AcPI

Actualizaciones en Psicoterapia Integrativa

Vol. XIV, 2022

AcPI

Actualizaciones en Psicoterapia Integrativa

Editorial

Tenemos el agrado de presentar este nuevo número de nuestra revista AcPI, en el cual se encontrarán con aportes del Enfoque Integrativo Supraparadigmático, desde el Supraparadigma Integrativo – paradigmas, sistema Self, dimensión psicosocial - y la Psicoterapia Integrativa EIS en diversas temáticas de interés.

Así, el lector encontrara artículos muy interesantes en torno al Sistema Self y sus funciones, abordando la Influencia en su configuración de variables como el Neuroticismo, la Ansiedad rasgo y la Relación de pareja. Además, podrá revisar el aporte de la mirada desde el Supraparadigma Integrativo en la comprensión e intervención en temáticas de interés clínico, como son la Discapacidad Auditiva y la Salud Sexual.

Por otra parte, el aporte de la mirada integrativa EIS se presenta en la discusión y análisis de temáticas psicosociales relevantes. Específicamente, en el análisis de la transición del rol de padre tradicional hacia nuevas paternidades , y en el análisis desde el paradigma biológico del rendimiento deportivo.

Finalmente, el presente número de AcPI nos enorgullece que en la sección de *Comentarios de Libros*, en esta ocasión el libro comentado es la nueva publicación "Manual de Psicoterapia Integrativa EIS: Potenciando el Cambio en la Clínica Aplicada" (Opazo y Bagladi, 2022); publicación que -como su nombre indica – corresponde a la decantación de los desarrollos tóricos, clínico/prácticos y empíricos del Enfoque Integrativo Supraparadigmático (EIS), al servicio de los consultantes y de la población en general.

Verónica L. Bagladi L.

Directora

INDICE

Editorial ……**3**

Artículos

Relación entre Neuroticismo, Ansiedad rasgo, Función de Significación Integral y Función de Identidad
Andrés Sanguesa R…….. ***6***

Dificultades en la transición del rol de padre tradicional hacia nuevas paternidades visto desde el modelo integrativo supraparadigmático
Antonio Machado Ch……**19**

La Discapacidad Auditiva desde el Enfoque Integrativo Supraparadigmático
Elisa Varas S……**41**

Influencia de las relaciones de pareja desde la mirada EIS: Una propuesta de influencias y aportes en las funciones del sistema SELF
Matías Amengual E……**55**

Psicoterapia para deportistas desde el EIS: Un Análisis desde el Paradigma Biológico del Supraparadigma Integrativo en el Rendimiento Deportivo.
Diego Pelizzola A. ……**77**

Sexualidad, Salud Sexual y Disfunciones sexuales bajo el modelo Integrativo Supraparadigmático
Camila Maulen P…….. **93**

Comentario de Libros

“MANUAL DE PSICOTERAPIA INTEGRATIVA EIS:
Potenciando el Cambio en la Clínica Aplicada”
Editores: Roberto Opazo Castro (PhD.) y Verónica Bagladi Letelier (PhD.)
Andros, Santiago, Chile
2022

María de los Ángeles Herane ……**110**

María Sonnia Chalup de Hochstatter ……**111**

Artículos

AcPI
Actualizaciones en Psicoterapia Integrativa
Vol. XIV, 2022

Relación entre Neuroticismo, Ansiedad rasgo, Función de Significación Integral y Función de Identidad

Andrés Sangüesa R.*

Abstract

The present work corresponds to an exploratory study, which seeks to know possible the relationship between Neuroticism, Anxiety Trait and the functions of the Self System: Integral Significance and Identity. From an associative-descriptive quantitative approach, we worked with a sample of patients over 18 years of age, attended in the CONPER-ICPSI clinics. Although no statistically significant associations were found in line with what was expected, the data give indications of going in the direction of what was expected. Additionally, the existence of psychotherapeutic processes that can act as modulators of the impact of both anxiety as a trait and neuroticism towards the functions of identity and integral significance is proposed as a possible intervening variable, through the acquisition of tools and behavioral systems that allow modulating the impact on these functions of the Self System. By way of conclusion, it is proposed that the relationship between trait anxiety, neuroticism and the functions of identity and integral significance, is a relevant issue when designing therapeutic interventions with our patients; thus, also, the relevance of continuing with the approach of these relationships to achieve a higher level of understanding in the interaction of these variables and therefore achieve more significant interventions for our patients.

keywords: Neuroticism, Anxiety Trait, Self-System, Integral Significance function, Identity function

Resumen:

El presente trabajo corresponde a un estudio exploratorio, que busca conocer posible la relación entre en Neuroticismo, Ansiedad Rasgo y las funciones del Sistema Self: Significación Integral e Identidad. Desde un enfoque cuantitativo asociativo-descriptivo, se trabajó con una muestra de pacientes mayores de 18 años , atendidos en los consultorios CONPER- ICPSI. Si bien, no se encontraron asociaciones estadísticamente significativas en línea con lo esperado, los datos dan indicios de ir en sentido de lo esperado. Adicionalmente, se plantea como posible variable interviniente, la existencia de procesos psicoterapéuticos que pueden actuar como moduladores del impacto tanto de la ansiedad como rasgo y el neuroticismo hacia las funciones de identidad y de significación integral, por medio de la adquisición de herramientas y sistemas conductuales que permitan modular el impacto en estas funciones del Sistema Self. A modo de conclusión se plantea que la relación entre ansiedad rasgo, neuroticismo y las funciones de identidad y de significación integral, es una temática relevante a la hora de diseñar intervenciones terapéuticas con nuestros pacientes; así, también, la relevancia de continuar con el abordaje de estas relaciones para lograr un mayor nivel de comprensión en la interacción de estas variables y por tanto lograr intervenciones más significativas para nuestros pacientes

Palabras claves: Neuroticismo, Ansiedad Rasgo, Sistema Self, función de Significación Integral, función de Identidad

INTRODUCCIÓN

El concepto de identidad es un concepto complejo y la identidad propia está constituida por diferentes dimensiones que sirven de cimiento para la conformación de la idea de sí mismo (Rehman, 2021) así cómo este concepto está compuesto de diferentes dimensiones, existen diferentes formas de aproximarse a este fenómeno y en el último tiempo se ha ampliado las formas de comprender el concepto (Toledo, 2012),el concepto de identidad no ha sido de preocupación exclusiva de la psicología ni de las ciencias sociales, la identidad ha sido objeto de estudio desde diversas áreas, por ejemplo, Derecho, Arte, Literatura, Diseño, Sociología, Filosofía, Gestión Organizacional entre otras.

La pregunta de ¿quién soy yo? nos ha acompañado desde un tiempo a la fecha y para alguno esta pregunta nunca logra tener respuesta definitiva y única, pero podemos

* Ps. Universidad Diego Portales
afsangue@gmail.com

lograr un sentido de unicidad a lo largo del tiempo que nos ayuda a responder la pregunta sin acabarnos ni dejarnos libre de cambiar en diferentes niveles, se construye un sentido de "mismidad" lo que incorpora la trayectoria y la vuelve dinámica donde los sujetos tienen conciencia de sí mismos (Toledo, 2012; Opazo, 2017). Algunas divisiones que nos permiten acercarnos a la identidad nacen desde intentar responder a la pregunta considerando 2 ideas fundamentales, primero diferenciarme de los otros seres humanos que me rodean (identidad personal) y que tanto me asemejo a mi grupo de referentes y genero un sentido de pertenencia (identidad social) (Scrandroglio, López y San José, 2008). Para Toledo (2012) la identidad se construye siempre en relación con los otros que nos rodean y por tanto la identidad es el fundamento del sentido de individualidad, no podemos dejar de prestar atención a la dimensión social y la forma que estos aspectos se relacionan entre sí, puesto que de esta interacción también surgen fuentes de interpretación de la realidad.

