

LA IDENTIDAD Y EFECTOS EN LA ORIENTACIÓN SEXUAL: ESTUDIO DE CASO ÚNICO DESDE LA TERAPIA COGNITIVO POSRACIONALISTA EN UN JOVEN CON TRASTORNO DE LA PREFERENCIA SEXUAL.

*Fabiola Andrea Espitia Rada

**Carolina Blair-Gómez

*Psicóloga, Magister en psicología clínica de la Universidad de San Buenaventura.

**Psicóloga, Magister en psicología clínica Washburn University

IDENTITY AND EFFECTS ON SEXUAL ORIENTATION: POST- RATIONALIST COGNITIVE THERAPY IN A YOUNG MAN WITH SEXUAL PREFERENCE DISORDER.

*Fabiola Andrea Espitia Rada

**Carolina Blair-Gómez

*Psicóloga, Magister en psicología clínica de la Universidad de San Buenaventura.

**Psicóloga, Magister en psicología clínica Washburn University

AFILIACIÓN INSTITUCIONAL (CORRESPONDENCIA)

La correspondencia relativa a este artículo debe dirigirse a fabiespitia@gmail.com.

Para citar este artículo: Espitia, F.(2021).

Agradecimientos:

Dedico este artículo a aquellos que me permitieron descubrir que después de la muerte hay vida y esa vida es el recuerdo que dejan en mí. Eduardo y Ligia.

La identidad y efectos en la orientación sexual: estudio de caso único desde la terapia cognitivo posracionalista en un joven con trastorno de la preferencia sexual.

Resumen

Este artículo muestra una intervención de un caso en un paciente con diagnóstico de trastorno de la preferencia sexual a través de la terapia cognitiva posracionalista. En el artículo se realiza una identificación de los conceptos de Organizaciones de Significado Personal, los tipos de identidad y los estilos de personalidad; se utilizan fragmentos de sesión para realizar análisis de discurso, mostrando los focos problemáticos en el paciente y el proceso de cambio asumido a través de la terapia. La intervención se desarrolló en 22 sesiones de tratamiento y las técnicas principales fueron la técnica de la Moviola, la autobiografía y el diálogo socrático. Las técnicas narrativas fueron fundamentales para facilitar en el paciente el establecimiento de un sentido más coherente de sí mismo, asumiendo y aceptando su orientación homosexual, resultando en la disminución notoria de la frecuencia y malestar asociado a los pensamientos pedófilos. La terapia cognitiva posracionalista se mostró eficaz en la reconstrucción del sentido personal del paciente.

Palabras clave: Preferencia sexual, deseo sexual, identidad, terapia cognitiva posracionalista.

Identity and effects on sexual orientation: a unique case study from post-rationalist cognitive therapy in a young man with sexual preference disorder.

Abstract

This article shows a case intervention in a patient diagnosed with sexual preference disorder through post-rationalist cognitive therapy. The article delivers an identification of the concepts of Organizations of Personal Meaning, identity types and personality styles; fragments of the session are used to carry out discourse analysis, showing the problematic foci in the patient and the process of change observed throughout the therapeutic process. Intervention was carried out in 22 treatment sessions and the main techniques were the Moviola technique, autobiography and Socratic dialogue. These narrative techniques were fundamental to facilitate in the establishment of a more coherent sense of self, assuming and accepting his homosexual orientation, resulting in a notorious decrease in the frequency and discomfort associated with pedophilic thoughts.

Key words: Sexual preference, sexual desire, identity, cognitive posrationalist therapy.

La identidad y efectos en la orientación sexual: estudio de caso único desde la terapia cognitivo posracionalista en un joven con trastorno de la preferencia sexual.

INTRODUCCIÓN

El trastorno de la preferencia sexual es reconocido desde 1886 cuando un psiquiatra alemán llamado Richard Von Krafft Ebing (1886), en su libro *Psicopatías sexuales* describe diferentes modelos psicopatológicos relacionados con diferentes preferencias sexuales, de los cuales, uno de los principales era el deseo dirigido hacia los niños; además explica las posibilidades terapéuticas al momento de estudiar las tendencias sexuales y la manera en que se puede equilibrar el deseo sexual. En la actualidad estas patologías son consideradas como parafilias con curso crónico, que se definen por la presencia de necesidades sexuales intensas y recurrentes, fantasías que producen excitación y que comprenden alguna forma de actividad sexual con un niño; las edades en las que se enfoca el deseo sexual son generalmente de 13 años o menos. Estos pensamientos deben estar presentes por lo menos durante un período de 6 meses, deben producir malestar o deterioro en diferentes áreas de la actividad de la persona, y quien la padece debe tener al menos 16 años, así como ser al menos cinco años mayor que el niño o niños deseados (American Psychiatric Association, 2014).

En las investigaciones realizadas por Maletzky y Steinhauer, (2002) citado en Herrera y Negrodo (2016), se identifica una prevalencia para el diagnóstico de pedofilia en muestras de abusadores de niños de aproximadamente el 50%, es decir que la mitad de las personas que han abusado sexualmente de un menor tienen un trastorno de la preferencia sexual. También dentro de las características de las personas que tienen este trastorno se encuentra el acceso a pornografía infantil con un porcentaje del 60% (Seto, Cantor & Blanchard, 2006 citado en Herrero & Negrodo, 2016), como una forma de satisfacción de su deseo sexual, lo cual indica que la mayoría de las personas no desean un contacto directo con el menor, sino observar o dirigir comportamientos.

Los comportamientos y pensamientos que se desarrollan a causa del trastorno de la preferencia sexual generan gran alarma social, por eso se presenta mucho control frente a las políticas infantiles para la protección de los menores, ya que es constituido como una forma de maltrato infantil y provoca afección en la salud mental, no solo del paciente sino en su contexto (Pereda, 2009). Este trastorno genera controversia debido a que es objeto de atención clínica con características emocionales, cognitivas y sociales para la persona que lo padece y para los niños que pueden ser víctimas. Muchas de las investigaciones que se realizan son en torno a tres dimensiones que son la estructural-neurológica, la cognitivo-emocional y los estímulos afectivos que pueden ser desencadenantes de los deseos sexuales desadaptados. Es decir, que las investigaciones son en torno a cómo se estructura el cerebro de una persona con un trastorno de la preferencia sexual, qué piensa y qué siente, y finalmente cómo controlan sus impulsos (Charlton, 1997).

