

El amor como organizador de la experiencia psicológica. Parte I: el amor de Dios

en el asesoramiento psicológico y la psicoterapia

“Queridos hermanos, amémonos los unos a los otros, porque el amor viene de Dios. En esto consiste el amor: no en que nosotros hayamos amado a Dios, sino en que él nos amó. Nosotros amamos porque él nos amó primero”.

1 Juan 4,7.10.19

Si bien los humanos están predispuestos para estar en relaciones, no todas las relaciones tienen el mismo poder o impacto. El amor y los contextos relacionales están inseparablemente entrelazados: “El amor exige relaciones reales con otros. Los individuos completamente aislados, si existieran, no podrían amar” (Oord, 2010, p. 19). El amor nutre a un infante tanto como lo hace la leche materna. Cuando el amor está presente, pero en forma intermitente, o no está sintonizado, el desarrollo del niño seguramente se verá afectado. Cuando el amor está ausente, como en la negligencia, o mezclado con crueldad, como en el maltrato infantil, las consecuencias para el desarrollo pueden ser devastadoras. El amor es un organizador de las experiencias psicológicas de los humanos, para salud o enfermedad, para un sentido de realización o compromiso, o para dolor y aislamiento. Las vicisitudes del amor seguramente tendrán un impacto crucial en modelar el mundo emocional, cognitivo y relacional de cada ser humano.

Hace tiempo que se ha reconocido el poder del amor en la cultura popular como también en los escritos religiosos y las disquisiciones filosóficas. Por ejemplo,

Sócrates escribió: “El amor es lo que nos hace esforzarnos por conseguir lo que no poseemos” (citado por Peschel, 2009, p. 159).

Las profesiones de salud mental han reconocido la importancia de los vínculos emocionales, pero no fue hasta que la teoría del apego se incorporó a la jerga clínica convencional que su rol crítico fue plenamente reconocido.

Un consejero psicológico cristiano afirma una cosmovisión que está basada en este hecho fundamental: “Dios es amor” (1 Jn 4,8). El orden creado (incluyendo la experiencia humana) estará en armoniosa sintonía cuando el amor reina supremo; por el contrario, estará desordenado, como diría san Agustín, cuando el amor es limitado, dañado o ausente. El terapeuta cristiano necesita estar familiarizado con el poder del amor de Dios, con el amor relacional, con los atributos del amor y con las vicisitudes del desorden y el quebrantamiento del amor. El amor de Dios ejerce un impacto sobre el funcionamiento psicológico a través de la experiencia humana, tanto en términos de relaciones con otros seres humanos (el tema del próximo capítulo) como en las experiencias de vida de cada individuo. Este capítulo se centrará en la manera como los individuos se relacionan con Dios, ya sea que experimenten su amor y presencia o lo perciban como distante y no comprometido.

La experiencia del amor en una cosmovisión bíblica

Hasta hace poco, el tema del amor no había recibido mucha atención en la literatura científica (Berscheid, 2010; Yovell, 2008). El advenimiento de la psicología budista y su énfasis en la compasión y la benevolencia ha dado como resultado un interés renovado en el tema (Germer y Siegel, 2012; Singer y Klimecki, 2014). La Biblia, llena de historias, poesía e ideas acerca del amor, presenta una perspectiva que en ciertos aspectos es única y distinta de lo que la ciencia afirma y el budismo cree. La Biblia habla del amor de Dios como central para quien es él y también describe cómo Dios muestra amor por sus criaturas. La Biblia también relata cómo se expresa el amor entre los humanos y enseña cómo el amor debería informar la motivación humana. Este capítulo destacará la experiencia y la importancia del amor de Dios.

Una comprensión cristiana del amor lo eleva a su nivel ontológico; o sea, es el fundamento para la existencia del universo, la experiencia presente de la humanidad, y la esperanza de la humanidad para el futuro. Por ejemplo, la escritora cristiana, Ellen White (1892) escribe acerca de ello de esta manera poética:

La naturaleza, a semejanza de la revelación, testifica del amor de Dios.

Nuestro Padre celestial es la fuente de vida, sabiduría y gozo. Mira las maravillas y bellezas de la naturaleza. Piensa en su prodigiosa adaptación a las necesidades y la felicidad, no solamente del hombre, sino de todas las criaturas vivientes.

La luz del sol y la lluvia, que alegran y refrescan la tierra, los montes, los mares y los valles; todo nos habla del amor del Creador. Es Dios quien suple las necesidades diarias de todas sus criaturas [...] “Dios es amor” está escrito en cada capullo de flor que se abre, en cada tallo de la naciente hierba [...] todo da testimonio del tierno y paternal cuidado de nuestro Dios. (p. 5, 6)

En efecto, el corazón mismo de Dios es “misericordioso y piadoso; tardo para la ira y grande en misericordia y verdad” (Ex 34,6-7). Uno de los textos bíblicos más conocidos es Juan 3,16: “Porque de tal manera amó Dios al mundo, que ha dado a su hijo unigénito”. La respuesta de Jesús a la pregunta sobre cuál es el mandamiento más importante de la ley fue simplemente esta:

Ama al Señor tu Dios con todo tu corazón, con todo tu ser y con toda tu mente. Este es el primero y el más importante de los mandamientos. El segundo se parece a este: Ama a tu prójimo como a ti mismo. (Mt 22,36-39)

La Biblia afirma que “Dios es amor” (1 Jn 4,8). El carácter, la motivación, la esencia de lo divino es el amor. La kenosis, el sacrificio propio de nuestro Creador al descender para encarnarse por su amor por nosotros refleja el carácter moral de Dios (Oord, 2010). El apóstol Pablo indica que cualquier experiencia desprovista de amor es sin sentido (1 Co 13), y refleja la importancia del amor para los seres humanos y el papel central del amor en la vida como base para el significado. Soren Kierkegaard (2009/1847) lo expresó bellamente:

... cómo se podría decir algo con razón sobre el amor si tú fueras olvidado, Oh Dios de amor, de quien procede todo amor en el cielo y en la tierra; tú que no retuviste nada, sino que lo diste todo en amor; tú que eres amor,

así que el amante es sólo lo que es a través de estar en ti. (p. 20)

En una cosmovisión bíblica, el amor es también un fruto del Espíritu. En otras palabras, el amor es el resultado de la gracia activa en la vida de una persona, y el amor es el resultado de un carácter formado a la semejanza de la mente de Cristo (Rom 8,6). El amor, como fruto del Espíritu, parece ser el resultado de la participación divina que emerge en las vidas de aquellos que permanecen en Cristo a través de una conexión íntima con él, lo que da lugar a la poda de las

conductas y los procesos intrapsíquicos que socavan el poder del amor. El evangelio nos dice que el propósito del amor es que nuestro “gozo sea completo” (Jn 15,11) y que nuestra voluntad sea fortalecida y se le dé una nueva dirección para la acción (Tjeltveit, 2011).

En la Biblia, hablar del amor en cualquier dimensión siempre implica la presencia y la actividad de Dios.

La Biblia es un espejo de la vida en la medida en que nunca proporciona una definición operativizada del amor como les gusta a los científicos y, sin embargo, quienquiera que lea los pasajes relevantes en la Escritura puede estar de acuerdo con su contenido y entender de qué se trata el amor, independientemente de las definiciones científicas. Siguiendo a Oord (2010), uno podría hacerse preguntas acerca del amor. ¿Es principalmente un sentimiento o una decisión? ¿Es ciego o consciente? ¿Es sexual y apasionado o es sublime? ¿Se sacrifica a sí mismo o busca la autenticación propia? ¿Es incondicional o dependiente del objeto? ¿Se entiende mejor como agape, eros o philia? Y, finalmente, la experiencia humana del amor, ¿es diferente de la de Dios? Oord (2010) sabiamente afirma que cualquiera sea la definición que se utilice, el lenguaje muy probablemente va a flaquear de una manera u otra.

De hecho, las palabras utilizadas en el Antiguo Testamento para hablar acerca del amor derivan del amor a Dios: el amor experimentado en el matrimonio y como padres, el amor en la atracción sexual, el amor a los extranjeros y también el amor por las cosas (como comida y bebida). En la Escritura, siempre existe la connotación de que el amor es una emoción poderosa y un poderoso motivador que crea un vínculo fuerte. Piense en el Cantar de los Cantares, en cuanto al amor de los amantes; el amor de Dios (y dolor) en el pacto con el pueblo de Israel; el amor en amistades profundas como entre David y Jonatán (Harlaouan, 2009).

El amor es el principio organizador de la actividad divina, y considero que es un

organizador óptimo de la actividad humana, particularmente en el ámbito psicológico (Tjeltveit, 2012). El amor siempre se experimenta en contextos interpersonales y es primordial para la satisfacción de la necesidad y la motivación relacional intrínseca de la humanidad.

El amor en contexto: la centralidad de la confianza y la seguridad

El motivo relacional incluye una dimensión vertical “para que todos sean uno, Padre, así como tú estás en mí y yo en ti [...] yo en ellos y tú en mí. Permite que alcancen la perfección en la unidad” (Jn 17,21.23). Tanto las relaciones interpersonales como las verticales exigen que la confianza se desarrolle para su realización psicológica y espiritual saludable (Sal 20,7; 25,2; 31,14; Is 12,2; Os 2,19-20; Sof 3,2; Jn 14,1; Rom 15,13; Hb 2,13; 1 Jn 3,1; Roberts, 1997). La invitación de Jesús es “... ven a mí” (Jn 7,38). Una espiritualidad cristiana es irremediabilmente relacional y está vestida en lenguaje antropomórfico (Oler, 2004). “La esencia de la espiritualidad cristiana es la relación profunda con Dios que ocurre cuando el espíritu humano está cimentado en el Espíritu Santo. El crecimiento espiritual es un movimiento hacia una relación más profunda y cercana con Dios” (Benner, 1998, p. 90).

La palabra que usa la Biblia para confianza es fe. La confianza solo florece en la seguridad. Para confiar en Dios, uno debe creer que él es amoroso y desea el bien para sus hijos. Como se verá en la investigación analizada más adelante, no todos los creyentes confían en Dios. Muchos temen la ira de Dios.

Otros se han desanimado con los desafíos de la vida y sienten que Dios se ha distanciado de ellos, y que no le importa realmente su bienestar. Abrahán, a quien se lo llama el “padre de la fe”, experimentó altibajos en su trayectoria espiritual. Su experiencia de confiar en Dios distó mucho de ser lineal.

La Epístola a los Hebreos nos recuerda que porque confió en Dios, dejó todo lo que le era conocido, y salió con destino incierto (11,8). En lo que me imagino que fue un recorrido muy penoso, Abrahán confió en Dios con su único hijo, Isaac, en el tortuoso camino subiendo una montaña de sufrimiento. Como lo relata uno de los momentos más dramáticos que se encuentran en la Escritura (Gn 22), cuando Abrahán estaba listo para ejecutar a su propio hijo, el ángel del Señor habló, lo detuvo y le dijo que ahora gozaba de la plena confianza de Dios.

Como lo cuenta la Biblia, el amor y la confianza van de la mano, arraigados en la seguridad que proporciona el amor profundo. Pero como en la trayectoria de Abrahán (y la de Jesús), la seguridad se desarrolla a partir del vínculo del amor y no necesaria o exclusivamente de experiencias positivas. En efecto, a veces, lo único que permite mantener una sensación de seguridad es saber que siempre nos sostienen los brazos amorosos de Dios.