Una identidad desarrollada daría cuenta de un sentido de cohesión y continuidad teniendo en cuenta nuestros orígenes, identificaciones, límites, compromisos con otros y con uno mismo; todo esto acompañado de un sentido propósito (Peteet, 2021).

En el quehacer clínico uno se encuentra con la singularidad de la persona y la carga social que ella trae consigo misma, por lo general, el consultante acude a terapia individual y por esto solemos centrarnos en los elementos de la identidad individual en los procesos terapéuticos.

Opazo (2017) señala que, en la identidad personal, podemos identificar 2 componentes: la autoimagen y la autoestima, estos componentes enfatizan el aspecto cognitivo y afectivo respectivamente. Tanto como pensamos y como sentimos respecto de nosotros mismos tienden a interactuar entre sí. Respecto a esta relación entre autoestima y autoimagen, Hulme, Hirsch y Stopa (2012) proponen que las personas con una autoimagen negativa reportan una menor autoestima explícita o implícita, también señalan que una autoimagen positiva facilita el acceso a un sesgo positivo salutogénico y esto mejoraría la autoestima explicita, una autoimagen negativa tendría el efecto contrario.

La autoimagen involucraría un balance de las fortalezas y debilidades propias, también se incluyen los logros y fracasos obtenidos a lo largo de la vida, un balance marcadamente a lo negativo, y sostenido en el tiempo, sería entonces un factor de disfunción (Opazo, 2017). La autoestima, entonces, sería "en parte, como el eco afectivo de la autoimagen" (p.887, Opazo, 2017) pero si bien existe esta relación recíproca, la autoestima también puede verse afectada por el grado de aceptación de sí mismo, la estabilidad y profundidad de afectos, una autoestima baja es asociada con desajustes psicológicos (Opazo, 2017). Según de Castro (2021) una baja autoestima está fuertemente asociada la presencia de comorbilidades psiquiátricas y deficiencias en las relaciones sociales.

La autoestima no es un fenómeno natural, que se de forma innata, surge desde la forma en que los sujetos les otorgan sentido a las experiencias diarias del contexto social. Una tendencia positiva o negativa de la autoestima, tiende a constituir y estabilizar la autopercepción del sujeto y se relaciona directamente con la calidad de las relaciones

experimentadas por el sujeto (de Castro, 2021). El ambiente social juega un rol central en la conformación de la autoimagen y de la autoestima en donde, los otros nos entregan una imagen de nosotros e interiorizamos elementos de esa imagen social para la conformación de nuestro sí mismo de forma gradual (Opazo, 2017). No solo somos considerados por los otros por cómo somo, también influye el cómo actuamos en la cultura y en la sociedad; somos evaluados, en cierta medida, también por lo que hacemos y dejamos de hacer, todo esto no solo impacta en el cómo me pienso, también impacta en el cómo me siento (Opazo, 2017) el grado de aceptación que tiene mi ambiente de mi forma de actuar puede generar elementos que favorecen o dificultan el alcanzar una autoimagen y autoestima satisfactoria.

Al considerar elementos del sistema familiar, Opazo (2017) propone que el contexto formativo de la familia puede actuar como un componente potenciador o debilitante en la construcción de una identidad de la persona, especialmente en la niñez. Un contexto familiar aporta en gran medida a la autoestima, y la calidad de este puede modificar las bases para la construcción de una identidad personal diferenciada de los padres.

Una pobre autoimagen y/o baja autoestima generan fuertes presiones para la activación de mecanismos de defensas en relación con las emociones disfóricas que produce un empobrecimiento en la identidad de las personas. La activación de estos mecanismos de defensa puede generar situaciones donde la baja autoestima y la pobre autoimagen queden “ocultos” en el inconsciente de la persona, lo que genera un espacio donde una persona puede reportar una alta autoestima y una autoestima fortalecida, pero presentar dificultades frente a situaciones que involucren su identidad (Opazo 2017). Al incorporar estos elementos negativos al inconsciente pueden seguir generando presiones que entorpezcan el proceso de lograr una identidad positiva y estable en el tiempo.

Desde los elementos afectivos de la identidad, Opazo (2017) plantea que por lo general las cogniciones son facilitadoras de la autoestima, teniendo la capacidad de modificarla en base a la autoimagen. Existirían situaciones en donde la autoestima se vería “desligada” de la autoimagen esto ocurriría en la presencia de una biología que favorezca la aparición de ciertos afectos por sobre la información cognitiva de la autoimagen, bloqueando el impacto que pueden tener las cogniciones en el ámbito afectivo (Opazo, 2017). En términos generales, un estado afectivo positivo que fortalezca la autoestima generaría un fortalecimiento de la autoimagen, por medio de las cogniciones afectivo-dependientes (Opazo, 2017).

Así como un afecto puede generar una cognición, también un afecto puede generar resistencia a la aparición de afectos “opuestos”, donde un estado afectivo positivo acuta como un factor protector de una alta autoestima y buena autoimagen, como también puede actuar como un factor mantenedor de una baja autoestima y una pobre autoimagen (Opazo, 2017).

Desde lo cognitivo, Opazo (2017) señala que tanto la autoimagen y la autoestima se ven influenciados por las autoexigencias, por los estilos atribucionales, por los autodiálogos, por las expectativas de autoeficacia, entre otros procesos cognitivos. El cómo

seleccionamos la información del mundo y con qué parte de esta información juegan un rol crucial en comprender la influencia que puede tener solo quedarse con una parte de la experiencia. Cuando existen autoexigencias rígidas y poco alcanzables, es probable que la autoimagen y la autoestimas salgan perjudicadas (Opazo, 2017).

Si la persona tiene un funcionamiento donde suele ponerse objetivos poco realizables y se acompaña de autodiálogos derrotantes se genera un ambiente poco favorecedor de la autoimagen y autoestima desde lo cognitivo, por otro lado, cuando la persona se percibe capaz de lograr sus objetivos de forma sistemática y en diversos contextos su autoimagen se fortalece al igual que su autoestima (Opazo, 2017). Existe una relación positiva entre la autoeficacia y la identidad personal, donde las personas con más confianza en sus habilidades también poseen un sentido de sí mismos más definido con relación a esas habilidades (Robinson, 2021).

Las cogniciones por si solas no poseen un gran efecto, si no se ven acompañadas de una convicción afectiva (Opazo, 2017), en otras palabras, puedo convencerme de algo, pero creerlo es diferente.

Opazo (2017) refiere que los elementos de la bilogía son fundamentales para la génesis de la identidad, influyendo no solo en una distinción del sujeto del ambiente “yo-no yo” también se releva el lugar de la edad cronológica en donde la autoimagen va variando en el tiempo; se destaca que en el periodo de la adolescencia se producen los mayores cambios donde la autoestima derivada de la relación con los pares. Otro elemento que tiene un impacto en la autoimagen es la apariencia física del sujeto donde las personas que se perciben y son percibidas como “bellas” tienden a tener una autoestima elevada (Opazo, 2017).