Aunque en la actualidad no se conocen con exactitud los mecanismos neurobiológicos relacionados con la conducta sexual parafilica, diversos factores etiológicos han sido vinculados con este trastorno psiquiátrico. Los avances actuales de las neurociencias han permitido identificar alteraciones en áreas cerebrales que desempeñan un importante rol en los aspectos cognitivos del deseo sexual y la inhibición conductual, en las cuales se identifica que existe un efecto negativo a partir de los eventos adversos que puede suceder durante el desarrollo prenatal o la primera infancia; esto señala que se trata de un fenómeno complejo y multifactorial donde influye la genética, los eventos estresantes de la vida, los procesos específicos de aprendizaje, así como las perturbaciones en la integridad estructural del cerebro de una persona con el trastorno; esto podría generar un fenotipo específico de preferencia sexual. Según Tenbergen et al. (2015), las primeras teorías que trataban de explicar el origen de este deseo sexual iniciaban estableciendo que el niño que era abusado sexualmente, en la etapa adulta sería un abusador infantil también. Sin embargo, los nuevos hallazgos biológicos proponen diversos factores que podrían estar involucrados en el origen de la pedofilia, como las activaciones de la corteza prefrontal y orbitofrontal, encargadas de inhibir distintos impulsos incluyendo el sexual, lo que explicaría cómo ciertas estructuras cerebrales como el lóbulo temporal pueden estar vinculados con la hipersexualidad.

Por otra parte, existe una propuesta en la cual se expone que las alteraciones en el deseo sexual pueden generarse como respuesta a la estructuración de la identidad, por lo cual se define como una composición de estructuras biológicas que cuentan con funciones evolutivas que reconocen su construcción y organización frente a las necesidades de estabilidad y adaptación según el contexto vincular y social de un individuo (Sánchez Vera, 2013). Teniendo en cuenta los aspectos anteriores y la experiencia del individuo se logra identificar que también hacen parte de la identidad, las interacciones, los significados, la socialización primaria y representaciones culturales, debido a que la identidad se construye de manera biopsicosocial y se tiene en cuenta todos los aspectos del desarrollo del ser humano (Vera Noriega & Valenzuela Medina, 2012).

Con respecto al tratamiento, algunos estudios (Klapilová et al., 2019) referencian que en general, el tratamiento de los sujetos con crímenes sexuales o *intereses sexuales problemáticos* en diferentes países, se realiza desde la terapia cognitivo conductual, aunque en algunos casos desde la terapia psicodinámica. Estos autores reportan que los sujetos con crímenes sexuales son atendidos en programas del estado (o referidos por el estado), mientras que los sujetos que no han tenido crímenes sexuales pero presentan intereses sexuales problemáticos son atendidos en clínicas especializadas bajo modalidades más preventivas. Becerra-García (2011) demuestra, tras hacer una búsqueda documental, que el tratamiento para este trastorno es en general de dos tipos, médico-psiquiátrico y psicológico. En el tratamiento médico-psiquiátrico se intenta que, por medio de agentes hormonales, tratamientos con antidepresivos y con otro tipo de psicofármacos se inhiban los pensamientos y fantasías sexuales y se disminuya la conducta sexual. En la revisión documental de este autor, el tratamiento psicológico más comúnmente utilizado es el cognitivo conductual multicomponente, que incluyan técnicas de educación sexual, reestructuración cognitiva y entrenamiento en asertividad y habilidades sociales, y técnicas conductuales aversivas. Otros estudios (Jiménez Díaz, 2016) muestran resultados positivos en un caso de pedofilia por medio de la Terapia de

Aceptación y Compromiso (ACT), siendo el estudio más similar a este. Ningún estudio conocido hasta el momento trata el trastorno de la preferencia sexual desde la psicoterapia cognitivo posracionalista.

La psicología cognitiva posracionalista es una corriente de la psicología que fue fundada por Vittorio Guidano en 1987. Esta corriente se estableció a partir de postulados sobre la transformación de la psicología cognitiva de lo racional a lo afectivo; por medio de esta se puede estudiar la construcción de la identidad y además entender el desarrollo psicoafectivo humano gracias a la teoría del apego. La teoría posracionalista entiende el proceso afectivo como núcleo principal del ser humano, por lo cual la calidad afectiva de los vínculos en la infancia es fundamental en el desarrollo de la identidad del individuo; la identidad es la construcción del sí mismo considerada como un proceso evolutivo que se mantiene de manera estable en el transcurso de la vida de un sujeto por lo que cada posible cambio es subordinado a la mantención de este sentido de sí. Guidano (1987) reconoce que existen tipos de personalidad que orientan la identidad, que dependen de los vínculos de apego y de las emociones que experimente el individuo y les dio el nombre de Organizaciones de Significado Personal (OSP); estas organizan los conocimientos de las personas según su desarrollo, sus experiencias de vida y la percepción de sus experiencias. Marini, et al. (2017) definen las OSP como un enlace determinado de los procesos ideoafectivos que permite a los individuos conservar su sentido de unicidad personal y prolongación histórica, por lo que se tienen en cuenta los cambios de los seres humanos durante su ciclo vital, ya que eso va caracterizando la identidad; por esta conceptualización se evidencia que la identidad es de naturaleza evolutiva y procesual sistémica, es considerada una organización individual que se genera como consecuencia de los procesos adaptativos, la asimilación de la experiencia de los seres humanos y el sistema de apego con que el sujeto se vincula con las personas de forma viable o adaptativa.

Las OSP funcionan como una herramienta de clasificación para guiar a los psicoterapeutas en los casos mediante características clínicas que permiten una mejor comprensión del funcionamiento cognitivo y emocional. Son cuatro las OSP conceptualizadas por el autor. La OSP depresiva consiste en una creencia de desamparo y desesperanza, debido a que las experiencias del individuo se basan en la pérdida de los vínculos afectivos y tiene la sensación interna de ser poco querible o tiene la incapacidad de ser querido. La relación con sus sujetos de apego primario es disfuncional, su autoimagen es negativa, y tiene características como la inseguridad, minusvalía e irritabilidad; los vínculos tempranos de esta organización están marcados por un apego de tipo ambivalente, estas personas evitan el rechazo de los demás, y se estructuran desde la desconfianza (León, Salazar & Puerta, 2013).