“El que me ha visto a mí ha visto al Padre” (Jn 14,9). Esta es la respuesta de Jesús al pedido de Felipe de conocer al Padre. Los seres humanos tienen muchas formas de experimentar el amor de Dios, pero ninguna más cercana a nuestro entendimiento que ver a Jesús en acción. El amor de Dios fue expresado a través de la kenosis, como se señaló anteriormente en términos generales, y más específicamente en la respuesta de Jesús a la necesidad humana. Experimentamos su amor a través de la providencia que satisface necesidades concretas (Mt 14,13-21) mientras se está en sintonía para satisfacer las más profundas necesidades del corazón humano (Jn 4,1-26).

Los versos de Amazing grace [Sublime gracia] reflejan el gozo de una forma muy especial de regreso al hogar. Quienquiera que haya estado perdido sabe cuán sublime es sentirse bienvenido y “encontrado”. Vemos esto en la afirmación de Jesús a María Magdalena (Jn 8,1; 12,3-7). Quien haya sido avergonzado hasta la médula puede saborear el confirmador abrazo que restaura, como lo hizo Pedro (Jn 21,15-25). El amor de Dios restauró (organizó) la experiencia psicológica de quienes habían sido heridos o simplemente se habían alejado de la gracia.

La respuesta humana al amor de Dios infaliblemente registra un sentimiento sublime de plenitud: plenitud de gozo (Sal 28,7), plenitud de confianza y gracia (Hb 4,16), plenitud de conocer las propias bendiciones (Mt 5), plenitud de perdón y reconciliación (Jn 3,16), plenitud de misericordia (Jn 8,11). “Ninguna condenación hay para los que están en Cristo Jesús” (Rom 8,1); más bien, hay plenitud de libertad (Ga 5,1).

Como puede parecer obvio a cualquiera que lea el párrafo anterior, los humanos tienden a experimentar el amor de Dios más en vistazos que como un estado continuo. Estos vistazos, sin embargo, señalan a lo que se promete que será un estado psicológico permanente a través de la eternidad en el reino de Dios. Pero aun teniendo estos atisbos de amor, los seres humanos se sienten sostenidos, energizados y fortalecidos para los retos de la vida diaria (Sal 23).

Me abocaré ahora a revisar la investigación sobre la experiencia y las vicisitudes del amor de Dios. Por necesidad, este repaso puede enfocarse solamente en el lado humano de la experiencia.

Teoría e investigación básica y aplicada

El interés de la psicología en el amor como una experiencia humana significativa ha sido descrito como “descuidado” (Marazzati, 2005), “raro” (Tjeltveit, 2006) y “relegado a los poetas” (Weis, 2006). Como se señaló anteriormente, la ciencia psicológica ha desarrollado un fuerte interés en investigar la experiencia humana de la compasión como resultado de la influencia de la filosofía y de las prácticas budistas. Durante la mayor parte de su historia, las dificultades de la ciencia con el amor han tenido que ver con asuntos de definición y enfoques clínicos que pueden haber percibido este tema como una amenaza a las ideas de autorrealización y autonomía personal.

Esta situación está cambiando, pero es con todo sorprendente que a este tema no se le haya dado la consideración central durante tanto tiempo, dados los experimentos bien conocidos realizados con primates conducidos por Harry Harlow (Harlow, Harlow, y Suomi, 1971), los primeros estudios en orfanatos conducidos por el psicoanalista Rene Spitz (1945) y los informes de prensa sobre lo que se encontró en los orfanatos de Rumania después de la caída del régimen de Ceausescu. La ausencia de contacto afectuoso es mortífero.

Stephen G. Post (2012) ha trabajado para traer el amor bajo el escrutinio científico. Por difícil que sea definirlo, él señala:

... amor es una afirmación emocionalmente palpable que se manifiesta en acciones beneficiosas. No es un principio árido de beneficencia, ni un hábito desprovisto de ternura. Más bien, el amor involucra actividad arraigada en una profundidad emotiva que es la fuente de que seamos “conmovidos”.

Se percibe en el tono de la voz, en la expresión facial, en una presencia atenta que viene del corazón, y en actividades que contribuyen al florecimiento. (p. 75)

Asimismo, Post (2012) no puede escapar de las contradicciones inherentes a la experiencia humana del amor:

A pesar de toda su fuerza, el amor humano es asombrosamente débil

[...] A pesar de todas sus sabias aspiraciones a hacer el bien, el amor humano es asombrosamente imprudente [...] A pesar de toda su pureza, el amor humano es asombrosamente impuro [...] A pesar de toda su inclusión, el amor humano es asombrosamente exclusivo. El amor humano está entretejido con: sufrimiento autoinfligido (descuida el cuidado de sí mismo), generosidad sádica (humilla, regaña, critica al receptor), manipulación (controlador, grandioso, narcisista), compulsión (coercitivo, depende de la gratitud para regular la autoestima), dependencia (dando no importa cuánto sea el abuso). (p. 79)

El repaso que se hará a continuación de la literatura científica sobre el amor de Dios pondrá de relieve el impacto del amor piadoso como un motivo para el bien, el apego a Dios como un proceso de desarrollo y un factor protector para la salud emocional, y un apego inseguro a Dios (particularmente como se expresa en las luchas espirituales humanas) como una disfunción emocional.

El amor piadoso se define como “la interacción dinámica entre el amor divino y el humano que anima y extiende la benevolencia” (Lee y Angos, 2012, p. 1). El amor de Dios es...

... ilimitado, perfectamente duradero, perfectamente puro, perfectamente universal, perfectamente sabio y perfectamente intenso o energético [...] El amor humano es asombrosamente débil [...] imprudente [...] impuro y entretejido con sufrimiento autoinfligido [...] manipulación [...] compulsión y la incapacidad de discernir cuando es abusado” (Post, 2012, p. 75,79).

Los investigadores han reconocido la importancia del amor piadoso para la conducta humana, particularmente para el altruismo y la dedicación ejemplar al bienestar de la sociedad (Lee, Poloma y Post, 2013; Yong, 2012).

En este modelo, los creyentes afirman la realidad de Dios, su presencia y dirección en sus propios esfuerzos por hacer el bien. Por ejemplo, los cristianos que leen el capítulo 5 del Evangelio de Mateo pueden sentirse compelidos a actuar de maneras altruistas, aun cuando aquellos que reciben los beneficios de sus acciones sientan mala voluntad hacia ellos:

Ustedes han oído que se dijo: “Ama a tu prójimo y odia a tu enemigo”.

Pero yo les digo: Amen a sus enemigos y oren por quienes los persiguen, para que sean hijos de su Padre que está en el cielo. Él hace que salga el sol sobre malos y buenos, y que llueva sobre justos e injustos. Si ustedes aman solamente a quienes los aman, ¿qué recompensa recibirán? ¿Acaso no hacen eso hasta los recaudadores de impuestos? Y, si saludan a sus hermanos solamente ¿qué de más hacen ustedes? ¿Acaso no hacen esto hasta los gentiles? Por tanto, sean perfectos, así como su Padre celestial es perfecto. (vv. 43-48)

Los sujetos paradigmáticos estudiados atribuyeron la dirección de Dios en términos específicos, tales como en encuentros espirituales o a través de la revelación en los escritos sagrados. Un número considerable de norteamericanos informa creer en el amor de Dios y haberlo experimentado en algún momento en sus vidas (45 % de norteamericanos informa que esto es una experiencia diaria, y 83 % informa que lo es de vez en cuando). En efecto, a menudo se encuentra como un motivo en las entrevistas cualitativas realizadas con individuos de todas las extracciones étnicas y sociales que han elegido un camino de servicio significativo. Dado su poder motivador y transformador clave, el amor piadoso es una consideración importante para la práctica del clínico, particularmente cuando los pacientes necesiten comprometerse con acciones que pueden requerir esfuerzo para mantener el rumbo o superar tendencias negativas.

El investigador Stephen G. Post escribe: “El amor piadoso es la única cosa en

este universo que es completamente fiable y digna de nuestra más profunda confianza, sin importar cuánto sufrimiento o tristeza llegue a nuestras vidas” (2008, p. 6). La realidad humana a menudo se encuentra en conflicto con las hermosas palabras de Post. Los clínicos muchas veces deben tratar con realidades que hasta la más sofisticada teodicea parece no poder responder. Este capítulo profundizará sobre los desafíos enfrentados por los terapeutas por medio de los conceptos de apego a Dios y luchas espirituales. El capítulo 11 abordará otro obstáculo a la experiencia del amor piadoso, es decir, el lado oscuro de la naturaleza humana.

El impacto psicológico del amor de Dios

La idea de que la espiritualidad cristiana está ligada a eventos y figuras del desarrollo no es novedosa, ya que fue resumida en el capítulo 5. Se está acumulando la evidencia empírica en cuanto a esta suposición. Simpson, Newman y Fuqua (2008) encontraron coincidencias sustanciales en los modelos relacionales usados por sus sujetos en cuanto a Dios u otros seres humanos. Era como si los sujetos usaran un “estilo metarrelacional empleado en ambas dimensiones relacionales” (p. 131). En efecto, los componentes espirituales eran predictivos del estilo relacional que los sujetos usaban con sus compañeros humanos.

Los teóricos del apego han desarrollado un activo programa de investigación (Beck, 2006; Granqvist, 2002; Granqvist, 2006a; Granqvist, 2006b; Granqvist y Kirkpatrick, 2013; Kirkpatrick, 2005) que ha mostrado una compleja conexión entre los patrones evolutivos de apego a una figura paterna y el apego a Dios. La relación con Dios activa en la mente del creyente conductas de apego similares a las que el creyente experimentó con sus padres. Por ejemplo, (a) la capacidad de mantener una conexión cercana y tranquilizadora con Dios, como los cristianos creen que él es omnipresente y está disponible a través de la oración; (b) Dios como un refugio seguro adonde pueden dirigirse los creyentes en momentos de angustia; y (c) Dios como una base estable, ya que los creyentes consideran a Dios “amoroso”, “consolador” y “protector” (Granqvist, 2006b; Granqvist y Kirkpatrick, 2013, Granqvist, Mikulincer y Shaver, 2010).

El apego a Dios puede ser manipulado empíricamente. Granqvist, Ljungdahl y Dickie (2007) adaptaron el test de ansiedad-separación para medir el papel del apego a Dios y la religiosidad de los padres en una muestra de niños de cinco a siete años. Encontraron una correlación entre una clasificación de apego seguro y mayor activación del apego a Dios, mientras que un apego inseguro dio como resultado menor activación. Si los padres eran religiosos o no, no tuvo un papel moderador como se anticipaba.

Un estudio posterior (Granqvist, Mikulincer, Gewirtz y Shaver, 2012) confirmó aún más, bajo condiciones experimentales, la correspondencia entre el tipo de apego a una figura paternal y el tipo de apego a Dios. La preparación de un acceso cognitivo intensificado por la amenaza a nociones acerca de Dios también activó la idea de Dios como una base estable y, finalmente, la preparación con contenido religioso aumentó lo agradable de la tarea experimental. Los sujetos con una clasificación de apego inseguro también mostraron un apego correspondiente a Dios, junto con una activación disminuida de conceptos cognitivos positivos de Dios o acceso a Dios como una base estable. Nuevamente, los resultados fueron independientes del nivel de religiosidad en una muestra de adultos judíos.

Los psicólogos sociales Gervais y Norenzayan (2012) exploraron la influencia de los individuos que tienen una experiencia con Dios. Los experimentos que dirigieron demostraron que los individuos creyentes adaptaron sus conductas cuando se los indujo a sentir que Dios estaba “observándolos”. Mostraron una conciencia de sí mismos aumentada y respuestas socialmente deseables. En otras palabras, estos estudios sugieren que una conciencia de la presencia de Dios tiene una influencia sobre el tipo de conducta exhibido.

