ecuatoriano de Integración en Psicoterapia*. Quito, Ecuador, Septiembre.
- Bagladi, V. (2007).** Conferencia: Psicoterapia Integrativa: Aplicaciones Clínicas. *II Congreso*

Internacional de Psicología Clínica. Santa Cruz, Bolivia, Octubre.

Bagladi, V. (2008) "Psicoterapia Integrativa" Apuntes docentes. *Magíster Psicoterapia Integrativa*. UAI-ICPSI. Santiago, Chile.

Bagladi, V. (2009) "Una aproximación clínica al bienestar humano" capítulo 6 del libro "*Psicología para la Vida*", J.C. Sáez. Editor. Santiago, Chile.

Bagladi, V. (2010) Conferencia: "La Psicoterapia Integrativa del E.I.S. (Enfoque integrativo Supraparadigmático): Aplicación en Problemas de Pareja". *Congreso Internacional de Psiquiatría Clínica y Psicofarmacología y Tercer Congreso Argentino de Adolescencia, Salud Mental y trastornos Adictivos*. Mendoza, Argentina.

Bagladi, V. (2010), Investigación en el Enfoque Integrativo Supraparadigmático, (E. I. S.). *Rev.AcPI Vol. II*, 143 – 177.

Bagladi, V. (2013). Enfoque Integrativo Supraparadigmático y Psicoterapia de Pareja. Material presentando en clases del Magister en Psicoterapia Integrativa en el Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa, Santiago, Chile.

Bagladi, V. (2014) The psychotherapeutic profession in Chile. IFP Newsletter, International Federation for Psychotherapy, N.1:14, 6-12, <http://www.ifp.name/newsletter.htm>

Bagladi, V. y Bejer, T. (2015), Desafíos y Respuestas al Tratamiento de Consultantes en Salud Mental: Un estudio preliminar de resultados en Psicoterapia Integrativa EIS. *AcPI Actualizaciones en Psicoterapia Integrativa Vol. VII*, pp 123-132.

Bejer, T. (2016). ¿Quiénes son nuestros pacientes? Desafíos para la Psicoterapia Integrativa. *AcPI Actualizaciones en Psicoterapia Integrativa Vol. VIII*, pp 8-27.

Bejer, T. (2004) "Confiabilidad y Validez de Constructo Escala de la Ficha de Evaluación Clínica Integral (FECl): Autoimagen, Satisfacción Matrimonial de Necesidades, Tolerancia a la Frustración y Perfeccionismo". Tesis Magíster UAI-ICPSI, Santiago, Chile.

Calderón, C. (2001) "Psicoterapia Integrativa en el tratamiento de trastornos de personalidad Estudio descriptivo de resultados terapéuticos". Tesis Magíster PUC, Santiago, Chile.

Cortés, M. (2006) "Psicoterapia Integrativa y variables inespecíficas combinadas asociadas al tipo de término del proceso terapéutico". Tesis Magíster UAI-ICPSI, Santiago, Chile.

Lambert M, Hansen N, Umpruss V, Lunnen K, Okiiski J, Burlingame G. (1996) *Administration and Scoring Manual for the OQ45-2*. American Professional Credentialing Services LLC. USA.

Lambert, M. y Ogles, B. (2004) "The efficacy and effectiveness of psychotherapy" En: M. Lambert (ed) *Handbook of psychotherapy and behavior change*. John Wiley and Sons Inc.

Luborsky, L. (1996). Allegiance effect. Citado por Horgan J. Why Freud isn't dead. *Scientific American*. December.

Opazo, R. (2017). *Psicoterapia Integrativa EIS: Profundizando la Comprensión, Potenciando el Cambio*. Andros Ltda., Santiago, Chile.

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

Opazo, R. y Bagladi, V. (2001). Conferencia "Psicoterapia Integrativa en Trastornos de Personalidad". *I Congreso de la Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología*. Valencia, España.

Opazo, R. and Bagladi, V. (2008). Integrative Psychotherapy: From Chile with Love. *Journal of Psychotherapy Integration*, Vol. 18, No. 1, 126–135

Opazo R. y Bagladi V. (2011) Historia del modelo integrativo en Chile. Notas Históricas de la psicología en Chile. Santiago, Chile: Editorial Universitaria. pp. 261-283.

Opazo, R y Bejer, T. (2002). "Satisfacción de Pareja; un estudio de los factores asociados". En: Opazo, R.: Conferencia: Pareja. *Familia Unida*, Club Manquehue, Santiago, Chile.

Opazo, R. y Bejer, T. (2017). Investigación orientaciones vitales en muestra clínica: pacientes del Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa. *Rev. AcPI*, 148-158.

Palma-Rojo, N. y Robles, D. (2014), Estudio exploratorio de demandas de atención a usuarios derivados por Tribunales de Familia al Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa. *Rev. AcPI*, Vol 5, 137 – 147.