La OSP obsesiva consiste en la comprensión de la vida desde un sentido ambivalente, ya que así fue el apego con la figura o cuidador primario; la persona tiene la necesidad de certeza absoluta, siente que debe tener siempre el control de las cosas y las situaciones. Para las personas con esta OSP, el sentido de las cosas es polar, es un sentido del todo o nada donde no hay mitades; se valoran negativa y positivamente dependiendo de los contactos afectivos y la interacción verbal. Son personas que cumplen siempre las reglas, normas y criterios, se sienten poco queribles porque en

algún momento de su vida experimentaron una situación de rechazo por alguno de sus cuidadores, lo cual los mantiene en constante incertidumbre sobre las respuestas o evaluación de las otras personas (Ruiz, 2003).

La otra OSP es la fóbica, en donde los individuos presentan patrones disfuncionales de vinculación a partir de la conducta exploratoria, se muestran débiles y vulnerables ante los peligros, se les dificulta el manejo de emociones y sienten que el mundo es peligroso; estos tienen una autoimagen positiva, tienen poca autonomía y manejo de la libertad, los vínculos de apego temprano fueron mediante el apego ansioso, es decir que no sienten seguridad hacia los vínculos debido a que en la infancia el cuidador respondía de forma intermitente a las necesidades y estímulos del sujeto.

Y la última OSP es la dápica, palabra conformada por la abreviación del término desórdenes alimentarios psicógenos (DAP), en los cuales la autoimagen es ambivalente, sus características son el perfeccionismo, búsqueda constante de la aprobación y poca espontaneidad; no expresan sus emociones, y el sentido de sí mismo es difuso y oscilante. Estas OPS son la base para la comprensión del sujeto a través de la visión posracionalista.

Desde el comienzo de su desarrollo ontogenético, el ser humano nace en una realidad predominantemente afectiva, en la cual el vínculo es crítico como facilitador del desarrollo de un sentido estable y continuo de sí mismo (Guidano, 1994, citado en León Uribe & Tamayo Lopera, 2011). Por esta razón, la teoría posracionalista busca formas de comprensión de la identidad, a partir de los vínculos primarios los cuales se orientan a constituir hacia la mismidad o hacia la ipseidad.

La mismidad es una forma de comprensión del mundo a partir del conocimiento de sí mismo, esta se caracteriza por ser autorregulada; este tipo de identidad de carácter narrativo secuencial se vincularía con los niveles de complejidad del sistema de sí mismo, pudiendo otorgarle a partir de sus características, estabilidad, flexibilidad y regulación o inestabilidad y rigidez; es capaz de organizar y mantener el sentido de continuidad de sí mismo (Arciero, 2008). Las personas con tendencia hacia la mismidad comparten un estilo de personalidad orientado internamente “inward”, lo que significa que logran autorreferenciarse, centran sus emociones y sensaciones internamente, y presentan una buena regulación de las emociones básicas (Naranjo-Vila, Gallardo-Salce & Zepeda-Santibañez, 2010).

La ipseidad es una forma de comprensión del mundo y del individuo a través de la alteridad debido a que su estructura es proyectiva y es regulatoria, lo que significa que configura la construcción del sentido de sí mismo basado en lo variable de las situaciones, centrado en comparación con el otro y en busca de la aprobación de lo exterior, la construcción emerge en referencia a una experiencia fáctica, porque es configurada por la experiencia situacional del individuo y el medio (Ricoeur, 1999). Las personas con tendencia hacia la ipseidad se relacionan con un estilo de personalidad orientado externamente “outward”; estas personas no logran entender la coherencia en las señales de la figura de apego, se les dificulta regularse internamente, necesitan supervisión constante, involucrar a otras personas o recibir confirmación externa, son

fácilmente influenciados por otras personas y presentan deficiente regulación de emociones no básicas (Naranjo-Vila, Gallardo-Salce & Zepeda-Santibañez, 2010).

Las personas que en su infancia no pueden contar con la certeza de la figura de apego, debido a la impredecibilidad o ambivalencia de esta, tendrán que desarrollar estrategias más cognitivas, generando que estén constantemente centrados en las actitudes de los cuidadores, ya que sus estados internos no le son útiles predictores de accesibilidad a la figura de apego (Sánchez Vera, 2013); esta característica genera el desarrollo de una construcción de la identidad personal centrado en un referente externo, donde predominan las emociones de tipo cognitivo como la vergüenza y la culpa.

METODOLOGÍA

La presente investigación se realizó a través de un estudio de caso clínico único, con diseño observacional del caso, en el cual se hace uso de las variables independientes y se manipulan, así el investigador puede identificar características específicas del caso (Kazdin, 2001). Dentro del tratamiento se desea modificar en el paciente los pensamientos recurrentes frente a su deseo sexual, al notar la queja del paciente e identificar el problema, se realizaron unas sesiones enfocadas a su autoconocimiento, identificación de sí mismo, aceptación de su orientación sexual y comprensión de su identidad. El análisis del caso se realizó a partir de las verbalizaciones del paciente, la construcción y comprensión narrativa del mismo.

Este estudio cumple con los principios éticos, deontológicos, bioéticos que rigen el ejercicio profesional de la Psicología a través de la ley 1090 de 2006 (Congreso de Colombia., 2006), lineamientos que permiten garantizar los principios éticos de confidencialidad, autonomía y beneficencia, esto es, proteger la identidad del consultante, la voluntariedad de participación y garantizar su bienestar.

Identificación del paciente

G es un hombre de 27 años de edad, soltero, sin hijos, que vive con la madre y el hermano menor en la ciudad de Medellín, es estudiante de posgrado y asiste a consulta en julio de 2019, reportando que presenta problemas en las relaciones con sus familiares (padre, madre y tres hermanos menores). El motivo de consulta fue el siguiente: “dificultad con mi novia, la relación con mi familia, hermanos y mis papás no es la mejor, además tengo problemas sexuales, siento atracción por hombres, mujeres, niños y niñas”. Sus problemas, según afectación en las diferentes áreas son: En el área emocional, presenta ansiedad, tristeza e irritabilidad. En el área cognitiva, presenta pensamientos de tipo sexual hacia los niños, perfeccionismo, preocupaciones a nivel laboral, social y familiar, preocupaciones de ser juzgado por otras personas por su orientación o deseo sexual. En el área conductual, presenta aislamiento social, evitación de situaciones sociales donde hubiera niños, búsqueda intensa de apoyo familiar y volcarse hacia el trabajo; y en el área somática, presenta malestar estomacal, vómitos y sudoración excesiva.

G no presenta antecedentes psiquiátricos y tampoco médicos que puedan influir en su funcionamiento.