Para que sea un instrumento legítimo y útil en el asesoramiento psicológico y la psicoterapia, la experiencia del apego a Dios debe ser validada en poblaciones clínicas como también no clínicas y contribuir a la trayectoria de curación de un individuo. Existe evidencia del concepto en poblaciones no clínicas, y hay una buena muestra de estudios en poblaciones clínicas para su potencial aplicación en el asesoramiento psicológico. Una importante salvedad para tener en cuenta es que los individuos que se autoidentifican como ateos, agnósticos o que tienen puntos de vista no teístas tienden a ser clasificados como con un apego inseguro; por lo tanto, muchas de las ideas discutidas aquí pueden no ser aplicables con ellos en la sala de consultas (Granqvist, Hagekull y Ivarsson, 2012; Granqvist, Mikulincer, Gewirtz y Shaver, 2012).

En la primera carta del apóstol Juan, se expresa: “En el amor no hay temor, sino que el amor perfecto echa fuera el temor” (1 Jn 4,18). En otras palabras, una relación amorosa contribuye a una sensación de seguridad, un sentimiento de confianza, una experiencia de confidencialidad.

Azari (2006) exploró el apoyo para la presuposición de que el sistema de apego es central a la experiencia de Dios. Usando el estudio por imágenes de la función cerebral, ella comparó a un grupo de cristianos que recitaban el salmo 23,1 (“El Señor es mi pastor, nada me faltará”) con un grupo de no creyentes. La actividad cerebral era distintiva en la corteza prefrontal y frontal medial, regiones que se consideran críticas para las interacciones sociales. Azari llamó a esto “cognición relacional”.

Esto se puede comparar con los hallazgos obtenidos por Newberg (2006) al estudiar a un grupo de monjes budistas que meditaban, los que mostraban activación cerebral en regiones que median cambios en la orientación del cuerpo/yo en el espacio, lo que sugiere que se desdibujan los límites físicos, pero ninguna conexión personal a un dios, como se esperaría, dadas las creencias budistas al respecto.

Además, el estudio por imágenes de resonancia magnética funcional (fMRI) de monjas carmelitas que relataban su experiencia de unión con Dios mostró una actividad cerebral con correlatos similares a los informados por Azari y Newberg, posiblemente reflejando elementos relacionales tanto como místicos (Beauregard y Paquette, 2006). En otras palabras, la creencia en Dios como una presencia amante claramente incorpora regiones del cerebro asociadas con la cognición social.

Estos hallazgos coinciden con la investigación conducida por Schojoedt, Stodkilde-Jorgensen, Geertz y Roepstorff (2009) que llegó a la conclusión de que “orar a Dios es una experiencia intersubjetiva comparable a la interacción interpersonal ‘normal’” (p. 199). Cuando los creyentes cristianos participan en lo

que ellos llamaron “oración espontánea” —lo que compañeros creyentes llamarían “hablar con Dios como un amigo”—, los sujetos incorporaban regiones del cerebro asociadas con la cognición social, es decir, el lóbulo temporopolar, la corteza prefrontal medial, la unión temporoparietal y el precúneo. Los no creyentes que participaban en conductas similares no mostraban patrones similares de estas regiones cerebrales.

Estos estudios confirman que los creyentes piensan en Dios como una persona, lo cual coincide con la teoría del apego. Las cuestiones metodológicas en la medición del apego a Dios como un proceso automático de valoraciones emocionales de seguridad son muy desafiantes. Los resultados del estudio dirigido por Inzlicht, McGregor, Hirsh y Nash (2009) pueden aproximarse a superar las preocupaciones metodológicas (ver también Inzlicht y Tullett, 2010). La actividad cerebral de los sujetos se medía con electroencefalogramas mientras completaban una tarea de nombrar los colores, en la cual las palabras de colores se presentaban en un paradigma correspondiente o no correspondiente relativo al significado semántico de la palabra.

La actividad cerebral clave se registraba cuando los sujetos cometían un error. Aquellos que apoyaban afirmaciones como “aspiro a vivir y actuar según mis creencias religiosas” (p. 387) mostraban una actividad disminuida en la corteza cingulada anterior, un sistema que parece participar en la modulación de la actividad autorreguladora y la experiencia de ansiedad. Los investigadores llegaron a la conclusión de que “la convicción religiosa protege contra la ansiedad al proporcionar alivio de la experiencia de incertidumbre” (p. 385).

Un enfoque prometedor está emergiendo al tomar como blanco de investigación en esta área a la neurohormona oxitocina (Grigorenko, 2012). El neuroeconomista Paul J. Zak (2004, 2005a, 2005b, 2005c, 2006, 2007, 2012) ha mapeado el papel crucial que juega la confianza en las relaciones humanas y el papel central que juega la oxitocina. Combinando paradigmas de investigación conductual, técnicas de imágenes cerebrales y medidas neurofisiológicas, ha establecido convincentemente el papel fundamental que juega la neurohormona oxitocina en regular la confianza interpersonal.

En una variedad de estudios que cuentan con una versión del “dilema del prisionero” desarrollado en psicología social, se les da a los individuos instrucciones de compartir (o no) una pequeña suma de dinero con una persona desconocida. Zak encontró sistemáticamente que aquellos dispuestos a compartir más dinero con el individuo desconocido, arriesgando así a no ser correspondido de alguna manera, tenían mayores niveles de oxitocina (y recibían una devolución monetaria mayor) que aquellos que no lo hacían, lo que sugiere que las diferencias en la confianza eran parcialmente mediadas por la oxitocina.

Paradigmas experimentales similares han identificado la activación preferencial de la corteza paracingulada en la generación de confianza al depender de mecanismos de mentalización. La confianza condicional, por otro lado, activó, como era de prever, la región tegmental ventral, que está asociada con recompensas previstas, mientras que la confianza incondicional activó el área septal y el hipotálamo, áreas límbicas que controlan la liberación

de oxitocina y vasopresina, los neuropéptidos involucrados en la conducta de apego (Krueger, McCabe, Moll, Kriegeskorte, Zahn, Strenziok, Heinecke y Graffman, 2007).

Jaak Panksepp (2009) parece estar de acuerdo con este marco de referencia conceptual. Él ve el sistema de pánico o dolor/angustia operando en paralelo uno con otro, pero moviéndose en dirección opuesta al sistema de cuidado. La dinámica que emerge de la interacción de estos sistemas capta los elementos esenciales del sistema de apego. La neuroquímica de dolor/angustia activa sentimientos de angustia de la separación a través de la liberación del factor corticotropina. Por otro lado, los neuroopioides, oxitocina y prolactina, contribuyen a la formación y consolidación de sentimientos de apego.

Si el apego se refiere principalmente a la experiencia sentida, entonces el sistema afectivo/cognitivo social debería ser modulado por la oxitocina, y el apego a Dios, como experiencia sentida, debería reflejar las fluctuaciones sobre esta neurohormona, basado en si se siente que Dios es seguro o inseguro. Un puñado de estudios recientes sugiere que este puede ser el caso. Holbrook, Hahn-

Holbrook y Holt-Lunstad (2015) observaron una correlación entre los niveles de espiritualidad como rasgo y la oxitocina en una muestra de cristianos practicantes. Quienes tenían una espiritualidad como rasgo también mostraron niveles más elevados de oxitocina salival. Otro estudio encontró resultados similares con una muestra de pacientes con VIH quienes reportaron altos niveles de espiritualidad. En efecto, quienes informaron una transformación espiritual tenían el doble de niveles de oxitocina comparado con quienes no lo hicieron (Kelsch et al., 2013).

Un estudio reciente examinó el rol de un gen receptor de oxitocina en la experiencia de bienestar en una muestra intercultural de individuos coreanos y norteamericanos. Los investigadores descubrieron que el genotipo receptor de oxitocina estaba asociado con niveles más elevados de religiosidad y bienestar en la muestra coreana, pero no en el grupo de norteamericanos. Los autores interpretaron los resultados como indicadores del papel de mediación de la cultura coreana, que acoge favorablemente una comprensión colectiva de la religión —es decir, la importancia de la afiliación social—, mientras que el grupo norteamericano que llevaba el mismo genotipo no experimentó niveles superiores de bienestar conectados a la religiosidad porque la cultura norteamericana es más individualista (Sasaki, Kim y Xu, 2011).

Tomados en conjunto, estos estudios parecen señalar al papel de la conexión/seguridad sentida con Dios reflejada en los niveles de oxitocina en estas poblaciones. Desde mi punto de vista, el siguiente paso en la investigación de la neurociencia del apego a Dios debería involucrar un enfoque multimétodo, donde la activación de una respuesta de apego a Dios capte la reacción afectiva implícita, independientemente de las creencias profesadas por un individuo. Es razonable ahora probar empíricamente la hipótesis de que niveles más elevados de oxitocina se encontrarían en quienes tienen un apego seguro, y niveles más bajos de oxitocina, en quienes tienen un apego inseguro.

Un sentido de confianza y seguridad implícito y coherente puede realmente echar fuera el temor.

Investigaciones realizadas con niños (De Roos, Miedema y Iedema, 2001), jóvenes adultos (Dickie, Ajega, Kobylak y Nixon, 2006) y adultos mayores (Cicirelli, 2004) y poblaciones de cristianos practicantes (Cassibba, Granqvist, Costantini y Gatto, 2008; Eurelings-Bontekoe, Hekman-Van Steeg y Verschuur, 2005; Reinert, 2005) muestran correlaciones entre el historial de apego y el tipo de apego a Dios. Se han identificado diferencias individuales (Granqvist, 2006b) en que individuos seguramente apegados tienden a mostrar un patrón “correspondiente” de apego a Dios. Estos individuos generalizan un modelo de funcionamiento interno en los cuales otros están emocionalmente disponibles, el yo es digno de cuidado y se percibe a Dios como que posee rasgos similares (es decir, Dios es emocionalmente disponible y percibe al individuo como digno de cuidado).

De este modo, la clasificación de apego seguro al padre o a la madre corresponde o es similar a la clasificación de apego a Dios. Experimentar a Dios como benigno se correlaciona con conductas prosociales, mejor salud y una visión más optimista del futuro, y así parece ser beneficioso más allá del ámbito de la espiritualidad (Johnson, Li, Cohen y Okun, 2013; Krause, Emmons y Ironson, 2015). En forma similar, una clasificación de apego inseguro (ansioso o evitativo) también puede corresponderse con un apego inseguro a Dios. En este caso, si se sintió que un padre era distante, no comprometido y ajeno a las necesidades del niño, entonces la experiencia de Dios del creyente mostrará rasgos similares (Granqvist y Kirkpatrick, 2013). Hay evidencia reciente de una “transmisión generacional” de un apego seguro a Dios, en que niños seguramente apegados a sus madres, que a su vez están seguramente apegadas a Dios, también tienden a creer que Dios está cerca (Cassiba, Granqvist y Costantini, 2013).

Los estudios realizados con poblaciones de adultos sugieren que un apego seguro a Dios puede servir como un amortiguador contra la ansiedad (Agishtein, 2014) y llevar a una mejor recuperación de episodios psicóticos en una muestra clínica (Prout, Cecero y Dragatsi, 2012). Más aún, un sentido benevolente de la presencia de Dios se correlaciona con una autopercepción positiva y una mayor

motivación para ofrecerse como voluntario a favor de los necesitados (Johnson, Cohen y Okun, 2016).