La biología también actúa sobre la identidad, autoimagen y autoestima, facilitando vivencias específicas, personas con un elevado neuroticismo tendería a experimentar mayores niveles de estrés y emociones negativas en la vida diaria, una menor autoestima más patrones desadaptativos de evaluación de las situaciones, en los adultos con alto neuroticismo tenderían a existir pocas ocasiones de eventos de crecimiento positivo en la narración de la vida , y existiría una mayor presencia de interpretaciones negativas de eventos que afectan al sí mismo y más justificaciones de conductas desadaptativas (Lilgendahl, McLean y Mansfield, 2013). Una bilogía que favorece los afectos negativos tendería a producir una baja autoestima y una pobre autoimagen, y por el contrario una biología que favorezca afectos positivos sería una base para una alta autoestima y una buena autoimagen (Opazo, 2017).

Como ya hemos expuesto, la identidad se relaciona con la capacidad de construir una idea con apoyo afectivo que nos da el sentido de mismidad e individualidad, se desarrolla en relación con el entorno y una parte de ella tiene relación a como interpretamos las experiencias; en esta interpretación se introyecta la experiencia y, por tanto, se significa respetando en diferentes grados la experiencia impactando en nosotros (Opazo, 2017). Una de las primeras formas de significar que empleamos son los sentidos, pues estos son nuestra base en la interacción con la experiencia, también una persona puede

significar las experiencias de diversas formas, por lo que podrían existir más de un significado para cada persona y experiencia (Opazo, 2017).

Los procesos de significación pueden ser breve, acotados y focalizados, como también pueden ser amplios y sin fin; pueden ir desde la interpretación de un estímulo sensorial hasta la significación de la vida, también estos procesos de significación se ven teñidos incluso antes de percibir, por medio de nuestras motivaciones, intereses, personalidad, estados afectivos, etc. modificando el estímulo (Opazo, 2017). Los procesos de significación no suelen tener un inicio ni un fin definido, donde el impacto de un evento particular dependerá del modo en que signifiquemos ese evento en el momento sucedido; esto implica que a lo largo del tiempo el significado que tiene ese evento puede irse modificando, resignificado (Opazo, 2017).

Según Opazo (2017) el cambio terapéutico y el cambio de significados están relacionados indisolublemente, las intervenciones realizadas en los procesos de terapia se ven limitadas por la forma en que el paciente significa la intervención, por tanto, estamos en la obligación de considerar y preocuparnos por la forma de significar de quienes están con nosotros como pacientes.

Conocer el estilo de significación de un paciente, nos ayudará a predecir qué tipo de experiencias terapéuticas le resultarán más significativas. Y nos ayudará a elaborar las mejores intervenciones clínicas; es decir aquellas que, con probabilidad, serán transformadas por el paciente en estímulos efectivos (p.861, Opazo, 2017)

Un “mal significar” de la experiencia estaría relacionado con una disminución en la capacidad de analizar la realidad y una disminución en la calidad de vida; todo proceso de significación es mediado, en mayor o menor grado, por la biología (Opazo, 2017). El Neuroticismo se ve fuertemente influenciado por la biología, generando un sistema de significación que tiende a percibir peligros y a ser más sensible frente a los estímulos; al percibir más peligros la vida se vuelve más amenazante y, por tanto, facilita una sobre interpretación de las experiencias como peligrosas (Opazo, 2017).

Opazo (2017) refiere que la significación cognitiva puede participar en la génesis de desajustes a nivel psicológicos, y su rol en la modificación de estos es menor, teniendo en cuenta que en la significación biológica el procesamiento de la información, de la realidad y de la experiencia, juega un rol central por lo que ayudar al paciente a utilizar de mejor manera los espacios de significación para no convertirse en “enemigo” de sí mismo.

Al momento de otorgar significado a la experiencia, los afectos tienen una gran preponderancia en los procesos de significación, un estado afectivo particular tiende a teñir la experiencia desde la significación, es por esto que cuando nos vemos muy comprometidos afectivamente la toma de decisiones se empobrece, puesto que decidir sobre un tema también implica significarlo (Opazo, 2017).

Otros elementos relevantes en la significación de las experiencias, es el estímulo no es indiferente al momento de ser significado, en el se encuentran en juegos características del estímulo como también un sistema de significados compartidos con los

otros miembros de la sociedad en la que nos desarrollamos y navegamos; estos significados comunes entre nosotros nos facilitan la interacción y la convivencia, nos permiten generar experiencias similares, pero en cada una de estas formas de aproximarse a la experiencia también se pone en juego los significados personales en conjunción con los significados "colectivos" que devienen de los procesos de socialización a tempranas edades (Opazo, 2017).

Las familias juegan un rol relevante ya que, son ellas las que se encargan de transmitir estos significados colectivos, pero en este proceso cada familia pone diferentes énfasis en ciertos aspectos de estos significados, no solo se ponen en juego los elementos culturales y sociales, en la familia también se juegan elementos afectivos en la transmisión de significados (Opazo, 2017).

La significación opera en diversos aspectos de nuestra experiencia, no solo se limita a ser un elemento "accesorio", si no que toma un rol central "vivimos significando y que, sin significar, simplemente no podríamos vivir" (p.872, Opazo, 2017) y en la medida que estas estructuras de significación se establecen o se posicionan cerca del núcleo identitario de la persona, se transforman en estructuras integrales de la dinámica psicológica de la persona, de su sistema Self (Opazo, 2017). La significación se vuelve integral cuando existe una participación del sistema Self en los procesos de significación, cuando no basta con dar cuenta de las significaciones de cada paradigma, porque la significación integral es más que solo la suma de sus partes.

Un buen significar se da la mano con el desarrollo personal (…) facilita una buena capacidad de análisis de realidad, facilita un enriquecimiento del mecanismo de toma de decisiones (…) es expresión y fuente de una mayor salud mental, y de calidad de vida (p. 876, Opazo, 2017).

Como se ha expuesto hasta el momento, tanto la biología como los afectos pueden modificar los procesos de identidad y de significación que se dan en cada persona. Se ha expuesto como el Neuroticismo puede influenciar tanto la forma de otorgar significados y la identidad de la persona; queda entonces explicitar que se entiende por neuroticismo, Bejer (2010) propone que es una tendencia biológica a la inestabilidad emocional. Un elevado neuroticismo desde la biología no solo facilita la expresión de afectos negativos, sino que también logra crear una base inestable de la identidad (Opazo, 2017).

Por otro lado, una historia vital con elevada presencia de estados ansiosos podría indicar la presencia de la ansiedad como rasgo de personalidad; la Ansiedad Rasgo es la predisposición, estable en el tiempo, a sufrir estados ansiosos en donde las situaciones amenazantes no son necesariamente peligrosas, las personas con ansiedad como rasgo, se caracterizan por percibir diferentes situaciones de formas amenazantes (Burgos y Gutiérrez, 2013; Spielberger, Gorsuch y Lushene, 2015).