Evaluación

Se realizó una entrevista clínica semiestructurada donde se identificó la problemática principal, la historia del paciente y los factores del problema del paciente; se identificaron los recursos cognitivos y emocionales del paciente para el proceso, se reconocieron las metas terapéuticas a partir de los pensamientos y necesidades del paciente, además se evalúa la sintomatología para llegar a un diagnóstico. No se utilizan pruebas estandarizadas. Se identificó en el paciente pensamientos de deseo sexual hacia niños, lo cual generaba mucha ansiedad en el paciente, aislamiento social para evitar el contacto con niños, promiscuidad, prácticas sexuales sadomasoquistas y desorden con su orientación sexual.

Resultados

El paciente es ubicado en la OSP obsesiva ya que cumple con características como dificultades en la autoimagen, manifestado en que siente que es una persona con su familia y otra con sus amigos; por ejemplo, en relación con su sexualidad, el paciente se reconoce ante sus padres como heterosexual, pero con sus amigos expresa ser bisexual; es muy estricto con las reglas y normas, y según lo reportado, sus decisiones y pensamientos son llevados a las polaridades.

Con respecto a la identidad, el paciente presenta una tendencia hacia la ipseidad, pues desde la infancia las actividades en las que se ha desarrollado lo han llevado a darse sentido por medio de la alteridad; en situaciones de cuidado de los hermanos, al ser cuidador de la madre cuando consumía grandes cantidades de alcohol, siendo parentalizado. Se demuestra en sus reportes de situaciones de confrontación y prohibición, como las que ha vivido con el padre, donde prefiere siempre atender a las necesidades del otro; también cuando reporta en su historia el querer ser buen estudiante, compararse con sus compañeros, e incluso en la actualidad, al compararse con sus compañeros de trabajo, evidenciando que hay muchas características de inseguridad en G. Teniendo en cuenta esta información, también se identifica que cumple con rasgos para un estilo de personalidad outward, por la constante comparación con las persona que lo rodean, porque prioriza las necesidades emocionales de los demás por sobre las de él, adicionalmente, siempre busca la solución a los conflictos o la causa de sus problemas en lo exterior

En las sesiones se identifican ciertos momentos y verbalizaciones del paciente que nos permiten identificar sus ideas acerca de su orientación sexual y además su visión del mundo. A continuación, se puede hacer un análisis a través del discurso del paciente en sesión:

T: ¿Desde tu infancia cómo fue la relación con tu papá? Me habías dicho que aparecía cuando lo llamaban...

G: Mm... Yo pienso en la infancia y me acuerdo de estar solo con mi mamá, pero realmente yo nunca he visto un papá porque cuando él se fue yo estaba muy

pequeño y no tengo como un recuerdo de un papá. Entonces lo que sí pasaba con el papá es que nosotros lo veíamos a veces cuando teníamos unos 10 años, y lo visitábamos porque mi mamá lo encontraba; él no era un papá como son los papás, estábamos un día con él en el espacio de él y no había conversaciones trascendentales.

T: ¿En qué momento empezaste a sentir que tenías un padre?

G: En el 2009 cuando empezamos a vivir con él, eso fue hace 10 años, de resto todo transcurría con la mamá, nosotros no contábamos con él para nada, entonces hace 10 años tuvimos una calamidad y se nos cayó la casa, entonces tomó la decisión de que los mayores fueran a vivir con el papá, o sea mi hermano y yo, en ese momento se vio la figura paterna, porque antes aunque la mamá tenía otras parejas nunca hubo una figura paterna, ella una vez tuvo una pareja pero ella nos decía que ese no era nuestro papá, y que nosotros teníamos nuestro papá (Espitia, F., comunicación personal. 27 de agosto de 2019).

A través de esto se logra identificar cómo G percibe la relación con su padre, cómo ese vínculo afectivo ambivalente se establece desde la infancia y se va conformando en la adolescencia y la adultez.

T: ¿Cuando apareció tu papá, ¿cómo te sentías?

G: Yo creo que no hubo una percepción negativa, lo vi como algo positivo como la posibilidad de algo, un cambio, un paso adelante, y como yo he sido una persona muy moldeable, yo no tuve problemas con irme a vivir con él, yo nunca tuve problemas para seguir reglas, pero él nos dejó claro que, si vamos a vivir con él, tenemos que seguir sus reglas, igual yo siempre hice mucho caso porque hay cosas que trago entero. Él nos dijo que no íbamos a tener amigos ni vamos a salir con alguien hasta cuando aprendiéramos a comportarnos, entonces la pasábamos del colegio a la casa, sin amigos. Nosotros vivíamos con la persona con la que se fue de la casa (Espitia, F., comunicación personal. 27 de agosto de 2019).

En esta verbalización se logran evidenciar características de su organización de significado personal, su tendencia a cumplir reglas sin cuestionarlas, la percepción ambivalente y además, su tendencia a priorizar los deseos del padre por sobre los de él.

También a través de las sesiones se identificaron situaciones de la infancia donde el paciente mostraba el foco de su deseo sexual pero el padre por medio de la prohibición y el miedo no permitía que el paciente tomara decisiones o experimentara de manera libre.

T: ¿Tú veías a alguien y te llamaba la atención sin importar el sexo?

G: Sí y decidí experimentar, lo único que hizo mi papá fue tratar de evitar eso

T: ¿cómo así?

G: Yo tengo un recuerdo cuando yo era pequeñito, yo tenía como 7, y al lado de mi casa vivía un niño, y yo recuerdo que me daba besos con ese niño, recuerdo que mi papá me dio una pela por eso, cuando vivía con él, yo recuerdo que yo quería experimentar eso y él me decía, que a usted no se le nota que es así y que eso es una cosa muy horrible, no haga eso, no le gusten los hombres, y yo quise tener una relación con un muchacho y él me hizo dejarlo. También tenía una experiencia muy chévere con otro muchacho del barrio que era bonito y él se interpuso en eso. Yo podía estar con la

mujer más gamina y él lo aceptaba. Me metí con una vecina y ahí no había ni problema (Espitia, F., comunicación personal. 27 de agosto de 2019).