Por el contrario, los individuos clasificados como de apego inseguro pueden dirigirse a Dios como a un sustituto para “compensar” y regular la angustia subjetiva. Dios se convierte en una base estable cuando ningún otro ser humano es seguro. Dios llega a ser el Padre amoroso que nunca tuvieron o el refugio seguro al cual dirigirse cuando se experimenta angustia. La literatura se refiere a un cambio en la clasificación de apego de inseguro a seguro como “seguridad de apego adquirido” (Granqvist, 2003). Es interesante que un grupo de sujetos suecos que recurrieron a prácticas de la nueva era, aunque mostraban un apego inseguro, no activaron a Dios como un sustituto y mostraron las formas más serias de apego inseguro a sus relaciones existentes (Granqvist, 2006b). Este estudio sugiere que los no creyentes que eligen no optar por Dios como una figura “compensatoria”, pueden tener retos adicionales en encontrar un “refugio seguro” para afrontar mejor los desafíos de la vida.⁹

Los pacientes que provienen de tradiciones no teístas pueden presentar un desafío particular en cuanto a esto, como lo sugieren un puñado de estudios realizados con esta población. Artículos teóricos han tratado de expresar cómo se relacionan las creencias budistas con la teoría del apego en general (Lee, Wu, Lin, Chen y Lo, 2014; Sahdra y Shaver, 2013), pero estas aguardan verificación empírica. Hasta el momento, la predicción de Granqvist de vías alternativas para seguridad en el apego con poblaciones no teístas (Granqvist, Mikulincer y Shaver, 2010) no han sido confirmadas en los estudios recién citados. Un paciente a quien vi hace unos pocos años, que había abandonado el cristianismo por un sistema de creencias no teístas, compartió que practicaba una meditación que consistía en visualizar un flujo de agua goteando al fondo de una cueva. Aunque obtenía cierta medida de calma, no podía educir un sentido de ser amado a partir de esa imagen. Tal vez aquellos con un apego inseguro tengan más dificultades en obtener un apego seguro si dependen de una espiritualidad no teísta.

En un estudio que analizó los efectos de la orientación religiosa, relatos retrospectivos de vínculos criatura-padres y relatos actuales de apego a Dios sobre rasgo de ansiedad y bienestar existencial, se examinó el impacto del apego a Dios sobre la adaptación psicológica. Medidas de autoinforme en una muestra de 116 adultos descubrió pequeños, pero significativos efectos del apego a Dios sobre la predicción de adaptación sobre los efectos de vínculos padres-criaturas. La orientación religiosa intrínseca medió la relación entre el apego a Dios y la adaptación (Miner, 2009). Los creyentes parecen concebir a Dios como realmente interesado en su bienestar emocional, no solo abierto a la alabanza, sino también lo suficientemente seguro para expresar emociones negativas. Dos estudios mostraron que los sujetos con apego seguro a Dios experimentaron este tipo de conexión con Dios, así como una conexión más cercana a sus propias comunidades de fe y menos ansiedad en su relación con Dios, cuando se los comparó con sujetos clasificados como no seguros (Hall et al., 2009; Harriot, Exline, Hall y Pargament, 2014).

Hall (2007) refinó las contribuciones de la teoría del apego al mostrar que en el centro existe una correspondencia implícita en el modelo de funcionamiento interno de un individuo. El modelo de funcionamiento interno es el “filtro” mental que organiza el concepto de uno mismo y las ideas implícitas acerca de otros seres humanos, incluyendo la representación de apego parental y la de Dios. También señala a la compensación que ocurre al recurrir a procesos explícitos, que pueden no eliminar una tendencia de parte de individuos inseguros a sentirse menos conectados emocionalmente a su Dios.

De hecho, un apego inseguro a Dios puede llevar a una mayor ansiedad, que no les permita así a estos individuos cosechar los beneficios emocionales de su fe. La disonancia entre lo que se cree y lo que se experimenta no es nueva.

El apego a Dios también puede tener un impacto sobre las creencias y prácticas religiosas. Zahl y Gibson (2012) encontraron que las clasificaciones de apego experiencial a Dios eran menos positivas que las afirmaciones doctrinales acerca del amor y la aceptación de Dios en una muestra cristiana. Cuando se pensaba y se sentía que Dios era crítico, los sujetos tendían a correlacionarlo con una clasificación de apego inseguro. Un apego

seguro a Dios se correlacionaba con una experiencia positiva de Dios, mayor ortodoxia doctrinal y niveles más elevados de compromiso religioso.

Una imagen benevolente de Dios también se correlaciona con mayor frecuencia de oración, el contenido de la oración, una disposición a perdonar y un compromiso religioso general (Krause, Emmons e Ironson, 2015). Además, la clasificación de apego también parece modelar el tipo preferido de afrontamiento religioso. Un estudio descubrió correlaciones del apego inseguro y mayor ira y duda hacia Dios entre los ansiosos o ambivalentes, una tendencia a enfocar en las “buenas obras” entre los evitativos o despectivos,

y una preferencia por usar la religión al enfrentar dificultades entre los seguros (Cooper, Bruce, Harman y Boccaccini, 2009).

Un puñado de estudios ha vinculado directamente el apego a Dios con la inadaptación psicológica, mientras que otras investigaciones han descubierto que la creencia en Dios sirve como un amortiguador para mejorar el impacto de los eventos negativos. Kirkpatrick y Shaver (1992) encontraron que los individuos con un apego seguro a Dios informaban menos ansiedad, depresión y enfermedades físicas, como también mayor satisfacción en la vida, que los que tenían apegos religiosos inseguros. Homan (2012) encontró que un apego seguro a Dios mitigaba el impacto sobre la imagen corporal en señoritas expuestas a ideales mediáticos poco realistas. Se ha descubierto que un apego compensatorio a Dios regula la ansiedad y otras emociones negativas (Granqvist y Hagekull, 1999).

Los creyentes parecen concebir a Dios como realmente interesado en su bienestar emocional y lo ven como que acoge tanto la alabanza como la expresión de emociones negativas. Dos estudios mostraron que los sujetos con apego seguro a Dios experimentaron este tipo de conexión con Dios, junto con una conexión más cercana a sus comunidades de fe y menos ansiedad en la relación con Dios, comparado con sujetos clasificados como no seguros (Hall et al., 2009; Harriot, Exline, Hall y Pargament, 2014).

Se realizó un estudio en cierto modo similar con un grupo de 276 estudiantes de una universidad cristiana. Los estudiantes completaron cuestionarios valorando el estilo de apego adulto y el apego ansioso a Dios o evitación. Coherente con investigaciones previas, la evitación de apego adulto significativamente predijo estrés percibido. Un apego ansioso a Dios tenía una validez creciente sobre el apego adulto, significando que hizo su propia contribución a los niveles de ansiedad sobre y más allá de la clasificación de apego adulto romántico (Reiner, Anderson, Lewis Hall y Hall, 2010).

Una muestra nacional de miembros de la Iglesia presbiteriana respondió vía autoinforme a cuestionarios que medían estilos de apego a Dios, percepciones de la naturaleza de Dios (p. ej., imágenes de Dios) y eventos estresantes de la vida que llevaron a sufrimiento psicológico. Conclusiones significativas sugieren que un apego seguro a Dios está inversamente asociado con el sufrimiento, mientras que tanto un apego ansioso a Dios como los eventos estresantes de la vida se relacionaban positivamente con el sufrimiento (Bradshaw, Ellison y Marcum, 2010). Una percepción benevolente de Dios puede dar impulso al sentido de valía personal del creyente (Grimes, 2007), posiblemente neutralizar los efectos de entornos estresantes actuales o del desarrollo (Dumont, Jenkins, Hinson y Sibcy, 2012) y proporcionar un refugio seguro y una base estable desde la cual tratar los problemas.

Sentirse amado por Dios también puede afirmar un sentido de significación personal y propósito en la vida (Stroope, Draper y Whitehead, 2013).

Una ola de estudios recientes que usa grandes muestras comunitarias (Bradshaw, Ellison y Flannelly, 2007; Bradshaw, Ellison y Marcum, 2008; Flannelly, Koenig, Galek y Ellison, 2008) se ha explayado sobre la relevancia del tipo de apego a Dios, las creencias acerca del carácter de Dios y las medidas de sufrimiento psicológico. En un estudio (Bradshaw, Ellison y Marcum, 2008) se asoció un apego seguro a Dios con niveles más bajos de angustia, mientras que la creencia en el carácter amoroso y benigno de Dios tuvo un efecto moderador. Un apego inseguro a Dios —es decir, sentirse cerca a veces y distante otras veces— se relacionaba con niveles más elevados de angustia. En efecto, se encontró que los estilos de apego a Dios (p. ej., “Dios me parece impersonal” o

“Tengo una relación cálida con Dios”) eran indicadores más importantes de angustia que las percepciones del carácter de Dios (p. ej., “¿Cuán fuertemente están de acuerdo o no que Dios es [...] amante, que aprueba, remoto?”), aun cuando un estudio relacionado (Flannelly, Koenig, Galek y Ellison, 2008) encontró que las creencias en el carácter de Dios también contribuían a los niveles de angustia. La creencia de que Dios es amoroso y está cerca del creyente tenía una fuerte asociación con niveles más bajos de síntomas psiquiátricos, mientras que la creencia en un Dios que juzga tenía solo una conexión marginal.

Se han realizado unos pocos estudios con poblaciones clínicas. Un estudio longitudinal a corto plazo exploró si una relación segura con Dios protegería a las jóvenes ($N = 231$; $M = 19,2$) del impacto de cuatro factores de riesgo para trastornos alimentarios: presión para ser delgadas, internalización de un ideal de delgadez, insatisfacción con su cuerpo y hacer dietas. Los análisis mostraron que las mujeres con apego seguro a Dios experimentaron niveles reducidos de cada factor de riesgo. Datos prospectivos mostraron que la presión a ser delgada y la internalización de un ideal de delgadez indicaban insatisfacción con su cuerpo solo para las mujeres con un ansioso apego inseguro a Dios. Los datos indicaron que las mujeres que se sentían amadas y aceptadas por Dios están protegidas de factores de riesgo de trastornos alimentarios (Homan y Boyatzis, 2010).

Homan y Lemmon (2014) encontraron que un ansioso apego a Dios se asociaba con mayores tendencias a comparaciones desfavorables (tamaño del cuerpo y satisfacción) y una probabilidad mayor de síntomas de trastornos alimentarios en una muestra de mujeres estudiantes universitarias. Otro ejemplo del efecto potencialmente protector del apego a Dios se examinó en una muestra de pacientes con dolores crónicos. Se midió el impacto de la experiencia emocional de Dios (p. ej., imágenes de Dios positivas y negativas) sobre la felicidad informada en una muestra de 160 individuos con dolores crónicos y se encontró que tenían un impacto positivo directo, y un impacto indirecto, ya que el apego a Dios permitía una reinterpretación de su enfermedad (Dezutter, Luyckx Schaap-Jonker Büssing, Corveleyn y Hutsebaut, 2010).

A una cohorte de 200 pacientes que recibieron cirugías cardíacas se los siguió en el posoperatorio durante 900 días para determinar la contribución de la percepción de amor divino en las estrategias de afrontamiento. Ai y Hall (2011) encontraron que las estrategias de afrontamiento positivas utilizadas en el preoperatorio indicaron una profundización del sentido del amor divino experimentado posoperativamente. Conjeturaron que esto puede tener un impacto positivo sobre la salud emocional y, potencialmente, sobre el funcionamiento de la salud, siguiendo los descubrimientos de Levin (2001) en una muestra de pacientes de medicina familiar.