Santibañez, P. (2001). *La Alianza Terapéutica en Psicoterapia: Traducción, adaptación y exámen inicial de las propiedades del Working Alliance Inventotry en Chile.* Tesis Magister PUC. Santiago, Chile.

Schmidt, M.I. (2005), Trabajo Libre Psicoterapia Integrativa en población infanto-juvenil. *IV Congreso Mundial de Psicoterapia.* Bs As, Argentina. Agosto.

Comentario de Libros

Psicoterapia Integrativa EIS: Profundizando la Comprensión, Potenciando el Cambio.

Roberto Opazo Castro

Andros Ltda., Santiago, Chile, Noviembre, 2017.

Prologo

John C. Norcross, Ph.D., ABPP

La integración en psicoterapia se ha venido transformando en un movimiento internacional renovador, el cual promete aportar caminos menos estrechos y más efectivos a la práctica clínica. El seguir un modelo de integración sistemático, y basado en las evidencias, genera mejores resultados para nuestros clientes, y mejores habilidades para nosotros mismos – los psicoterapeutas. Estos son tiempos excitantes para la integración clínica a través del mundo.

He disfrutado de los enormes privilegios (y he tolerado los dolores lumbares) asociados con viajes a diferentes centros de integración en psicoterapia alrededor del mundo. Uno de los más impresionantes centros integrativos que he visitado ha sido el Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa (ICPSI), ubicado en Chile, a los pies de los magníficos Andes. Y la principal voz de la integración en Chile ha sido el líder y fundador del ICPSI, el Doctor Roberto Opazo Castro. Mi librero, en mi escritorio, exhibe con orgullo la insignia que el Instituto me entregó luego de haber conducido diversos talleres allí.

Roberto es una figura muy reconocida y admirada en la integración en psicoterapia, y en la Sociedad para la Exploración de la Integración en Psicoterapia (SEPI). Ahora, nos presenta su “obra magna”, producto de una docena de años de investigación, estudios y sacrificio. La conclusión predominante que extraemos de la primera sección del libro - que la psicoterapia integrativa constituye una exigencia de los tiempos – aporta un trasfondo imponente para las secciones siguientes. Es así que la “Psicoterapia Integrativa EIS” logra, como es sugerido en el subtítulo del libro, profundizar la comprensión humana y potenciar el cambio psicológico. Enraizados en una teoría integrativa inclusiva, e ilustrados por más de cien ejemplos clínicos, el psicodiagnóstico integrativo y el

Supraparadigma Integrativo que se aportan en el libro, involucran contribuciones significativas en el proceso de cambio.

Diferentes aspectos de este notable trabajo exigen de un especial reconocimiento. El libro incluye más de 3000 referencias bibliográficas, y está nutrido por cientos de resultados provenientes de estudios de investigación ¿Quién entre nosotros – además de Roberto – ha siquiera leído 3000 estudios? El libro cosecha los frutos de la investigación y constantemente promueve la influencia recíproca entre la investigación y la práctica clínica. La teoría integrativa propuesta emerge desde la investigación, para luego guiar la nueva investigación, en un perpetuo círculo virtuoso. Roberto evita cuidadosamente los reduccionismos; humaniza el proceso de cambio conductual y captura la complejidad de la condición humana en su Supraparadigma. De una manera impresionante, logra tejer un todo armónico en medio de sistemas de psicoterapia en competencia. Una frase que vino con frecuencia a mi mente al leer este libro fue “más allá de categoría”- una notable forma de alabanza que Duke Ellington otorgaba a aquellos artistas que trascendían las ataduras teóricas habituales.

Para escribir este comentario he dispuesto de material significativo del libro traducido al inglés. A lo que quisiera agregar que uno de mis arrepentimientos existenciales es que nunca aprendí el español, idioma en el cual este libro aparece por primera vez. Este es un fracaso mutuo tanto mío como del sistema educativo de los Estados Unidos, famoso por no producir graduados políglotas. Recuerdo dolorosamente esto, en la medida que trato de digerir la totalidad de este volumen con mis tan limitadas habilidades en español. Estoy cierto que mis comentarios habrían sido más detallados e incluso más elogiosos si hubiera aprendido el idioma original.

Ambicioso en su mirada, con autoridad en sus logros, y anclado en la práctica, la “Psicoterapia Integrativa EIS” es una gema brillante. Disfrútenla y absorban su brillo. Y únense a mí en felicitar al Dr. Roberto Opazo Castro por extraer y pulir esta joya de la integración.

John C. Norcross, Ph.D., ABPP
Distinguished Professor of Psychology
University of Scranton, Scranton, PA 18510-4596
Voice: [570-941-7638](tel:570-941-7638) Fax: [570-941-2463](tel:570-941-2463)
Email: norcross@scranton.edu
Home: www.scranton.edu/faculty/norcross/
Visit: www.ChangeologyBook.com