En este fragmento se observa que el padre siempre se muestra atento al comportamiento de G para la prohibición, no aceptaba la homosexualidad del paciente, las razones que lo motivaban son desconocidas, pero le generaba malestar al paciente incluso cuando el paciente buscaba parejas sexuales siempre tenía en cuenta la percepción del padre sobre lo negativo de ser homosexual, tanto que el paciente expresa que las relaciones amorosas “deben ser con mujeres” y las que “solo terminan en sexo, son con hombres”, la prohibición del padre hacia la homosexualidad y lo facilitador que era con las relaciones heterosexuales fue reforzando el vincularse con las mujeres.

T: ¿Sientes que alejarte es positivo para ti?

G: Sí, porque yo soy muy influenciable y al papá le gusta influenciar a las personas, es más, a él le gusta meterse en la vida de nosotros y controlar y eso no es positivo.

T: ¿Sientes que si le das el espacio él va a querer controlarte?

G: Si yo me voy a vivir con él por ejemplo y quiero salir, me toca explicarle, así que yo creo que así estoy mejor (Espitia, F., comunicación personal. 27 de agosto de 2019).

G está orientado hacia el exterior, por eso permite la influencia de otras personas en él, sin embargo, empezó a tomar decisiones para el mejoramiento personal y su desarrollo individual, como vivir solo y tener claros los espacios que debe compartir con algunos miembros de su familia. A G se le dificulta reconocer experiencias internas por lo que su referente externo es su padre.

Identifica que tiene características que facilitan la influencia de las otras personas en él, lo que lo identifica como una persona con un estilo de personalidad outward. No obstante, a través del proceso terapéutico empieza a tomar control de sí mismo, busca estrategias para evitar ese tipo de situaciones, siendo capaz de identificar que el padre es muy dominante y exponerse constantemente a él no va a permitir su desarrollo individual.

G: ¿Qué más te cuento de mi papá? Bueno, cuando nos fuimos a vivir con él la figura paterna estuvo completa, en las reglas, en los quehaceres, pero apareció en gran velocidad.

T: ¿Te sentiste invadido?

G: Sí claro, mi papá se apoderó de todo, él decidía qué pareja tenía y cuál no, llegó un momento que le tuve decir por teléfono que ya. Porque yo tenía algo pasajero con un peladito y él se enteró, entonces me llamó a decirme que lo dejara y hasta ese día él se metió en mi vida personal y en mis relaciones de pareja, ya era la tercera vez y le dije que ya había pasado dos veces que había dejado a una persona porque él me lo decía o no le gustaba, yo le dije que eso no significaba que con esa persona yo me iba a quedar, pero que yo tenía que decidir si hacerlo y en ese momento a él le dio muy duro, por teléfono, porque si se lo decía de frente no sabía cómo iba a reaccionar y en ese momento yo me sentí muy mal porque me salté las jerarquías, jaja, así habla él. Entonces yo me salté la jerarquía y ese día me sentí muy bien, desde ahí él no volvió a

opinar al respecto, a veces hacía gestos con la cara, pero no dice nada (Espitia, F., comunicación personal. 5 de septiembre de 2019).

El paciente es capaz de identificar la aceptación de que otras personas se involucren directamente en sus decisiones, aunque sean muy privadas, identifica características impositivas y de autoridad en su padre por lo que intenta enfrentarlo; también se identifican características de su OSP obsesiva como seguir reglas y cumplir “jerarquías” pero acepta que hay cierto grado de tranquilidad cuando no las cumple para su beneficio.

A través del tiempo se evidencian cambios en G; muestra cómo va reconociendo su orientación sexual y su atracción hacia los hombres:

T: ¿Y a ti te gustaría intentar algo bonito con un hombre?

(Risas del paciente)

G: No lo sé, siento que me he prohibido el hecho de que me gusten más los hombres.

T: ¿Ahora quién podría prohibirte tener una relación con un hombre?

G: nadie, no sé, yo todavía me cohibo mucho.

T: ¿Y este deseo sexual hacia quién ha estado dirigido?

G: Sólo hombres.

T ¿Y los niños? (Risas del paciente)

G: Esos los ignoro. Por ejemplo ayer por la noche yo estaba chateando en una página que se llama X, y ahí apareció a una persona que se llamaba Juan y tenía 12 años, entonces yo le escribí como yo lo hago todo el tiempo, con una absoluta cautela, porque me generó curiosidad saber si había un niño de 12 años en esa página. Él me contó información sobre su vida, pensé que un niño de 12 años es muy chiquito y entonces le dejé de hablar, él me mandó una foto y me di cuenta de que era muy chiquito. Entonces pienso y no debo hacer nada porque sé que no es lo correcto (Espitia, F., comunicación personal. 5 de septiembre de 2019).

En este fragmento, el paciente demuestra reconocer su objeto de deseo sexual, e identificar que a pesar de la curiosidad que le generaban ciertas exploraciones sexuales, identifica moralmente lo correcto y lo incorrecto para él y la sociedad, al ser responsable y enfocarse en las consecuencias de sus actos.

Hipótesis explicativa

Debido a los vínculos ambivalentes exigentes y poco afectivos que se establecieron en la infancia de G, se comprende que al momento de desarrollar su identidad presentara dificultades especialmente en su orientación sexual, porque la prohibición del padre y la rigidez frente al libre desarrollo de su orientación fue tomada como una experiencia negativa y prohibida para el paciente. Este se percibe como una persona que está en constante comparación con los demás y depende de la opinión de otras personas (lo cual es congruente con el concepto de ipseidad), además muestra que ordena de forma ambivalente lo que percibe del mundo y de sí mismo.

A partir de la conceptualización del caso se evidencia que G tiene una organización de significado personal obsesiva, con características como la poca interacción con personas externas a su familia, su comportamiento disciplinado, organizado y en ocasiones inflexible, en su estilo familiar cumple con muchas responsabilidades como el cuidado de los hermanos e incluso de la madre, es controlado a través de valores morales y prejuicios, en sus esquemas emocionales G piensa que no es querido y por eso no es aceptado, deja a un lado lo emocional y se enfoca en lo intelectual.

Por lo anterior, para funcionar dentro del mundo G estableció ciertas estrategias como enfocarse en su carrera y no en sus vínculos afectivos, aislarse socialmente y experimentar desorganización en su vida sexual (orientación sexual y promiscuidad). El paciente se enfoca en su profesión y no se vincula de manera afectiva con las personas que hacen parte de su vida, esto se evidencia porque pasa mucho tiempo estudiando, haciendo labores del trabajo, lleva mucho trabajo a casa y deja a un lado sus vínculos con madre, padre, pareja o hermanos; utiliza supuestos como “cuando estoy solo trabajando en mi casa me siento muy bien”, “el trabajo es lo que me hace ser lo que soy”. Cuando se trata del aislamiento, utiliza supuestos como “si estoy lejos no hay tentación”, “si me mantengo lejos no haré daño”, “me da miedo que algo salga de control”, Y finalmente con la desorganización de su vida sexual, él inicia comportamientos como mantener relaciones sexuales con desconocidos, tiene relaciones sexuales con personas de diferente sexo, no se vincula emocionalmente con otras personas, se limita al acto sexual, y siente con facilidad insatisfacción sexual.