El maltrato verbal, físico y sexual en la niñez se relaciona con una variedad de manifestaciones de trastornos emocionales. Un estudio exploró la relación entre estas formas de abuso y el apego a Dios y los conceptos de Dios.

Cada forma de maltrato se relacionaba adversamente con medidas de religiosidad. El apego a los padres mediaba la relación entre dos variables de maltrato (maltrato verbal y físico) y el apego a Dios, como también el concepto de Dios como amante y como distante. Sin embargo, el apego a los padres no medió la relación entre el apego a Dios y la variable de abuso sexual. El abuso sexual estaba fuertemente relacionado con dificultades con el apego a Dios y el concepto propio de Dios (Reinert y Edwards, 2009).

Granqvist, Fransson y Hagekull (2009) encontraron que el trauma no resuelto como fue medido en la entrevista de apego adulto se correlacionaba significativamente con la espiritualidad de la nueva era. Los autores interpretaron este tipo de espiritualidad como una forma adaptable de afrontar sin tener que enfocar en una relación cercana con Dios, lo cual podría provocar mayores niveles de conflicto, dados los altos niveles de rechazo parental y la reversión experimentada. Estos individuos también tenían significativamente mayor frecuencia de cambios religiosos intensos y repentinos mientras sufrían agitación personal, en contraste con los creyentes en un Dios personal, que tenían una mayor frecuencia de un historial de apego seguro que también incluía su apego a Dios (Granqvist, Ivarsson, Broberg y Hagekull, 2007).

Un punto similar se mencionó en un estudio con una muestra basada en la comunidad de mujeres judías (Feinson y Meir, 2015). Se descubrió que, aunque se encontraron niveles similares de trastorno emocional entre las judías seculares y ortodoxas, el grupo religioso tenía mayores niveles de ira no resuelta, lo cual los autores especularon que podría ser el resultado de percibir que Dios no las protegió del trauma.

Las enfermedades mentales severas, tales como esquizofrenia y otras condiciones psicóticas, han sido consideradas desde hace mucho tiempo como asociadas con la experiencia religiosa. Algunos aducen que la religión complica la enfermedad mental al enfocar sobre la experiencia que no está basada en la realidad. Otros argumentan que la enfermedad mental distorsiona la capacidad de tener una espiritualidad sana. Más recientemente, la investigación ha mostrado que la religión puede servir como un amortiguador contra el estrés que resulta de la enfermedad (Mohr, Perraud, Gillieron, Grandt, Rieben, Borrás y Huguelet, 2011).

Con frecuencia, la religiosidad de individuos con enfermedades mentales severas se califica como solo otro síntoma. Un estudio interesante de Schottrenbauer, Fallot y Tyrrell (2004) analizó la clasificación de apego

de individuos con enfermedades mentales severas, en conexión con asistencia a la iglesia, frecuencia en la oración y lectura de la Escritura. Los clasificados con un apego seguro era más probable que participaran en todas estas actividades espirituales, mientras que los clasificados con un apego inseguro, no. Ambos grupos no diferían en una cantidad de variables, incluyendo el diagnóstico psiquiátrico.

No todos los que enfrentan eventos negativos perciben a Dios como alguien que apoya y consuela. Una cantidad sustancial de literatura sobre luchas espirituales lo deja claro. Experimentar a Dios como airado, punitivo o que abandona puede tener poderosos efectos negativos (Exline, 2013; Murray-Swank y Murray-Swank, 2012). Una serie de estudios observó el impacto de percibir a Dios de una manera negativa en una muestra de individuos que había perdido a un ser

querido y a sobrevivientes de cáncer.

No es de sorprender que la ira hacia Dios se asemejara a los indicadores de ira interpersonal e incluía tener a Dios por responsable de daño severo, atribuirle crueldad, tener dificultad en encontrar significado y verse a uno mismo como una víctima. Frecuentemente, se reportaba enojo hacia Dios en respuesta a eventos negativos. Resulta interesante que algunos ateos y agnósticos informaron ira involucrando a Dios, particularmente en medidas que enfatizan eventos pasados. La ira hacia Dios se asociaba con una adaptación más pobre al duelo y al cáncer, particularmente cuando la ira permanecía sin resolver en un período de un año (Exline, Park, Smyth y Carey, 2011).

Hallazgos similares se obtuvieron con una muestra de pacientes cardíacos entrevistados antes y después de cirugía. Se seleccionaron índices médicos y quirúrgicos estandarizados de una base de datos nacional. Los resultados mostraron que la lucha espiritual preoperatoria mediaba los efectos indirectos del afrontamiento de la ansiedad y la ira sobre la interleucina-6 (IL-6) inmediatamente antes de la cirugía. El vínculo entre la lucha espiritual y la IL-6 medió aún más los efectos indirectos del afrontamiento de la ansiedad y la ira sobre la hostilidad posoperatoria, complicando la recuperación de estos pacientes (Ai, Pargament, Kronfol, Tice y Appel, 2012). Finalmente, percibir el ser castigados por Dios y el sentirse perjudicados por Dios y temerosos de él, se asociaron con una severidad aumentada en individuos con síntomas bulímicos (Buser, 2013) y también en depresión persistente en 343 pacientes mayores holandeses a quienes se les hizo un seguimiento durante doce años (Braam et al., 2014).

Aunque no se estaba probando directamente el concepto del apego a Dios, un estudio realizado sobre una muestra nacional identificó una relación significativa entre las luchas espirituales y diversas formas de psicopatología, incluyendo ansiedad, ansiedad fóbica, depresión, ideas paranoicas, obsesión-compulsión y somatización, después de controlar variables demográficas y religiosas. Además, la relación entre un afrontamiento religioso negativo y ansiedad, y ansiedad fóbica, era mayor para individuos que habían experimentado una enfermedad reciente (McConnell, Pargament, Ellison y Flannelly, 2006).

Un estudio longitudinal de dos años con 268 individuos hospitalizados, mayores y clínicamente enfermos descubrió, después de controlar variables médicas y demográficas relevantes, que el afrontamiento religioso era significativamente indicador de cambios en la salud mental y física y en los resultados médicos. Métodos positivos de afrontamiento religioso (p. ej., buscar apoyo espiritual, reevaluación religiosa benevolente) se asociaron con mejoras en la salud, mientras que los métodos negativos de afrontamiento religioso (sentirse castigado o abandonado por Dios, reevaluación, entre otras variables) eran indicadores de una disminución de la salud (Pargament, Koenig, Tarakeshwar y Hahn, 2004; Wilt, Grubbs, Pargament y Exline, 2016).

De manera similar, los miembros de la familia de pacientes de hospicios que estaban enojados con Dios mostraban mayores niveles de depresión, tenían más dificultad en encontrar significado, tenían menos religiosidad y sentían que su ser amado experimentaba mayores niveles de dolor (Exline, Prince-Paul, Root y Peereboom, 2013).

Los que son propensos a luchar más tienen algunas de las siguientes características: son parte de una minoría religiosa, tienen una orientación hacia la búsqueda; perciben a Dios como misterioso o como un “espíritu universal”; tienen una menor entrega religiosa, menos religiosidad intrínseca y mayor orientación religiosa extrínseca; tienen un apego ansioso inseguro; tienen un sentido más elevado de derecho espiritual; perciben la naturaleza de la lucha como de rasgos moralmente inaceptables (Dworsky, Pargament, Wonga, Exline, 2016; Exline, 2013; Grubbs, Exline y Campbell, 2013).

Murray-Swank y Murray-Swank (2012) concluyeron en su revisión de investigaciones sobre luchas espirituales que reaccionar con ira hacia Dios en presencia de las dificultades de la vida no es extraño. Pero la posición persistente de tener a Dios por responsable de nuestros problemas, atribuyéndole intenciones crueles y tener dificultad en encontrar un significado espiritual, todo eso aumenta la sensación de alienación que, a su vez, predice una salud mental pobre. Un estudio de Ano y Pargament (2013) trató de identificar los indicadores

para luchas espirituales de una muestra de 309 estudiantes universitarios. Su hipótesis era que los indicadores podían encontrarse en experiencias religiosas de Dios, la atmósfera de las comunidades de fe, las actitudes religiosas y las disposiciones personales, los rasgos y factores situacionales, tales como apreciaciones negativas y nivel de compromiso social.

Las luchas espirituales se predecían por estimaciones más negativas de eventos estresantes, apego inseguro a Dios y neurosis. De hecho, los rasgos de personalidad negativos (baja autoestima, baja compasión propia y derecho)¹⁰ también fueron indicadores de la estabilidad y la intensidad de las luchas religiosas en un estudio prospectivo a corto plazo que usó una muestra comunitaria grande (Grubbs, Wilt, Stauner, Exline y Pargament, 2016). Exline, Hommolka y Grubbs (2013) descubrieron que una percepción negativa del propio padre o de la madre se asociaba con luchas con Dios.

Estudios recientes sugieren una perspectiva más matizada. Exline, Krause y Broer (2016) analizaron los niveles de percepción del dolor en una muestra de individuos que sufrían de dolor de cabeza crónico. Como se esperaba, las luchas espirituales se relacionaban con un umbral del dolor más bajo, niveles mayores de trastorno emocional y discapacidad percibida cuando se las comparaba con quienes no experimentaban luchas espirituales. Sin embargo, los investigadores encontraron que los resultados encuadraban mejor

con las descripciones de quienes estaban enojados con Dios, mientras que aquellos que se quejaban, cuestionaban y discutían con Dios (clasificados como “manifestantes”) mostraban una reducción en la angustia y un mayor sentido de significado. Semejantes a los “manifestantes” que se encuentran en las Escrituras, como Jeremías, Job y otros, la asertividad con Dios resultó ser un indicador de mejores resultados. La ira no procesada con Dios también puede dar resultados negativos cuando, en vez de expresarla directamente, se la suprime. Dworsky, Pargament, Wong y Exline (2016) encontraron que evitar específicamente las luchas espirituales se asociaba con mayores niveles de ansiedad, afecciones psicosomáticas y depresión. Evitar los sentimientos negativos asociados con luchas espirituales empeoraba los síntomas y era un indicador de una salud mental más pobre.

Tomados en conjunto, los descubrimientos de la investigación parecen sugerir que una experiencia fuerte de fe sencilla en un Dios amante tiende a reducir la probabilidad de luchas espirituales y el estrés emocional asociado con ello.

Sería razonable suponer que estos hallazgos solo se aplican a miembros de religiones monoteístas y no a agnósticos o ateos. Un estudio que utilizaba un diseño experimental encontró que los ateos se sintieron provocados emocionalmente después de leer “declaraciones ofensivas” “desafiando a Dios” a actuar de forma perjudicial hacia amigos y parientes, tal como lo midió la conductancia de la piel; esto se comparó con niveles menores de reactividad cuando leyeron “declaraciones ofensivas”, “declaraciones neutrales” o “declaraciones de deseos” no religiosos. En otras palabras, la reacción emocional estaba en claro contraste con las creencias declaradas acerca de la existencia y la realidad de Dios. Otro punto de interés es que la muestra se reclutó en Finlandia, un país que no tiene precisamente una presencia cristiana muy activa (Lindeman, Heywood, Riekk y Makkonen, 2014).

En resumen, la literatura sugiere una conexión consistente entre la clasificación de adultos que emerge de una relación padre-hijo, o la clasificación de apego adulto y apego a Dios, que sirve un impacto elevador, protector o perjudicial sobre la salud y la salud mental de los individuos, dependiendo de cómo se experimenta a Dios, y hasta cierto punto, independientemente de las creencias declaradas.