Opazo (2017) menciona que estados afectivos activos pueden influenciar los procesos de significación, esto se suma a que las cogniciones afectivo-dependientes de estados afectivos disfóricos, cómo la ansiedad, junto a una biología facilitadora de vivenciar negativo generarían una predisposición a una baja autoestima y autoimagen que se vería mantenida por una inercia afectiva que podría

dar cuenta una afectación en la función de identidad.

CARACTERÍSTICAS DEL ESTUDIO

En base a lo anteriormente expuesto es que se plantea la siguiente pregunta guía de este trabajo ¿cómo es la relación entre Neuroticismo, Ansiedad Rasgo, la función de Significación Integral y la función de identidad del Sistema Self?

Hipótesis:

A mayores niveles de Neuroticismo y Ansiedad Rasgo, mayor presencia de irracionalidades cognitivas, peor tolerancia a las críticas (empobrecimiento de la función de Significación Integral) junto a una tendencia a una autoestima, autoimagen y autoeficacia disminuidas y una descripción de sí mismo menos integrada y una tendencia a la evitación de los problemas (empobrecimiento de la función de Identidad).

Objetivos:

Establecer la relación entre neuroticismo ansiedad rasgo, función de significación integral y función de identidad en pacientes mayores de 18 años consultantes en los consultorios CONPER-A, del Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa (ICPSI).

Diseño

El trabajo se enmarca bajo un diseño no experimental transeccional, en tanto el propósito de este trabajo fue observar la relación entre en Neuroticismo, Ansiedad Rasgo, Función de Significación Integral y Función de Identidad en un solo momento.

Este trabajo se realizó desde un enfoque cuantitativo asociativo-descriptivo, dado que el propósito de este trabajo fue describir la posible asociación entre las variables estudiadas.

Participantes

Para este trabajo se consideró un tamaño muestral de 30 de personas; la técnica de muestreo fue no probabilística por conveniencia, en tanto la población fue escogida por facilidad de acceso y el uso del cuestionario FECI-A que es ampliamente utilizado por los terapeutas; dicho lo anterior, cómo criterio de inclusión se encuentra personas mayores de 18 años que se encuentren en un proceso activo de psicoterapia individual dentro de los Consultorios CONPER específicamente de la división de atención para adultos (CONPER-A).

Instrumentos

- Ficha de Evaluación Clínica Integral para Adultos (FECI-A)

El FECI-A es un cuestionario de auto reporte que recopila información cualitativa e información cuantitativa del funcionamiento del participante en un momento dado en el tiempo relativo a los paradigmas Biológico, Cognitivo, Afectivo, Inconsciente, Sistémico y Conductual-Ambiental y del Sistema SELF y sus 6 funciones: Toma de conciencia, Significación Integral, Identidad, Autoorganización, Búsqueda de sentido y Conducción de vida. El FECI-A cuenta con 19 escalas cuantitativas donde se incluye escalas de elaboración propia del Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa y escalas con validación

internacional las escalas son: Sintomatología Depresiva, Sintomatología Ansiosa, Neuroticismo (E.P.Q.), Extraversión (E.P.Q.), Psicoticismo (E.P.Q.), Mentira/Deseabilidad Social (E.P.Q.), Vulnerabilidad biológica, Autoestima de Rosemberg, Autoeficacia, Asertividad de Rathus, Satisfacción de Pareja, Satisfacción de Necesidades, Alexitimia de Toronto, Tolerancia a la frustración, Irracionalidad Cognitiva, Perfeccionismo, Ansiedad Social de Gambrill-Ritchie, Repertorio de Conductas sociales y Autoimagen. (Berjer, 2010).

- *Inventario de Ansiedad Estado – Rasgo (STAI)*

El STAI es un cuestionario de auto reporte que consta de 40 reactivos distribuidos en 2 escalas Ansiedad-Estado (SATI-E) y Ansiedad-Rasgo (STAI-R) cada una con 20 reactivos con un coeficiente de fiabilidad Alpha de Cronbach de alta consistencia interna (α=.929) para el total del instrumento, para la escala STAI-E un Alpha de Cronbach de alta consistencia interna (α=.849) y para la escala STAI-R un Alpha de Cronbach de alta consistencia interna (α=.899), cada escala tiene un mínimo de 0 puntos y un máximo de 60 puntos, en donde a mayor puntaje mayor es el nivel de ansiedad en dicha escala (Burgos & Gutiérrez, 2013; Vera et al. 2007).

Procedimiento

Para la recolección de datos, se contactó a terapeutas de los consultorios CONPER-A para creando el enlace con los pacientes que decidieron participar dentro de este trabajo, luego se les envió por correo electrónico un enlace a la plataforma Google Forms en donde se encontró en primera instancia con el consentimiento informado donde se expuso los objetivos generales del trabajo, junto con explicitar el carácter voluntario de la participación y asegurando la confidencialidad de los datos entregados; cuando el paciente decidió participar aceptó dicho consentimiento expresamente dentro del cuestionario para poder acceder a responder el cuestionario STAI, en caso de que el participante decidió no participar este fue redireccionado a la sección agradeciendo la participación y no respondió el cuestionario STAI. Luego de esto, se contactó a los terapeuta tratantes para solicitar los puntajes de las escalas del FECI-A y las respuestas específicas requeridas y descritas anteriormente, de aquellos pacientes que decidieron participar.

Para asegurar el anonimato de los datos se creó un archivo que solo cuenta con un identificador creado al momento de responder la encuesta por Google Forms.

Para el análisis de los datos se propuso realizar un análisis de correlación de Pearson para la asociación de las escalas en términos de sus puntajes; para considerar el efecto de interacción entre neuroticismo y ansiedad-rasgo respecto de la conducta enfrentadora-evitadora se propuso realizar un ANOVA de 2 colas.

RESULTADOS

Por medio de la convocatoria a través de los terapeutas, se logró una muestra inicial de n = 12, de estos se eliminaron 4 registros por motivos de baja voluntaria y/o por datos incompletos a la hora de realizar el análisis de los datos, dejando entonces una muestra final de n = 8.

Análisis Descriptivo

Esta muestra se compone por 3 participantes de sexo femenino y 5 de sexo masculino, con edades entre 20 a 42 años y una media $\bar{x}$ = 28.88. A nivel general respecto de los niveles de neuroticismo de la muestra se encontró una tendencia hacia un alto nivel de neuroticismo donde 7 de los participantes se encuentran en la categoría de Alto neuroticismo; las puntuaciones de esta escala se encuentran entre 14 y 18 puntos con una media $\bar{x}$ = 16.88 y una desviación estándar de s = 1.458. Con relación a la ansiedad rasgo, se encontró también una alta tendencia en la muestra ($\bar{x}$ = 38.25 y s = 2.915) en ambas variables se puede observar un comportamiento homogéneo.

Para las escalas de Autoestima, Autoimagen y Autoeficacia se observó un comportamiento heterogéneo en la muestra, presentado mayores niveles de variabilidad que otras escalas; las puntuaciones de autoestima se encontraron entre 18 y 37 puntos con un $\bar{x}$ = 28.88 y una desviación estándar de s = 5.41; para las puntuaciones de autoimagen se encontraron entre 22 y 36 puntos con un $\bar{x}$ = 30.25 y una desviación estándar de 5.092; y para las puntuaciones de autoeficacia se encontraron entre 15 y 23 puntos con un $\bar{x}$ = 19.75 y una desviación estándar s = 3.196. Al considerar las categorías de estas escalas 6 participantes presentan una baja autoestima y 2 media; 3 presentan una baja autoimagen y 5 media; y 4 presentan una alta autoeficacia, 2 media y 2 baja.