Según (Guidano, 1987, citado por Cayupe Reyes, 2013) los eventos vitales generadores de desbalance clínico en las personas con OSP obsesiva casi sin falta se relacionan con situaciones emocionalmente cargadas, en las cuales es complejo distinguir entre aspectos opuestos “positivos” y “negativos”, entre las que se encuentran dificultades interpersonales con una persona significativa, como problemas sexuales y crisis maritales. Como fue explicado anteriormente, el paciente reporta haber comenzado su sintomatología debido a la aparición de dificultades sexuales y de comunicación con su pareja en el momento, quien era de sexo femenino. muchas veces se realiza un desbalance clínico este se detona a través de las ideas, rumiaciones y dudas obsesivas, en los pacientes se observan características típicas obsesivas, como la búsqueda del control y la certeza absoluta; y al mismo tiempo, emergen imágenes intrusivas de carácter bizarro. Lo anterior puede constituirse en la explicación de la aparición de sus ideas obsesivas de tipo sexual que incluyen como objeto a los niños, con una característica de ansiedad acerca de la posibilidad de actuar sobre sus ideas, evitando todo lugar donde pudiera haber niños cerca como modo de control y certeza.

Diagnóstico clínico

Luego de analizar la información cognitiva, emocional y vincular del paciente, se obtiene como diagnóstico el (F65.4) Trastorno de la preferencia sexual. El paciente presenta impulsos sexuales y fantasías de carácter recurrente e intenso que implican actividades inusuales dirigidas a niños, además actúa de acuerdo a los impulsos como ver pornografía y también siente un marcado malestar a causa de estos, por lo que se empieza a aislar y deja de asistir a eventos donde se encontrara con la población

infantil. El malestar lo imposibilita al nivel de no poder hablarlo con sus familiares cercanos o personas con las que expresa tener confianza y la tendencia se ha presentado por más de seis meses. Adicionalmente, el paciente reporta que presentó prácticas sexuales de exploración como sadomasoquismo, deseo hacia los animales y voyeurismo.

TRATAMIENTO

Teniendo en cuenta la información recolectada en la entrevista semiestructurada inicial se logran identificar las dificultades a nivel afectivo del paciente, sus características de identidad y la desorganización en su orientación sexual. En julio de 2019 se inició terapia con una frecuencia semanal.

La intervención se realizó bajo un enfoque cognitivo posracionalista el cual es un modelo teórico que busca modificar por medio de estrategias de argumentación y persuasión comportamientos, pensamientos, emociones y vínculos; por medio de este enfoque se realiza un procesamiento emocional y semántico de las situaciones de vida de los individuos, para que el paciente sea capaz de auto-organizar su conocimiento y generar cambios en su estilo de vida. En la terapia posracionalista el paciente debe ir transformando sus experiencias y reordenando la información para entender la noción de sí mismo y del mundo más abstracto y flexible (Zagmutt, 2004). La forma terapéutica se basaba en realizar preguntas con respecto a la vida del paciente y darle un sentido a su realidad, que el paciente al organizar sus verbalizaciones, pensamientos y lenguaje no verbal, logre interpretar el contenido.

Dentro de la presente investigación se maneja el componente psicoafectivo de los estilos de apego e interacción temprana, para mayor comprensión del caso desde su complejidad; esto permite reconocer la importancia que tiene la interacción temprana para el desarrollo de la formación de vínculos, estrategias de afrontamiento y habilidades sociales. Por eso la psicología posracionalista tiene en cuenta lo psicoafectivo dentro de su paradigma, entre las estrategias utilizadas se manejaron algunas técnicas narrativas donde el sujeto construye soluciones por medio de sus experiencias, teniendo en cuenta la interacción temprana del paciente con su padre y su madre, identificando características que pudieran ser causantes de la psicopatología (Guidano & Quiñones, 2001).

Tabla 1.

Información de tratamiento en la intervención.

Temas de sesiones	Objetivos	Estrategia de intervención	Sesión
Manejo de emociones (Tristeza y ansiedad).	Reconocer y regular emociones del paciente.	Psicoeducación. Diálogo socrático. Autorregistros. Técnica de respiración.	1-4
Desorganización sexual.	Identificar el centro del deseo sexual del paciente	Diálogo socrático.	5-7
	Reconocer motivaciones de la promiscuidad.	Confrontación.	8
Autoconocimiento.	Estimular la reflexión sobre sí mismo.	Autobiografía. Diálogo socrático.	(Todas)
	Comprender las características individuales.	Diálogo socrático. Descubrimiento guiado.	9-10
	Reconocer los cambios del paciente con respecto a su estilo de vida.	Debate. Diálogo socrático.	11-13
Vinculación afectiva.	Reconocer sus vínculos afectivos.	Técnica de la moviola. Juego de roles. Diálogo socrático.	14-20
	Conocer las características del paciente a nivel afectivo y como utilizarlas para su estado actual.	Diálogo socrático.	20-22

Una de las técnicas utilizadas fue la técnica de la moviola, la cual es de origen posracionalista y tiene una protocolización específica, considerada como auto-observacional. Dentro de la técnica utilizada con el paciente se le explicaba el sentido de la actividad y luego se le orientaba de acuerdo a una situación de la historia de vida del paciente, uno de los momentos donde la técnica de la moviola mostró mayores resultados fue en la situación de abandono del padre, el paciente analizó de manera cognitiva y afectiva al padre, la postura de la madre y de cada uno de sus hermanos, finalizó dando su punto de vista y cómo hubo cambios en su construcción de la situación. El objetivo de esta técnica es que el paciente logre hacer reconstrucciones de forma secuencial yendo hacia atrás y hacia delante en cámara lenta como una especie de panorámica. Se detalla en situaciones específicas donde el paciente muestra cierta labilidad emocional o brinda información importante para el caso. Lo que se espera es que se modifique grandemente la secuencia original que percibía el paciente y pueda flexibilizar el punto de vista que toma como una verdad objetiva. El uso de esta técnica posracionalista facilita cambios de puntos de vista sobre sí mismo fundados en la propia estructura experiencial y no en fuentes externas de referencia (Zagmutt, A, 2004).