Los psicólogos sociales deconstruyeron la máxima de Jesús “Ama al Señor tu Dios con todo tu corazón y con toda tu alma y con toda tu mente” (Mt 22,37) en un concepto operativo: religiosidad intrínseca. Allport y Ross (1967) definieron la religiosidad intrínseca como una fe que es personal e internalizada, tiene integridad y no está motivada por el poder, el control o la tradición. Por el contrario, definieron la religiosidad extrínseca como la adhesión a los aspectos formales de la religión, con un foco en las ganancias personales que se pueden obtener de pertenecer a una organización.

Una serie de estudios dirigidos por Koenig (1988a, b; Mathews et al., 1998; Koenig et al., 1998, 2001) documentó las correlaciones presentes entre la religiosidad intrínseca y la depresión en una gran muestra de individuos ancianos hospitalizados. Descubrió que una mayor asistencia a la iglesia y la dependencia de afrontamiento religioso se asociaba con menores niveles de depresión. Se asociaba la religiosidad intrínseca con menos días de hospitalización y mejores tasas de remisión de la depresión. Un estudio más reciente parece apoyar esta idea. Jeff Levin (2002) encontró una fuerte correlación negativa entre la percepción de ser amado por Dios y menores niveles de depresión en una muestra de pacientes de medicina familiar, lo que sugiere que el amor divino puede servir como un factor protector.

Un grupo de estudios sofisticados y significativos parecen apoyar los hallazgos sobre religiosidad intrínseca y los niveles de depresión, y señalar a un posible mecanismo. Se siguió longitudinalmente durante diez años a una muestra de individuos con un alto riesgo familiar para la depresión, con un 76 % de disminución en el riesgo que se encontró entre quienes figuraban más alto sobre la importancia de la espiritualidad y la religión, pero no en la frecuencia de asistencia a la iglesia (Miller, Wickramaratne, Gameroff, Sage, Tenke y Weissman, 2012). Un estudio posterior encontró que estos individuos mostraban cortezas más gruesas en las regiones parietal y occipital derecha e izquierda, el lóbulo frontal medial del hemisferio derecho y el cúneo y precúneo en el hemisferio izquierdo, lo que sugiere el papel de la fe como un amortiguador en la reducción del riesgo para la depresión (Miller, Bansal, Wickramaratne, Hao, Tenke, Weissman y Peterson, 2014). Tomados en conjunto, estos estudios parecen señalar a la centralidad de la fe personal como un amortiguador para la depresión.

Aplicaciones clínicas

Las aplicaciones clínicas que siguen una antropología bíblica que afirma la centralidad del amor como un organizador de la experiencia psicológica, y que muestra que el amor se experimenta en contextos relacionales, se pueden encontrar en muchos de los enfoques terapéuticos conocidos para los clínicos, independientemente de las creencias de fe. Una cosmovisión bíblica puede coincidir en muchas partes con las perspectivas seculares, tales como la importancia de la alianza terapéutica y el papel de las experiencias de apego, y también tener puntos de divergencia, tales como aquellos asociados con la creencia de que el amor y la gracia de Dios son reales y, por lo tanto, accesibles a la experiencia psicológica, o el argumento desde el diseño sobre la primacía del amor sobre el argumento de la supervivencia evolucionista.

Las páginas siguientes cubrirán las diversas formas en que un consejero psicológico que está en sintonía con un punto de vista bíblico sobre la naturaleza humana puede trabajar con sus pacientes. Es interesante notar que aun si el terapeuta no opera activamente dentro de una cosmovisión bíblica y abraza explícitamente sus presuposiciones, si el paciente lo hace, va a producir una diferencia en el resultado clínico del paciente. Considere la investigación que descubrió que los pacientes que creen en Dios pueden beneficiarse del tratamiento aun si las intervenciones no buscan incorporar activamente cuestiones religiosas explícitas, como lo muestra el estudio prospectivo conducido por Rosmarin y sus colegas (Rosmarin, Bigda-Peyton, Kertz, Smith, Rauch y Bjorgvinsson, 2013) con una cohorte de individuos deprimidos en un hospital de día con sede en Harvard. La fe en Dios sirvió como un amortiguador contra la angustia y como un potenciador del tratamiento. Los pacientes creyentes respondieron mejor al tratamiento que los no creyentes, tal vez porque creer en Dios genera una expectativa positiva acerca del resultado de las intervenciones.

Más específicamente, considero que una antropología bíblica ayuda al terapeuta

de las siguientes maneras:

Enfoca en la alianza terapéutica como una experiencia corporal y no meramente como una interacción cargada de emoción.

Facilita la comprensión de la experiencia de Dios del paciente, tanto en forma explícita como implícita, por medio de patrones de organización del apego.

Crea sensibilidad a la posibilidad de que la experiencia de Dios puede realmente contribuir al dolor emocional cuando están presentes las luchas espirituales.

Da lugar a la sensibilidad y la receptividad a la gracia sanadora del perdón y la reconciliación.

Fomenta una entrega continua a la importancia fundamental del amor como un organizador de la experiencia psicológica y rastrea patrones relacionales y situaciones integrales en cuanto a ser humano.

Genera una concienciación de que estas dimensiones tienen implicaciones horizontales, así como verticales.

Las creencias religiosas no pueden ser recetas, aunque hay indicaciones de que creer en un Dios amante puede tener un beneficio ansiolítico cuando los individuos están expuestos a un paradigma que induce la ansiedad, comparado con aquellos que no comparten el mismo nivel de convicción (Kossowska,

Szwed, Wronka, Czarnek y Wyczęsany, 2016).

Moriarty (Moriarty y Davis, 2012; Thomas, Moriarty, Davis y Anderson, 2011) desarrolló un formato de terapia de grupo manualizado para modificar experiencias de apego inseguro a Dios, lo que mostró algún efecto positivo en pequeñas muestras de estudiantes de colegios cristianos y pacientes externos de psicoterapia. El protocolo incorpora una cantidad de intervenciones específicas con el objetivo de procesar patrones relacionales implícitos de relación con Dios, no solamente la comprensión cognitiva de Dios.

Las intervenciones incluyen discusiones psicoeducativas sobre los conceptos de imagen de Dios versus los conceptos de Dios, el significado de las discrepancias, las formas en las cuales estas nociones se relacionan con experiencias en la primera infancia con personas allegadas y trauma personal, perspectivas teológicas sobre el carácter de Dios y una visión cognitiva de imágenes de Dios y las distorsiones cognitivas automáticas que pueden resultar de clasificación de apego inseguro.

Las intervenciones dirigidas a procesar los elementos emocionales incluyen el “dibuja una figura de Dios”, el juego de roles del “Dios real” que habla a las heridas de un miembro del grupo, escribir y hacer un diario para uno mismo desde la perspectiva del “Dios real” y reaccionar a lecturas alegóricas y películas basadas en libros clásicos de C. S. Lewis. Simultáneamente, se les pide a los miembros que rastreen sus pensamientos automáticos acerca de Dios y los incorporen a la discusión. A lo largo de todo, se anima a los participantes a elegir una canción significativa y leer la letra dos veces al día, y entonces comenzar a cantar, agregando otros cantos y lecturas en un punto medio del grupo de ocho semanas. Los resultados apoyan la utilidad de este proceso de grupo sobre los objetivos previstos, es decir, una relación sentida con Dios (más receptiva, menos duro y distante, menos evitativa del apego) y más congruencia entre el concepto de Dios y la imagen de Dios.

Dos estudios (Olson, Tisdale, Davis, Park, Nam, Moriarty, Davis, Thomas, Cuthbert y Hays, 2016; Rasar, Garzon, Vok, O’Hare y Moriarty, 2013)

encontraron que los participantes experimentaron un sentido potenciado de su espiritualidad, pero no pudieron modificar la imagen de Dios, el apego a Dios o las estrategias de afrontamiento religioso habituales. Aunque es un tanto decepcionante que los resultados anteriores no se repitieron, puede no ser demasiado sorprendente. La representación sentida de Dios es muy probablemente un conglomerado de experiencias emocionales, cognitivas, evolutivas, interpersonales y religiosas que pueden no ceder fácilmente en solo ocho semanas. Considero que los facultativos cristianos harán bien en probar estas técnicas e integrarlas en un enfoque basado en un proceso más laborioso.

Johnson (2007) ofrece una descripción detallada de la acentuación de las discrepancias cognitivas que un paciente puede experimentar entre su apego a Dios como una experiencia sentida implícita de Dios y su teoría de la mente de Dios como una forma de expandir la oportunidad de procesar la experiencia sentida. Ofrece varias preguntas como una manera de hacerlo. ¿Cómo encararía un paciente creyente lo siguiente: las descripciones bíblicas de Dios como lleno de gracia, compasión, paciencia, bondad y fidelidad (Ex 34,6-7); la presencia de Dios y su compromiso inquebrantable con sus criaturas (Rom 8,31-34); el sacrificio de Dios en nuestro favor, haciendo posible el perdón y la gracia para todos (Ef 1,7-8); el Señor presentándose a sí mismo como un padre amante (1 Jn 3,1), aun cuando la experiencia del paciente con un padre puede no haber sido amorosa, pero entonces cómo entiende el paciente lo que es ser amado por Dios de esa manera?

Las imágenes guiadas pueden ser un instrumento psicoterapéutico muy útil, ya que tienden a traer la experiencia emocional del paciente más cerca de la superficie y facilitar la participación de procesos afectivos de una manera en que la disputa cognitiva no puede. Tuskenis y Ford Sori (2006) han desarrollado una guía útil para integrar esta modalidad para abordar las dificultades en el apego a Dios de un paciente. Como con cualquier proceso de imágenes guiadas, estas ayudan a que la experiencia del paciente esté conectada al presente, a la creación de un “lugar seguro” en la imaginación del paciente, rico en lenguaje sensorial para profundizar los elementos experienciales del proceso, para luego invitar al paciente a notar la presencia de Dios (o Jesús), fijándose en la mirada o el abrazo comprensivo y acogedor. El terapeuta puede animar al paciente a dialogar con

Dios, como si estuviera orando, o prestar el lenguaje que pudiera promover una apertura emocional. Estos autores advierten sabiamente al terapeuta que debe adaptar los elementos de cercanía a lo que el paciente puede soportar emocionalmente, y subordinado a su clasificación de apego.

Aunque una buena parte del foco de la atención en cuanto al proceso terapéutico se da naturalmente a lo que el consejero psicológico piensa, sugiere o interviene, y lo que el paciente llega a entender, aprender o superar, también se debería dar atención a la participación activa de Dios al interactuar en las vidas del paciente y del terapeuta (O'Grady y Richards, 2007). La investigación sobre crecimiento postraumático (Emmons, 1999) y las implicaciones obtenidas de un apego a Dios complementario (Granqvist, 2002, 2006a, 2006b; Hall, 2007a, 2007b) sugieren que una relación con Dios puede tener un impacto positivo en la salud emocional, teniendo presente, como lo advierte la historia del Génesis de la creación de Adán y Eva, que una relación espiritual solo con Dios es crucial, pero potencialmente insuficiente, para el bienestar emocional. Parece que también se necesita un contexto interpersonal. Adán caminó con Dios en el jardín y, sin embargo, se sintió solo.