Otras escalas que muestran un alto nivel de variabilidad son la escala de Irracionalidad cognitiva y Tolerancia a la frustración donde las puntuaciones se encontraron entre 29 – 46 y 7 – 17 respectivamente, con relación a su dispersión se obtuvo una desviación estándar de s = 6.141 para irracionalidad cognitiva y s = 3.742 para tolerancia a la frustración. En función de las categorías correspondientes podemos ver que para irracionalidad cognitiva se 2 presentan una alta irracionalidad cognitiva, 3 media y 3 baja; y en cuanto a tolerancia a la frustración 2 presentan alta tolerancia a la frustración, 2 media y 4 baja.

Por medio de la utilización de tablas de frecuencia, no fue posible observar patrones de distribución esperados al considerar la variable Neuroticismo como independiente, pero al realizar el mismo ejercicio con la variable Sexo se destacan las siguientes distribuciones mostradas en las ***Tabla 1 y Tabla 2***

***Tabla 1.*- Frecuencia absoluta Sexo y Autoimagen por categoría**

	cat-aimg	
Sexo	*Baja*	*Media*
Femenino	*2*	*1*
Masculino	*1*	*4*

Nota: La tabla muestra la distribución de frecuencias de las categorías de la variable autoimagen en función del sexo de los participantes.

***Tabla 2.*- Frecuencia absoluta entre Sexo y Auto estima por categoría**

	cat-aest	
Sexo	*Baja*	*Media*
Femenino	*2*	*1*
Masculino	*4*	*1*

Nota: La tabla muestra la distribución de frecuencias de las categorías de la variable autoestima en función del sexo de los participantes.

De estas tablas podemos decir que los participantes Masculinos tienen una mejor autoimagen que las participantes Femeninas, sin embargo, para ambos sexos existiría una baja autoestima.

En relación con la recepción a las críticas, se encontró que la mayoría (5 participantes) se identifica con una relativa recepción a las críticas y ninguno se identificó como poco receptivo a las críticas. Al revisar las tendencias

evitadoras o enfrentadoras de los problemas, se encontró que la muestra si tiende a identificar con tendencias hacia el polo de la evitación (5), una se identificó en el centro de los polos y los 2 restantes se identificaron con tendencia hacia el polo enfrentador.

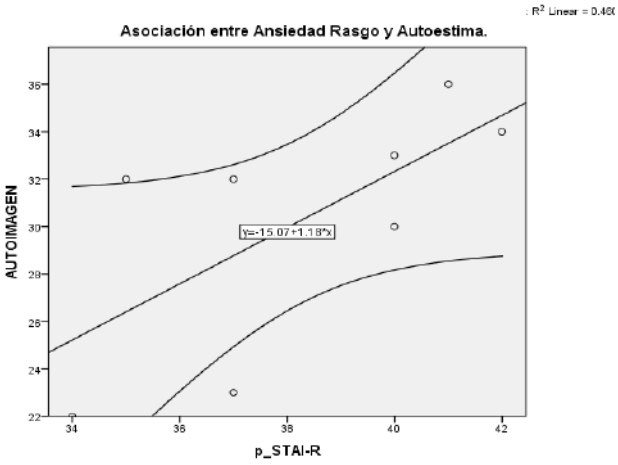
En cuanto a los relatos de sí mismos, se observó que existe una predominancia (6 participantes) a incluir dentro de la narración roles sociales (ocupación y/o profesión). También se encontró que 5 de las narraciones incluyen dificultades u elementos "negativos" de la identidad (miedos, dificultades, características negativas), 2 de los relatos solo incluyen fortalezas u características positivas respecto de sí mismos; 1 relato solo incluye una descripción en termino de los roles que cumple, no incluyendo características positivas ni negativas, pero en su mayoría los relatos cuentan con elementos tanto positivos como negativos en la narración de sí mismos. Destaca que 5 de los relatos se realizan en un formato de listado de características, recorriendo diversas áreas, pero careciendo de una narración conectora de estas características.

Análisis Inferencial

Teniendo en mente el tamaño muestral alcanzado, se descartó el uso de estadística paramétrica para el análisis inferencial de los datos, debido a la disparidad de la distribución de las categorías de las escalas clínicas, se descartó realizar una comparación por grupos. Para comprobar asociación entre puntajes de escalas y niveles de ansiedad, se aplicó la prueba de Correlación de Tau de Kendall para revisar el grado de asociación entre las siguientes variables: p_STAI-R, EPQ-NEU, AUTOESTIMA, AUTOIMAGEN, AUTOEFICACIA, TOLE-FRUSTRA, IRRA-COGNI, RECE-CRIT y ENFRENTA-EVITA; solo se encontró una relación estadísticamente significativa entre p_STAI-R y AUTOIMAGEN (τ = .642; p = .031) representada en la ***Figura 1.***

Esta asociación entre Ansiedad Rasgo (p_STAI-R) y Autoimagen indica que a mayor nivel de ansiedad rasgo, el paciente tendría una puntuación más alta en la escala de Autoestima.

Figura 1. Relación entre p_STAI-R y Autoimagen



Nota: Grafico de dispersión que permite visualizar tendencia de asociación entre la puntuación obtenida en el STAI-R (Ansiedad Rasgo) y la puntuación obtenida en la escala Autoimagen.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Este trabajo tuvo como propósito el conocer cómo se relaciona la ansiedad como rasgo con el neuroticismo y el posible impacto que puede haber en las funciones de identidad y de significación integral. A partir de los resultados presentados anteriormente, se puede establecer que la muestra posee altos niveles de ansiedad como rasgo y de neuroticismo, y a pesar de esta situación no se encontró alguna asociación estadísticamente significativa para establecer que las funciones de identidad y de significación integral se viesen alteradas particularmente por esta situación.

Si bien, se observó que existe en general una baja autoestima la relación con respecto a la ansiedad se dio de forma inversa a lo esperado, pudiendo ser esto provocado por el momento en que se aplicó el cuestionario de ansiedad estado (SATI-R) con la aplicación del FECI-A entendiendo que esta relación puede verse modulada por los resultados del proceso terapéutico en donde el trabajo en terapia, como posibles procesos terapéuticos anteriores, puede aminorar el impacto que podría tener la ansiedad como un rasgo sobre la valoración del sí mismo.

En cuanto al neuroticismo, no se encontró en la muestra una relación estadísticamente significativa entre elevados niveles de en esta escala con respecto a la a las otras escalas estudiadas ni con los niveles de Ansiedad.

A pesar de no observar asociaciones estadísticamente significativas entre las variables estudiadas, los datos muestran indicios que los participantes poseen altos niveles de neuroticismo y ansiedad rasgo, a esto se le suma que la muestra da indicios de tener una baja autoestima y autoimagen, con una tendencia a evitar los problemas y una baja tolerancia a la frustración; esta situación puede ser algo esperado de acuerdo con lo planteado en la fundamentación del problema.