Dentro de la información suministrada en las sesiones el paciente considera que el ser homosexual es algo negativo, sin embargo, ser bisexual es algo más aceptable, por lo tanto, él no aceptaba su orientación y en el proceso terapéutico se define su orientación sexual, al aceptarse y vivir un proceso interno de identificación la sintomatología de deseo hacia los niños y prácticas sexuales riesgosas fueron desapareciendo.

Otra de las técnicas utilizadas fue la autobiografía, reconocida como el hilo conductor de las sesiones con G. Por medio de esta se recolectaron datos esenciales para conocer la historia de vida y además analizar en cada sesión los avances en la narración de la vida del paciente. Se realizó de manera estructurada y con una secuencia cronológica para fines de orden y comprensión, donde el paciente escribía de manera espontánea en su vivienda y llevaba los avances semanales a sesión; en esta narración expresaba experiencias, pensamientos, emociones, relaciones interpersonales y comportamientos que permitían interpretar su comprensión del mundo.

Durante el tratamiento se presentaron dificultades para el paciente y las sesiones, estos fueron cambios de vivienda y ruptura con la pareja, los cuales generaron desregulación emocional, por lo que en ese momento se priorizó el manejo de tristeza y ansiedad, utilizando técnicas como psicoeducación, para la aceptación de la soledad, aprovechamiento de su espacio, independencia e intimidad. Muchos de estos cambios afectaron la evolución del paciente porque pasó de vivir solo a vivir con su madre, el volver a las reglas, estilo de vida materno, poca independencia, afectaron su individualidad, pero las sesiones lo ayudaron a poder afrontar esas adversidades y adaptarse de una manera más adecuada.

Al finalizar el proceso terapéutico se realizó seguimiento mensual durante 3 meses donde se indagaba sobre los pensamientos de deseo sexual hacia los niños, el estado emocional del paciente y cómo llevaba sus relaciones interpersonales. Luego se realizó un cierre donde se evaluó todo el proceso, en los aspectos importantes del cierre se encontró que el paciente desarrolló habilidades para manejar sus emociones (tristeza y ansiedad), reconoce su orientación sexual como homosexual, los pensamientos de deseo sexual hacia los niños desaparecieron y expresó sentirse seguro de sí mismo. También se logró determinar que se cumplieron los objetivos terapéuticos y finalmente se realizó una autoevaluación sobre habilidades desarrolladas, cualidades, fortalezas y debilidades, previendo asimismo los factores que pudieran generar posibles recaídas, y por último, se evaluaron las fortalezas y debilidades del terapeuta dentro de las sesiones.

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

Referente a los pensamientos sexuales, el paciente logró controlarlos de forma notoria; mostró la capacidad de reconocerlos, evaluarlos y manejarlos. A través de las sesiones se fue evidenciando que el deseo que sentía hacia los niños fue desapareciendo a medida que aceptaba el hecho de ser homosexual. Considerando que su estilo de identidad (ipseidad), implica la tendencia hacia la alteridad, la aceptación familiar y social de su orientación homosexual fue fundamental para la mejoría del paciente. La característica principal para el cambio del sujeto fue la narración; las estrategias narrativas como la autobiografía, el diálogo socrático, entre otros fueron la principal forma de generar cambios en el paciente, porque mediante la dialéctica se establecía una reconstrucción del estilo afectivo de G, partiendo de las experiencias de la infancia del paciente hasta la actualidad, la forma de vincularse, brindarle afecto a los demás y recibir aprobaciones en su caso.

Algunas de las estrategias utilizadas para el reconocimiento de la identidad del paciente fueron la reconstrucción de su vida y su aceptación personal a través de ejercicios hermenéuticos, la conversación interna, lectura y reescritura de sí mismos (Beorlegui, 2006). Con esta información se logra identificar que mediante modificaciones en la identidad narrativa del paciente se puede adquirir coherencia y flexibilidad en la vida del mismo, ya que este elabora interpretaciones de la realidad, mediante una serie de aspectos subjetivos en el procesamiento de la información y de su contexto.

Lo anterior nos permite entonces reconfirmar, como establecen los autores más importantes de la psicoterapia posracionalista, que por medio de esta se puede lograr promover un incremento en la autoconciencia del paciente para así lograr “una reorganización del sistema personal en un nuevo y más articulado nivel de consciencia que contenga una nueva manera de sentirse en las relaciones afectivas” (Bahamondes & Modernell, 2020, p.17). Este estudio, aunque es una muestra exclusiva en su tópico, es un estudio de caso único y no contiene la estricta manipulación de variables y control como para poder realizar generalizaciones a población con condiciones similares. Adicionalmente, el escrito se realiza recién terminado el proceso terapéutico, por lo que no incluyó una fase de seguimiento.

La terapia cognitiva posracionalista demostró efectividad para el reconocimiento de la identidad en el paciente, logró disminuir los síntomas de deseo sexual inadecuados y disminuyó su malestar emocional. La asimilación de la historia no es automática, sino un proceso de examinación y construcción con sentido de las situaciones vividas. Ricoeur (2006) mencionó que en la construcción del lenguaje se logran identificar cualidades que motivan el análisis personal; el lenguaje libera, a partir de relatos orales o escritos, el ser humano adopta y convierte la información para el cambio de comportamientos y pensamientos.

La psicología posracionalista aborda a los pacientes desde la unidad de base, es decir, la persona misma, lo ubica y le permite explorarse, para luego abordarlo desde lo subjetivo y así enfrentarlo a una dialéctica interna que lo constituye. Lo positivo de esta terapia es que permite al paciente ser consciente del proceso, genere reflexión y lo oriente en sus objetivos o metas terapéuticas teniendo en cuenta siempre el punto de inicio priorizando las necesidades del paciente (Néspolo, 2007).

Muchas veces dentro del proceso terapéutico se evalúa la manera en que la persona ordena su experiencia; como observador externo se identifican contradicciones e incongruencias en el paciente como sistema autoorganizado y autorreferido. Pero en la mayoría de los casos, las personas ordenan su experiencia según su OSP, por lo que es importante que el terapeuta tenga la práctica de reconocer características de cada una de las organizaciones (Lagomarsino, & Perfetti, 2002). Teniendo en cuenta sus características de OSP, personalidad e identidad, al reconocer la historia de vida del paciente, comprenderla e identificar sus características afectivas, se presenta el manejo desde la psicología cognitiva posracionalista para la intervención de casos clínicos, mostrando resultados positivos en el proceso de autoconocimiento y mejoría sintomática.