Se ha mostrado que fomentar una sensación de conexión con Dios puede ser de ayuda para quienes están socialmente aislados por la soledad y aquellos que sufren de serias enfermedades mentales. Los individuos solitarios pueden compensar su sensación de aislamiento al crear un sentido de conexión humana con agentes no humanos, tales como Dios. Afrontan la soledad antropomorfizando agentes no humanos, tales como animales y aparatos, para hacerlos aparecer más humanos, y al aumentar la creencia en agentes religiosos comúnmente antropomorfizados (como Dios). Tres estudios apoyan estas hipótesis entre individuos que están crónicamente solitarios y también entre aquellos inducidos experimentalmente para sentirse solitarios (Eppley, Akalys, Waitz y Cacioppo, 2008). Invocar y creer en Dios puede proporcionar el refugio último a aquellos que tienen dificultades para conectarse con otros seres humanos.

La antropóloga cultural Tanya Luhmann (2013) arribó a una conclusión similar a través de sus estudios cualitativos con una muestra de cristianos evangélicos y mujeres sin hogar (homeless) que estaban severamente traumatizadas o exhibían síntomas psicóticos. Luhmann documentó que todos los sujetos que participaron en un contacto experiencial con Dios profundizaron un sentido de la presencia divina, que a su vez llegó a ser una de las pocas fuentes, o incluso la única fuente, de consuelo y apoyo para los del último grupo. Ella llama a este proceso “curación simbólica”, ya que estos individuos oran a Dios frecuentemente, utilizando su “imaginación” para hacer que el sentido de la presencia de Dios sea más vívido y benéfico. Para ellos, Dios se convierte en “una especie de cruce entre un instructor (coach) y un osito peluche, siempre disponible, nunca entrometido, cuya presencia emocional mantiene viva la esperanza y la baja autoestima bajo control” (p. 736).

Como una antropóloga no creyente, Luhmann documenta e interpreta los resultados desde una perspectiva naturalista, no sin un razonable sentido de respeto por el poder que la presencia de Dios representa en las vidas de los creyentes. Aunque ella no prescribe un proceso que pueda ser fácilmente asimilado a una práctica de asesoramiento psicológico, el terapeuta puede querer tener en mente que hacer participar a los sentidos trae las realidades espirituales más cerca de la experiencia humana. Luhmann midió los beneficios cognitivos y espirituales en la muestra evangélica cuando sus sujetos practicaron elementos de los ejercicios espirituales de Ignacio de Loyola, que esencialmente exigen la inmersión del individuo en el pasaje bíblico, no solo leerlo, sino usar la imaginación para contemplar la escena. La inversión emocional, creyendo que el Señor es nuestro sanador amante e incondicional y que nuestros problemas están dentro de su poder de entender y resolver, son los elementos que Luhmann considera centrales para la curación simbólica, incluso con los pacientes más difíciles que encontró en las calles de Chicago.

Una comprensión cristiana del amor no se detiene en el reconocimiento de su importancia interpersonal. Afirma que el amor hace una diferencia y que el amor de Dios es personal y poderoso, y por lo tanto activo en nuestras vidas (Charchier, 2007). Granqvist y Kirkpatrick (2013) resumieron los hallazgos sobre Dios como sustituto para adquirir un apego seguro. Así como la

psicoterapia a largo plazo parece facilitar el cambio de un apego inseguro a un apego seguro en las muestras clínicas (Saunders, Jacobvitz, Zaccagnino, Beverung y Hazen, 2011), así Dios puede llegar a ser el refugio seguro para quienes tienen historias de apego inseguro.

Hay cierta evidencia que sugiere que los individuos con una historia de apego inseguro tienen más dificultad en acceder a Dios como una base estable, pero no es imposible. Puede que no accedan a Dios cuando se enfrentan inicialmente con una amenaza o un desafío, pero cuando están presentes altos niveles de angustia y su estrategia de desconexión se derrumba, Dios puede convertirse en una fuente de seguridad emocional (Granqvist, Mikulincer, Gewirtz y Shaver, 2012). Puede haber un rol para la utilización de las disciplinas espirituales (Foster, 1984) para facilitar o restaurar un sentido de “amar a Dios con todo tu corazón”, que también puede contribuir a tener un sano sentido de valía propia. En mi propia experiencia clínica, la valía personal puede en algunos casos ser reparada “a través de los amantes ojos de Dios”, al meditar en Salmos 139,14. Los informes de poblaciones no clínicas corroboran el poder sanador de saber que uno es bienvenido a casa por nuestro amante Padre celestial.

Trabajar con las luchas espirituales puede ser particularmente desafiante. El psiquiatra Armand Nicholi (2003) cita el ateísmo de Sigmund Freud y su ira virulenta hacia Dios preguntándose con quién estaba enojado Freud, si creía que no existía Dios. La reacción de Freud parece no ser inusual. Algunos pacientes se presentan con una conclusión cognitiva de que no hay Dios, sin embargo, permanecen muy angustiados acerca de su percepción de ser abandonados por Dios. Otros se sienten traicionados, ignorados o rechazados por Dios y, como se resumió anteriormente en este capítulo, sus emociones negativas están ligadas a muchos problemas de salud y de salud mental. Las intervenciones no específicas han mostrado una reducción en las luchas espirituales (junto con una reducción en la sintomatología) en una gran muestra de pacientes de psicoterapia, independientemente del enfoque usado (Harris, Pargament, Sisemore y Brown, 2014), y en un ensayo clínico aleatorio que compara una versión secular versus una versión cristiana de TCC con una cohorte de individuos con depresión comórbida y enfermedades médicas crónicas (Pearce y Koenig, 2016).

Murray-Swank y Murray-Swank (2012) desarrollaron un enfoque basado en grupo para encarar esta problemática. Recomendán que, luego de una evaluación apropiada, el psicoterapeuta normalice la lucha espiritual para que se considere dentro del ámbito de la experiencia humana. La Biblia tiene un libro entero, el Libro de Lamentaciones, dedicado precisamente a reflejar el sentido de pérdida y abandono del profeta Jeremías. El Libro de Job tiene largos diálogos que reflejan cómo los seres humanos lidian para afrontar las experiencias catastróficas y cómo eso da color a nuestra percepción del amor de Dios y su cuidado. Estimular la expresión de emociones negativas cuando el paciente está cerca del desarrollo de la percepción permite la descarga de la emoción; usar el arte, la música o la escritura puede ser útil para este fin. El objetivo de esta fase de la intervención es que el paciente pueda comenzar a desarrollar una narrativa que genere alguna forma de sentido. La extensa declaración de dolor y pruebas personales de Jeremías en Lamentaciones 3 es un buen ejemplo:

19. Recuerdo mi tristeza y soledad, mi amargura y sufrimiento;

20. me pongo a pensar en ello y el ánimo se me viene abajo.

21. Pero una cosa quiero tener presente y poner en ella mi esperanza:

22. El amor del Señor no tiene fin, ni se han agotado sus bondades.

23. Cada mañana se renuevan; ¡qué grande es su fidelidad! (DDH)

Expresar sus lamentaciones le permite al paciente hablar acerca de lo indecible.

Los pacientes creyentes pueden encontrar consuelo en el hecho de que no están solos en expresarlo. Jesús mismo se hizo eco del clamor lastimero del salmista: “Dios mío, Dios mío, ¿por qué me has abandonado?” (Sal 22,1; Mc 15,34). El salmista reclama atención: “Atiende, Señor”; “¡Óyeme y respóndeme!”; “No guardes silencio” (5,1; 55,2-3; 109,1). La lamentación saca a las personas de la negación de su sufrimiento. Para Jeremías, expresar los sentimientos negativos dio lugar al desarrollo de un sentido de significado en medio de la tragedia personal.

Finalmente, facilitar un proceso de reconciliación con Dios puede llevar al paciente de la distancia y alienación, al consuelo y la intimidad. Parte de este proceso puede involucrar explorar las creencias espirituales en cuanto al control de Dios sobre la vida humana, y también las formas en las cuales esas creencias pueden haber cambiado para el paciente. Este proceso debe ser muy sensible del seguimiento de la emoción, y el terapeuta debe evitar involucrarse demasiado en los elementos cognitivos de la creencia. El consejero psicológico hará bien en recordar que la posición de Dios en el proceso del dolor de Job, por bastante tiempo, fue de silenciosa presencia. Volviendo a Jeremías en Lamentaciones 3, esta convicción puede sostener al terapeuta al ser testigo del dolor, que también puede ser aceptado por el paciente:

34. Cuando alguien aplasta a los prisioneros de la tierra;

35. cuando a un hombre se le niegan sus derechos ante la presencia del Altísimo;

36. cuando a una persona la engañan en su juicio, el Señor se da cuenta de todo.
(PDT)

A menudo, la curación llega cuando uno sabe y entiende que nunca está solo o abandonado por Dios.

Junto con otras tradiciones espirituales, el cristianismo ha destacado el beneficio

de centrar la mente en el amor de Dios a través de la lectura de las Escrituras (p. ej., meditar en el Libro de los Salmos, visualizarse a uno mismo en el medio de las historias que se encuentran en los Evangelios) y de la participación en la adoración, el canto y la oración (Post, 2012).

Un paciente que había luchado con niveles importantes de depresión durante años, en parte alimentados por la amargura a raíz de las pérdidas y los chascos que había experimentado, decidió volver a la iglesia para “darle una oportunidad”. Su participación en el culto de adoración fue muy conmovedora. Se echó a llorar varias veces al sentir que le llegaba a él. Su historia no es única. La he escuchado muchas veces, y ha sido mi propia experiencia durante tiempos difíciles. En aplicaciones clínicas, el desafío de centrar la mente en el amor de Dios tiene que ver con la coherencia y la persistencia de la práctica, entender que buscar el amor de Dios no es una “intervención clínica” per se y por lo tanto puede ser que no elimine necesariamente los síntomas, y comprender que cuando se lo practica en contexto comunitario, la interacción humana puede resultar difícil de aislar de la experiencia de Dios.

Un enfoque neuropsicoespiritual del apego y cuestiones intersubjetivas

Al seguir la trayectoria de las vicisitudes del amor, el clínico cristiano puede mapear una cantidad importante del territorio que los pacientes traen a la consulta. Los facultativos están familiarizados con los problemas interpersonales donde el paciente se siente ignorado, explotado, rechazado, devaluado, sofocado o sencillamente malinterpretado. Los terapeutas tienden a considerar los asuntos de valía personal como que tienen un impacto central en cómo los pacientes afrontan, regulan sus propias emociones y abordan sus relaciones. Los terapeutas seculares pueden tener más dificultad en reconocer la importancia de la relación con Dios para el creyente, sin mencionar su poder sanador. El amor a Dios, el amor a otros y el amor a sí mismo, todos organizan la experiencia psicológica humana. Además, la Biblia enseña que el amor es más que una emoción; es un principio, tiene dimensiones éticas y tiene límites, pero nos desafía a extendernos más allá de la comodidad de conectarnos a aquellos que no son naturalmente amables. El amor involucra las dimensiones conductuales, de actitud, emocionales, interpersonales y espirituales.

En este contexto, vale la pena repetir a Andrew Newberg:

Si contempla a Dios el tiempo suficiente, algo sorprendente sucede en el cerebro. El funcionamiento neuronal comienza a cambiar. Se activan diferentes circuitos, mientras que otros se desactivan. Se forman nuevas dendritas, se producen nuevas conexiones sinápticas, y el cerebro se vuelve más sensible a sutiles ámbitos de la experiencia [...] Una contemplación intensa y a largo plazo de Dios y otros valores espirituales parece cambiar permanentemente la estructura de aquellas partes del cerebro que controlan nuestros estados de ánimo, dan lugar a nuestras nociones conscientes del ser y modelan nuestra percepción sensorial del mundo. (Newberg y Waldman, 2009, pp. 3 y 7)

Siguiendo los descubrimientos de las investigaciones sobre la neurociencia del apego a Dios y las regiones del cerebro activadas en el contexto de la conducta del apego, es probable que experimentar el amor de Dios pueda facilitar el acceso al sistema cuidado y disminuir así la actividad del sistema pánico/dolor. Más específicamente, sentir la solícita presencia de Dios puede generar la liberación de los neuromoduladores oxitocina, vasopresina y hasta cierto punto, los opioides, e inducir una sensación de aceptación sentida.