Si le añadimos la información respecto del relato del sí mismo, también encontramos una posible dificultad para dar cuenta de la autoimagen de los participantes, habiendo una descripción fragmentada y recurriendo, preferentemente, a un listado de características; esto podría indicar dificultades en la función de identidad de los participantes. Al considerar el contenido de la descripción podemos decir que los participantes tienen la capacidad de dar cuenta de elementos positivos como negativos de su identidad, pero al establecerse una narración por medio de un listado de características no se hace posible comprender si las características mencionadas son significadas por ellos como positivas o negativas, dificultando el conocer la función de significación integral. A pesar de esto, al incorporar el ítem de recepción de críticas podemos decir que, para esta muestra al menos, existe algún grado de acoger críticas de otros lo que podríamos inferir que la función de significación integral podría ser adecuada.

Algunos elementos por mejorar y considerar para futuras aproximaciones a la temática, en primer lugar, el tamaño muestral, puesto que parte de los resultados encontrados puede deberse a la limitada cantidad de participantes con registros completos como fue mencionado anteriormente no se encontraron asociaciones estadísticamente significativas en línea con lo esperado, pero los datos dan indicios de ir en sentido de lo esperado. También se recomienda considerar como una variable, la existencia de procesos anteriores previos que pueden actuar como moduladores del impacto tanto de la ansiedad como rasgo y el neuroticismo hacia las funciones de identidad y de significación integral, por medio de la adquisición de herramientas y sistemas conductuales que permitan modular el impacto en las funciones del Sistema Self anteriormente mencionadas. En relación con lo anterior también se considera relevante el aplicar el cuestionario para medir la ansiedad rasgo en un momento cercano temporalmente a la aplicación del FECI-A dando cuenta de un contexto similar o igual al momento de

aplicación de ambos cuestionarios. También es relevante tener en cuenta la cercanía entre los conceptos de neuroticismo y de ansiedad rasgo utilizados en este trabajo puesto que ambos se consideran cono una propensión a la inestabilidad emocional, donde en el STAI se especifica que esta propensión sería a sufrir estados ansiosos, dicho esto puede ser necesario encontrar otro cuestionario con otra aproximación a la ansiedad como rasgo o en su defecto la creación de otra forma de evaluación de la ansiedad como rasgo que difiera más marcadamente de la utilizada en este trabajo.

A modo de conclusión se plantea que la relación entre ansiedad rasgo, neuroticismo y las funciones de identidad y de significación integral, es una temática relevante a la hora de diseñar intervenciones terapéuticas con nuestros pacientes; así, también, la relevancia de continuar con el abordaje de estas relaciones para lograr un mayor nivel de comprensión en la interacción de estas variables y por tanto lograr intervenciones más significativas para nuestros pacientes.

REFERENCIAS

Bejer, T. (2010). Ficha de Evaluación clínica Integral (FECI): características, validez y confiabilidad de las Escalas Clínicas. Actualizaciones en Psicoterapia Integrativa, 2(1), 38-52. Recuperado el 20 de septiembre, 2021 desde https://icpsi.cl/wp-content/uploads/2013/11/rev_acpi_2010.pdf

Burgos, P. & Gutiérrez, A. (2013). [Tesis de Pregrado] Adaptación y Validación del Inventario Ansiedad Estado – Rasgo (STAI) en Población Universitaria de la Provincia de Ñuble. Universidad del Bio-Bio

de Castro, N., Lopes, M., Monteiro, A., Diniz, C., Martins, L., Ferreira, G., y de Sousa, A. (2021). Unidimensional analysis of the nursing diagnoses of situational low self-esteem and chronic low self-esteem. Perspectives in Psychiatric Care, 57(4), 1950–1959. https://doi-org.sibudp.idm.oclc.org/10.1111/ppc.12771

Hulme, N., Hirsch, C., y Stopa, L. (2012). Images of the Self and Self-Esteem: Do Positive Self-Images Improve Self-Esteem in Social Anxiety? Cognitive Behaviour Therapy, 41(2), 163–173. https://doi-org.sibudp.idm.oclc.org/10.1080/16506073.2012.664557

Lilgendahl, J., McLean, K., y Mansfield, C. (2013). When is meaning making unhealthy for the self? The roles of neuroticism, implicit theories, and memory telling in trauma and transgression memories. Memory, 21(1), 79–96. https://doi-org.sibudp.idm.oclc.org/10.1080/09658211.2012.706615

Opazo, R. (2017). Psicoterapia Integrativa EIS. Profundizando la comprensión Potenciando el cambio. Santiago, Chile: Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa.

Peteet, J. (2021). Approaching Identity Problems Common in Clinical Practice. Harvard Review of Psychiatry, 29(6), 416–421. https://doi-org.sibudp.idm.oclc.org/10.1097/HRP.0000000000000316

Rehman, S. (2021). Different and better than you: The interplay between social identity, moral identity, and social comparison. Journal of Community & Applied Social Psychology, 31(5), 615-635. https://doi-org.sibudp.idm.oclc.org/10.1002/casp.2549

Robinson, L. (2021). Investigating Critical Thinking Disposition, Self-Efficacy, Self-Regulation, and Self-Identity Amongst Online Students. College Student Journal, 55(3), 325–337. https://www.ingentaconnect.com/content/prin/csj/2021/00000055/00000003/art00008

Scandroglio, B., López, J., y San José, M. (2008). La Teoría de la Identidad Social: una síntesis crítica de sus fundamentos, evidencias y controversias. Revista Psicothema, 20(1), 80-89. http://www.psicothema.com/pdf/3432.pdf

Spielberger, C., Gorsuch, R. y Lushene, R. (2015). STAI. Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo. Madrid, España: TEA Ediciones

.

Vera, P., Celis, K., Córdova, N., Buela, G., & Spielberger, C. (2007). Preliminary Analysis and Normative Data of the State-Trait Anxiety Inventory (STAI) in Adolescent and Adults of Santiago, Chile. Terapia psicológica, 25(2), 155-162. https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082007000200006

Toledo, M. (2012). Sobre la construcción identitaria. Atenea (Concepción), (506), 43-56. https://dx.doi.org/10.4067/S0718-04622012000200004

AcPI
Actualizaciones en Psicoterapia Integrativa
Vol. XIV, 2022

Dificultades en la transición del rol de padre tradicional hacia nuevas paternidades visto desde el modelo integrativo supraparadigmático

Antonio Machado Ch*

Abstract

The following review examines the various definitions of fatherhood, from different areas involved in the experience of being a Father, through the Supraparadigmatic Integrative Model, at the same time, this review defines and argue the characteristics attributed to the traditional father role and the difficulties represented by trying of transitions to the new experiences of fatherhood, that include more involvement and development of new experiences in relation to gender equity and mother´s rights equality

keywords: Fatherhood - Supraparadigmatic Integrative Model.

Resumen

En la siguiente revisión se examinan las diversas definiciones de paternidad, desde los distintas áreas involucradas en la vivencia de ser Padre a través del Modelo Integrativo Supraparadigmático, a su vez se define y se discuten las características atribuidas a un rol de padre tradicional y las dificultades representadas en los intentos de transición hacia nuevas experiencias de Paternidad, que incluyen mayor involucramiento y desarrollo de nuevas experiencias, en relación a la equidad de género e igualdad de derecho con las Madres.