REFERENCIAS.

- American Psychiatric Association. (2015). *DSM 5. Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Estados Unidos.
- Arciero, G. (2008). *Tras las huellas del sí mismo*. Buenos Aires. Amorrortu.
- Arciero, G. & Bondolfi, G. (2019). *Ipseidad, Identidad y Estilos de Personalidad*. Buenos Aires.
- Bahamondes, J., & Modernell, P. (2020). Ni ángeles, ni demonios: integrando el síntoma en psicoterapia, una perspectiva posracionalista. *Aperturas Psicoanalíticas*, 63, 1-19.
- Becerra-García, J.A. (2011). Tratamiento de la pedofilia: aproximación a las intervenciones medico-psiquiátricas y psicológicas, sus resultados e inconvenientes. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 100. 40-49. Recuperado de: <http://www.cuadernosdemedicina.com/download.php?idart=422>, Diciembre 8 de 2020.
- Beorlegui, C. (2006). La capacidad lingüística del ser humano: una diferencia cualitativa. *Thémata*, 37, 139-168.
- Bowlby, J. (1985). *Attachment and loss*, Vol 2: Separation, Anxiety and Anger. London: Penguin Books Ltd.
- Congreso de Colombia. Ley 1090. (06, septiembre, 2006). Por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, se dicta el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones. Bogotá: COLPSIC.
- Cayupe Reyes, R., (2013). Diseño y validación de un instrumento para evaluar los tipos de Organización de Significado Personal (OSP) predominantes. Tesis de Maestría, Universidad de Chile. Recuperado de <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/130690>, Noviembre 13 de 2020.
- Charlton, R., (1997). *Treating sexual disorders*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Guidano, V. F. (1987). *Complexity of the self: A developmental approach to psychopathology and therapy*. Guilford Press.
- Guidano, V. & Quiñones, A. (2001). *El Modelo Cognitivo Posracionalista. Hacia una Reconceptualización Teórica y Crítica*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Herrera, O. & Negredo, L. (2016) Evaluación del interés sexual hacia menores. Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. España. Recuperado de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1133074016300101>. Noviembre 10, 2020.
- Jiménez Díaz, R. (2016). Tratamiento de un caso de pedofilia desde la terapia de aceptación y compromiso (ACT). *Avances en Psicología Latinoamericana*, 34(3), 529-541.
- Klapilová, K., Demidova, L.Y., Elliott, H., Flinton, C.A., Weiss, P., & Fedoroff, J.P. (2019) Psychological treatment of problematic sexual interests: cross-country comparison. *International Review of Psychiatry*, 31(2), 169-180, DOI: 10.1080/09540261.2019.1591353
- Krafft-Ebing, R. (1886). *Psicopatología sexual*. Buenos Aires: El Ateneo.
- Lagomarsino, L. O., & Perfetti, A. M. (2002). Las Organizaciones de Significado Personal de Vittorio Guidano: Una llave explicativa de la experiencia humana. *Revista Psicoperspectivas*, 1(83), 1-11.

- León, A., Salazar, A., & Puerta, D. (2013). Esquemas Maladaptativos Tempranos en sujetos con Organización de Significado Personal Depresiva. *Katharsis*, (16), 99-122. <https://doi.org/10.25057/25005731.466>
- León Uribe, A., & Tamayo Lopera, D. (2011). La psicoterapia cognitiva posracionalista. *Katharsis*, 12, 37-58.
- Marini, A. M., Moltedo-Perfetti, A., Arimatea, E., Giordani, M., & Nardi, B. (2017). Organización de significado personal en la experiencia inmediata: cómo la personalidad influye en la respuesta al estrés psicosocial en un grupo de mujeres jóvenes. *Cuadernos de Neuropsicología/Panamerican Journal of Neuropsychology*, 11(1), 103-116.
- Naranjo-Vila, C., Gallardo-Salce, M., & Zepeda-Santibáñez, M. (2010). Estilo afectivo y estilos de personalidad internamente orientados (Inward) y externamente orientados (Outward): modelo de estilos emocionales de personalidad. *Revista chilena de neuropsiquiatría*, 48(4), 344-355.
- Néspolo, J. (2007). El problema de la identidad narrativa en la filosofía de Paul Ricoeur. *Orbis Tertius*, 12(13), 1-8.
- Pereda, N. (2009). Consecuencias psicológicas iniciales del abuso sexual infantil. *Papeles del Psicólogo*, 30(2), 3-13.
- Ricoeur, P. (1999). *Historia y Narratividad*. Barcelona: Editorial Paidós.
- Ricoeur, P. (2006). *La vida: un relato en busca de narrador*. Ágora. Papeles de filosofía.
- Ruiz, A. (2003). La organización de significado que caracteriza la experiencia humana en la cultura occidental contemporánea. *Instituto de Terapia Cognitiva. Inteco Santiago de Chile, Ed. Patricio Córdova, Transcripción de la Clase Magistral dictada en el Departamento de Psicología de la Universidad de Chile*.
- Sánchez Vera, M. (2013). Amor, alteridad e identidad personal. *CIPRA*, Chile. Recuperado de: <https://cipra.cl/documentos/AmorAlteridadIdentidadPersonal-SanchezVera.pdf>. Noviembre 3, 2020.
- Tenbergen, G., Wittfoth, M., Frieling, H., Ponseti, J., Walter, M., Walter, H., Beier, K.M., Schiffer, B., Kruger, T.H.C (2015). The Neurobiology and Psychology of Pedophilia: Recent Advances and Challenges. *Frontiers in Human Neuroscience*, 9, 344.
- Vera Noriega, J.A., & Valenzuela Medina, J.E., (2012). El concepto de identidad como recurso para el estudio de transiciones. *Psicología & Sociedade*, 24(2), 272-282.
- Zagmutt, A., (2004). La Técnica de la Moviola: La metodología autoobservacional en el Constructivismo Posracionalista. En: *Terapia Comportamental e Cognitivo-Comportamental, Prácticas Clínicas*. Cristiano Nabuco de Abreu y Hálío José Guilhaardi (Eds). 459. Roca: Sao Paulo.