Un neuromodulador, a diferencia de un neurotransmisor, modifica la dinámica de regiones del cerebro en vez de neuronas individuales.

Rastrear la trayectoria seguida por la oxitocina puede ayudar al clínico a entender su impacto. La mayor proliferación del receptor oxitocina se observa en el núcleo del lecho de la estría terminal (el BNST, en inglés, que está constituido por fibras nerviosas que pasan por la amígdala, por consiguiente, la reducción en la hipervigilancia que alcanza al hipotálamo y señala y modula la liberación de neuropéptidos, y el área tegmental ventral donde se libera la dopamina, de ahí la sensación de placer). La oxitocina también llega a la corteza cingulada anterior y a la región de la sustancia gris periacueductal, donde las sensaciones se integran en un sentido organísmico de la experiencia. La actividad disminuida en las áreas de la amígdala y el septum son esenciales para que emerjan los elementos de confianza.

Además, la investigación destaca el papel de la corteza prefrontal medial. Esta región está involucrada en los procesos evaluativos y en integrar la memoria de los eventos y las respuestas emocionales. Es probable que el papel que juega la corteza prefrontal medial en experimentar el amor de Dios tenga que ver con integrar los recuerdos de haberse sentido amado en un sentido general y tal vez en especial en cuanto a eventos espirituales. Finalmente, la región temporoparietal está involucrada en la integración y el procesamiento de múltiples fuentes de información interna y externa, con un resultado primario en la diferenciación del yo y del otro. En el contexto de la experiencia de sentirse amado por Dios, el área temporoparietal puede integrar las señales provenientes

del terapeuta, las experiencias espirituales sentidas y la sensación interna de aceptación, todo mientras se reconoce que el yo está bajo una amorosa consideración de parte de otro.

Nuevamente, me dirigiré al caso de Joe para destacar algunos de estos procesos.

Joe y las vicisitudes del amor y el apego

Cuando conocí a Joe, él estaba cansado de su experiencia reciente en el centro residencial a largo plazo de St. Patrick. Había podido conectarse con colegas que, como él, se sentían castigados y marginalizados. No es que hubiera experimentado un elevado nivel de intimidad y conexión antes, pero esta experiencia reciente había destruido su posición entre sus colegas, había limitado su participación en comisiones claves y echado a perder su relación con su obispo. Debido a la creciente frecuencia de su conducta desubicada (acting-out), Joe había descuidado sus relaciones familiares, y apenas veía a sus hermanos en épocas de Navidad o Acción de Gracias, y ya no mantenía amistades activas con colegas. Aunque era bien querido por los miembros a quienes servía, el hecho de haber sido separado del ministerio por varios meses también resultó en una falta de relaciones activas en esta área. Siguiendo la terminología de Panksepp (Panksepp y Bivens, 2012), el sistema pánico/dolor estaba bien desplegado.

El conflicto familiar constante de Joe mientras crecía hacía que la experiencia de sentirse amado por sus padres y hermanos a veces fuera confusa, a veces impredecible y a veces molesta e irritante. Describió a su madre como una persona trabajadora, emocionalmente intensa, pero sin duda amorosa. Ella le presentó a Joe uno de los amores de su vida: cocinar y comer estilo gourmet, lo cual hacían juntos frecuentemente en su etapa de crecimiento. Pero a veces ella debía trabajar en dos empleos y volvía a casa tarde, frecuentemente a discusiones acaloradas con el padre de Joe. Tuvo una influencia clara y definida sobre la vocación de Joe. Su primer nombre (Joe es un nombre ficticio) era el de un santo a quien ella seguía devotamente, y crió a Joe para ser un monaguillo y considerar el sacerdocio desde muy temprana edad.

A veces, no era claro si la vocación de Joe había sido su propia decisión o una extensión del deseo y el propósito de su madre para él. A pesar de todos estos desafíos, Joe podía evocar un tono emocional cálido cuando reflexionaba acerca de su madre.

La relación con su padre era algo completamente diferente. Su padre era previsiblemente inaccesible, importuno y poco confiable. Como se mencionó anteriormente, las experiencias características con su padre ocurrían cuando regresaba al hogar intoxicado con alcohol, aunque en ese momento estuviera viviendo en la casa o en otra parte debido a la separación de la madre de Joe, y le exigía a Joe, adolescente, que le sirviera bebidas. Todo el tiempo el padre de Joe divagaba sobre sus infortunios. Y Joe lo sobrellevaba ignorándolo (o dejando de prestar atención).

Aunque Joe nunca expresó sentimientos negativos acerca de ser gay, su conciencia temprana sobre su orientación sexual no contribuyó a sentirse aceptado, y tuvo que ocultar partes importantes de su vida. El proceso de formación estuvo puntualizado por el desarrollo de amistades, pero no necesariamente de intimidad. Desarrolló una conexión con un grupo de pares con quienes se reunía regularmente para beber, comer y jugar a las cartas hasta que su conducta adictiva invadió la mayor parte de su vida.

Después de la ordenación, comenzó su conducta sexual desordenada. Alternaba entre encuentros sexuales anónimos, sin rostro, y períodos de relaciones apasionadas con diferentes hombres. Estas relaciones tenían la clara intensidad, el foco y el patrón del amor romántico, en los cuales el vínculo afectuoso era intermitente y secundario a relaciones sexuales. Aunque en su grupo de compañeros del seminario y amigos podía identificar a quienes llevaban una vida espiritual congruente e intrínseca, se sentía mucho más cómodo con cumplir sus obligaciones litúrgicas desprovisto de cualquier inversión personal (sin aportar nada de sí mismo). Su actuación sexual alimentó una conciencia dual que, por un lado, lo impulsó a aferrarse a los aspectos formales de su fe como una manera de compensar por su conducta y, por otro lado, fomentó una creciente convicción de su inadmisibilidad a los ojos de Dios.

Joe había llegado a considerarse a sí mismo como imposible de ser amado, y estaba en cierto modo resignado a su suerte. Una vez desarrollada la alianza terapéutica, su experiencia de amor se convirtió en un tema central en la

psicoterapia. Su sensación de desesperanza acerca de su condición y destino en la vida se sentían más como desafección que como depresión. Rastreando su desafección a experiencias del desarrollo, particularmente con su padre, deteniéndose para destacar la experiencia emocional como la sintió Joe cuando compartía su narrativa y trazando paralelos en su experiencia de Dios, trajo a su conciencia los diversos fragmentos que contribuyeron a un sentido del yo que estaba caracterizado por una sensación de futilidad, distanciamiento emocional y un vago reconocimiento de no poder ser amado. Por otro lado, reconocer su adicción como un intento por vitalizar su yo y hacer real la ilusión de ser amado, aunque de manera mínima y parcial, inició el proceso de integrar las diversas facetas de su experiencia y reconocer la legitimidad de su anhelo. Junto con abrirse a sí mismo para ser amado, esto le permitió a Joe pasar a un sentido más integrado de sí mismo que, a su vez, dio lugar a una reducción sustancial en sus ansias por encuentros sexuales.

Era importante mantener a Joe como digno de amor, así como responsable de las distorsiones a través de las cuales pensaba satisfacer sus necesidades. Por ejemplo, cuando experimentaba remordimientos de conciencia, estos se veían no solo como indicadores de su fracaso en honrar la ética del amor como lo exigía su fe y vocación, sino también como el llamado de Dios y una invitación a la gracia, el perdón y la reconciliación. En otras palabras, se veía la culpa como un llamado de Dios a Joe como un hijo amado. Dios, a diferencia de su padre, no era inaccesible, enfocado en sí mismo o falto de interés. Por el contrario, Dios todavía lo llamaba a pesar de las décadas en que Joe dejó de prestar atención, de la misma manera como había aprendido a dejar de prestar atención a su padre.

Las intervenciones estaban más orientadas al proceso que a depender de la utilización de distintas técnicas, excepto por la introducción de la lectio divina, una práctica que él conocía bien, pero que no había incorporado a su repertorio devocional. Le sugerí leer Salmos 139,14: “Te alabaré, porque asombrosa y maravillosamente he sido hecho; maravillosas son tus obras, y mi alma lo sabe muy bien”. La lectio divina fue bien recibida por Joe una vez que pudo establecer una sólida alianza terapéutica y estaba procesando su anhelo de intimidad. No es sorprendente que el correspondiente apego a Dios hiciera muy difícil para él reconciliar la comprensión teológica con su propia experiencia

emocional de Dios como distante y no comprometido.

La posición contemplativa de meditar en un salmo bajó su posición vigilante y comenzó a emerger un sentimiento de aceptación, los procesos neurobiológicos correspondientes se expandieron y sufrieron un cambio a un seguro apego a Dios. Bien puede ser que el sistema CUIDADO se activara, permitiera la liberación de oxitocina y otros neuromoduladores, redujera la actividad de las regiones del septum y la amígdala en el sistema límbico, y aumentara un sentido de coherencia propia con la activación de la corteza cingulada anterior y el área gris periacueductal.

Una consolidación crucial tuvo lugar cuando se encontró con su obispo, que lo recibió como a un hijo que regresaba a casa y no simplemente como a un empleado que había cumplido con las expectativas. Esta ampliación de la activación del sistema de apego proporcionó una mayor flexibilidad y coherencia a la región prefrontal media del cerebro involucrada con mayor regulación corporal, comunicación sintonizada, equilibrio emocional, empatía, mayor conciencia propia y claridad moral, ya que estas funciones se facilitan por una sintonía interpersonal e intrapersonal.

La restauración de los vínculos de apego, como lo hubiera predicho Bowlby (1980), también le trajo a Joe una nueva sensación de sentirse amado, lo que le permitió interactuar con la familia, sus colegas y su vocación.

La atención prestada a las vicisitudes del amor en su vida, enmarcada por una convicción de la disponibilidad del amor ágape de Dios, sin renunciar a sus demandas éticas, facilitó un proceso terapéutico en el cual las interpretaciones psicológicas estaban tejidas con intervenciones que fomentaban el perdón y una profundización de su vocación al cultivar las prácticas espirituales congruentes con sus valores y creencias.

Pensamientos finales

Un planteamiento neuropsicoespiritual, cuando se lo entiende desde una antropología bíblica y centrado en ella, que afirma que el amor organiza la experiencia emocional y siempre debe entenderse como parte de la motivación intrínseca de la humanidad para relacionarse con Dios y con otros seres humanos, resaltarán las dimensiones interpersonales y divinas del amor. El facultativo será consciente de los procesos psicológicos y neurobiológicos involucrados en el sufrimiento y la restauración del paciente. El clínico cristiano sabe que facilitar la seguridad y la confianza en el consultorio y en otras partes provocará cambios en el funcionamiento del cerebro, mientras que afirma que el desarrollo de la seguridad y la confianza en la relación con Dios seguramente proporcionará una restauración profunda en todos los niveles.

⁹ [Ver Granqvist, Pehr, Anders, Broger y Berit-Hagekull, 2014, para una discusión más detallada.](#)

¹⁰ [Nota de la traductora: según la Asociación Estadounidense de Psiquiatría, se entiende derecho como “una sensación que merece más” o “la expectativa de favores especiales sin asumir responsabilidades recíprocas.](#)