Palabras claves: Paternidad - Modelo Integrativo Supraparadigmático.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, se habla y se cuestiona mucho el tema de tener hijos y lo que esto significa para los cuidadores, para los niños y para la sociedad, siendo incluso una temática controversial para algunas personas, debido a que muchos consideran el planeta como no viable para el desarrollo de la humanidad. No obstante, el tema de la maternidad ha ganado mucha fuerza, y en el mundo, mujeres de toda clase han sacado la voz para dar cuenta de la poca visibilidad, entendimiento y justicia que existe respecto a la labor de ser madre, y lo que conlleva mantener y cuidar a un bebé en sus primeros meses de vida, siendo ignorado por la sociedad las enormes consecuencias que tiene desde el punto de vista biopsicosocial, las enormes transformaciones que son experimentadas por gran parte de las mujeres, como por ejemplo: el parto, la lactancia, los cambios hormonales, la irritabilidad, la falta de sueño, experimentar sentimientos profundos de amor por el recién nacido, etc. aspectos que sin lugar a dudas no se viven de la misma forma para todas las madres, pero que a nivel general, marcan una experiencia humana potente, que a su vez ha otorgado a la comunidad científica extenso material de estudio debido a su relevancia.

En consideración de lo anterior y lo que ha conllevado esta "revolución de la maternidad" en torno a los enormes cambios en las constituciones familiares que marcan otras conformaciones, nuevos roles y nuevas visiones de la familia, también se ha cuestionado y especialmente "criticado" con justa razón, el accionar del género masculino

* Ps. Universidad Central
antonio.mch94@gmail.com

en cuanto a su labor de padre, considerando el rol histórico que han ocupado los padres respecto a sus hijos y como se ha entendido la paternidad a través de la historia, en la cual, por mencionar algunas características "clásicas" se le han otorgado atribuciones como: el rol proveedor, autoridad, condicionalidad, castigo , formación estricta y en muchos casos características de: ausencia, frialdad, distancia psíquica y falta de afectividad.

Sin embargo, hoy en día se ha podido observar a nuevas generaciones, con nuevas costumbres, transicionando a nuevas conformaciones aparentemente más positivas de paternidad, con mayor nivel de involucramiento, no obstante, esto parece ser insuficiente para una conformación de familia equitativa, teniendo en cuenta la alta demanda de mujeres madres que exigen una crianza compartida y equilibrada.

> Más allá de la familia, las redes de apoyo de cuidado se mantienen fuertemente feminizadas. Se observa un proceso gradual de cuestionamiento de los roles de género y una búsqueda de complementariedad y se evidencian algunos casos de rupturas de relaciones tradicionales de género en parejas más jóvenes. Si bien, en su artículo se observa una persistencia de roles de género tradicionales y asimétricos, el mayor involucramiento cotidiano y la cercanía afectiva es medular a la configuración identitaria de los padres entrevistados. (Aguayo, Goldsmith y Herrera, 2018, pp.10)

En este sentido, pareciera que el propio cuestionamiento de la labor de padre tiene que ver más con la inclusión de los derechos de la mujer a la sociedad y la igualdad de género, que de un interés de los mismos hombres en cambiar su rol en la sociedad, la movilización proviene de las mismas mujeres quienes han estado históricamente en una posición de desventaja ante una sociedad patriarcal, situación que las ha llevado a "tomar las riendas del asunto" y cuestionarse a sí mismas en su rol de mujeres, como también a los hombres en su rol entorno al poder, sin embargo, es posible observar a grandes rasgos, que no existe una reflexión profunda, una crítica genuinamente construida o una movilización cognitiva proveniente de los mismos hombres para "deconstruir", entendiendo su propia masculinidad y a su vez el rol de ser padre.

> Si bien la academia feminista tiende a analizar el maternalismo desde la crítica, destacando las limitaciones en los roles disponibles para mujeres y la marginación de éstas en el mercado laboral, poco se ha escrito de cómo esta construcción del cuidado también limita las posibilidades para ejercer y vivir la paternidad. (Aguayo, Goldsmith y Herrera, 2018,pp.6)

En consiguiente, entendemos que desde un punto de vista social, no se ha formado el interés suficiente para generar cambios, y a pesar de que las nuevas generaciones han comenzado a marcar una pauta distinta, no se ha producido la suficiente necesidad en los hombres de entender su propia masculinidad, ni entrar en conflictos intrapersonales e interpersonales que generan una movilización al cambio, gracias a esto existe un escaso nivel de información a nivel social de lo que significa ser padre en la actualidad, es por esta razón que los estudios en torno a la paternidad obtienen relevancia, considerando por otra parte, la necesidad de entender los roles de paternidad en relación a los cambios contingentes de la sociedad, los cuales este último tiempo han sido más marcados y más

fuertes, generando más urgencia de poder acceder a nueva información.

> Se ha hablado que las nuevas generaciones de hombres están compuestas por 'nuevos padres' que buscan distanciarse del modelo autoritario que representaba a la generación anterior. El discurso sobre el 'padre involucrado' se ha ido imponiendo en los medios de comunicación, en la cultura popular a través de imágenes en publicidad y personajes en teleseries, en los hogares y en los mismos padres. Especialmente en el caso de los padres jóvenes se espera que los hombres sean padres cercanos, cariñosos y presentes, muy diferentes al padre proveedor económico y emocionalmente distante de las generaciones anteriores (aun cuando a estos nuevos padres se les sigue exigiendo ser buenos proveedores). Pero ¿qué significa ser un padre presente? (Aguayo, Goldsmith y Herrera, 2018, pp.7)

Esta pregunta abre otras inquietudes respecto a la paternidad, y el cuestionamiento inicial que otorgaron las mujeres al rol de los padres, sin embargo también es posible observar que la mismos hombres, la sociedad, o la mismas madres no se han posicionado desde un accionar transformador, siendo muchas veces el rol de padre un foco de crítica y cuestionamiento que no repercute en acciones concretas, muchas veces formándose una combinación del antiguo rol de padre con el rol de padre que se busca en la actualidad, posicionando a los nuevos padres en una etapa de "transición".

Este conflicto constante, en relación a un intento de superación en los padres, versus el estancamiento de las viejas costumbres, debe probablemente generar sentimientos de frustración, rabia, miedo y/o tristeza en los padres, por otro lado, la afectividad de toda persona se ve afectada por múltiples factores, por lo que, es posible deducir, que independientemente del tipo de paternidad ejercida, habrán cambios significativos en la dimensión afectiva y cognitiva, movilizando en gran medida la psiquis de los hombres. Opazo (2017) refiere: "En el ámbito más específico de la etiología clínica, los afectos han sido postulados como causa de múltiples desajustes psicológicos, de trastornos psicosomáticos o psicofisiológicos, de alteraciones en el sistema inmune, etc." (pp. 337)

Por otra parte, es importante destacar, que el rol de padre y la experiencia de paternidad en sí, es especialmente importante para entender la masculinidad y conformar los nuevos roles sociales que necesita la sociedad actual, considerando los cambios potentes que suceden a nivel psíquico en la madre, que además de una u otra forma afectan al padre, como también la "experiencia en sí" de los padres, la cual se relaciona al mundo de significados de la persona que ocupa el rol de la paternidad, y a su vez también se ve afectado por aspectos biopsicosociales, en este sentido al igual como muchas madres describen la experiencia de ser madre como algo "sumamente transformador y profundo" lo es también para muchos padres, que se ven afectados profundamente en un nivel afectivo, cognitivo y social, viviendo la experiencia de paternidad de una forma completamente distinta y poco entendida por la sociedad, esto lleva a percibir la paternidad como una experiencia independiente, que puede tener que ver o no con la experiencia de las madres.

Otro problema relevante que existe en torno a la paternidad, es la poca comprensión que existe de este rol, pero principalmente la poca información que existe en torno a la "experiencia", hoy en día se observa mucho cuestionamiento y crítica, construidos con el

fin de poder transformar y reconstruir el rol, sin embargo, no se ha considerado un aspecto principal, el cual es comprender y describir lo que experimentan los padres psicológicamente desde una visión integral, este hecho se torna fundamental para posteriormente modificar la conducta, tanto desde el punto vista psicológico individual como también desde la visión social y cultural.

Este último punto se torna relevante, debido a que a diferencia de las madres, los padres poseen más variación en la toma de iniciativa en cuanto a decidir que tanto involucrarse en la crianza de sus hijos, teniendo en cuenta que no están "atado de manos" por el factor biológico, en base a esto es posible deducir que existe un amplio rango de padres con diferente nivel de involucramiento, hecho que sin lugar a dudas genera variaciones en la experiencia afectiva de cada padre, dicha variación podría evidenciar los problemas que existen en torno a la paternidad, pudiendo de esta forma identificar los principales factores que permiten que la experiencia de paternidad sea desagradable, difícil y/o indeseada.

Por último, es importante reconocer el primer año de vida de los bebés como la etapa más importante de un niño y también donde se presenta el factor decisivo en los padres, considerando la demanda proveniente del recién nacido, en acompañamiento de la demanda de las madres en lo cognitivo, afectivo y físico, más la demanda económica y social, se torna un momento de alta exigencia para los padres, en donde pareciera activarse un estado de alerta permanente, acompañado de una aparente respuesta de lucha o huida, es importante considerar que existen muchos padres alrededor de todo el mundo que no se hacen cargo de sus hijos en lo absoluto o padres donde su nivel de involucramiento es ínfimo, mientras que existen otros padres que "enfrentan" la situación con agrado o desagrado, pero que generan intentos por involucrarse más profundamente.

El siguiente trabajo tiene por finalidad identificar, describir y conocer desde el EIS, los distintos factores que perjudican y/o dificultan que los padres logren adecuarse a un modelo de padre no tradicional, en el contexto en que se les exige adaptarse a una crianza compartida, equitativa y que no reproduzca los roles de género tradicionales, en donde la mujer es quien tiene el rol cuidador principal, de esta forma, se buscará identificar los factores que reproducen el sistema convencional de paternidad dificultando la crianza equitativa..

Es aquí donde se presentan las grandes preguntas en torno a la paternidad.

DESARROLLO

Para comenzar a desarrollar la idea central de este trabajo es necesario en primer lugar, identificar las distintas vivencias en torno a la paternidad, describiendo las experiencias estudiadas y las modificaciones que se van desarrollando, según los cambios en la vida de los hombres en relación a la participación en la crianza de sus hijos.

Para ello es necesario comprender la paternidad en la actualidad definiendo las bases que se atribuyen a características "tradicionales" de paternidad, las principales críticas y cuestionamientos que se le han dado a este rol, para posteriormente examinar nuevas experiencias que marquen una

diferenciación de lo clásico llegando a las nuevas variantes que existen en la actualidad.

En cuanto a **lo tradicional**, se pueden identificar las siguientes características para el rol de ser padre, comenzando por proveedor y autoritario, estas dos características son probablemente las más utilizadas para definir el rol de padre a nivel general, por otro lado, también a los padres tradicionales se les puede atribuir descripciones como: fríos emocionalmente, jerárquicos, y distantes en cuanto a lo físico y psíquico, otros autores han postulado la paternidad como un acto de afecto condicional, donde priman los refuerzos negativos, en donde el involucramiento se ve aumentado en etapas posteriores a la niñez, en donde los padres le muestran a sus hijos el mundo, la puerta exterior de la vida, lo amenazante o riesgoso, acompañado de un espíritu de aventura. Erich Fromm postulaba en el año 1956 lo siguiente:

> La madre es el hogar de dónde venimos, la naturaleza, el suelo, el océano; el padre no representa un hogar natural de ese tipo. Tiene escasa relación con el niño durante los primeros años de su vida, y su importancia para este no puede compararse a la de la madre en ese primer período. Pero, si bien el padre no representa el mundo natural, significa el otro polo de la existencia humana; el mundo del pensamiento, de las cosas hechas por el hombre, de la ley y el orden, de la disciplina, los viajes y la aventura. El padre es el que enseña al niño, el que le muestra el camino hacia el mundo. (Fromm, 1956)

En **la actualidad,** dicho arquetipo de padre puede ser muy cuestionado, como también es posible ver que no se presenta tal cual en el presente, siendo dicho arquetipo una forma más bien "anticuada" para definir el rol paterno, no obstante, sienta las bases de lo que sucede en la actualidad, en cuando a la transición en los nuevos roles, existe la marcada demanda de transición y a su vez la enorme dificultad de llevar a cabo una labor de padre "ideal", lo que conlleva volver a las bases ya establecidas y reproducidas socio-culturalmente desde el pasado.

> Los padres ocupan posiciones ambivalentes, donde se les exige mayor participación pero se les da poco espacio o se conforman con hacer unas pocas tareas de cuidado. La madre sigue siendo representada en todos los ámbitos como la cuidadora primaria y los padres, como cuidadores secundarios. La evidencia indica que, en la práctica, el nuevo modelo de padre involucrado es difícil de alcanzar. Las exigencias de ser un padre cercano y cariñoso se suman y superponen con las exigencias, ineludibles, de proveer y proteger a la familia en contextos de baja protección social y económica (Aguayo, Goldsmith y Herrera, 2018, pp.8)

En base a lo anterior se abre la siguiente pregunta **¿Qué factores dificultan la transición desde un padre tradicional a un padre que ejerce su rol equitativamente con la madre?**

Gran parte de las personas creen o suponen que los padres se involucran menos en la crianza de sus hijos por voluntad propia, o incluso llegan a creer que se debe a algunos factores biológicos y/o naturales, refiriéndose a que dicha falta de involucramiento está en la masculinidad desde el nacimiento y/o desde la pubertad, sin embargo, si se observan las políticas que interfieren con los roles de género vemos una marcada diferencia entre hombres y mujeres, lo cual claramente interfiere en el accionar de ambos roles a nivel personal.

> …las políticas han reforzado el papel de cuidadoras en las madres y de proveedores económicos en los padres. En las últimas décadas las mujeres salieron a trabajar remuneradamente sin embargo todavía dedican más tiempo al cuidado y sus trabajos son más precarios (Blofield y Martínez, 2014). A pesar de todos los avances en legislación y

> políticas, al parecer, el orden de género se resiste a cambiar o lo hace muy lentamente. (Aguayo, Goldsmith y Herrera, 2018, pp.5)

Es un asunto importante considerar por la evidencia y la lógica, que las problemáticas que viven los hombres en cuanto a su labor de padre, las cuales no les permite transicionar a una mejor paternidad, tiene una relación y directa y semidependiente del rol de las mujeres en cuanto a la maternidad. Explicado de forma más simple, los hombres están menos en la casa, dedican más tiempo al trabajo y se involucran menos en la crianza de sus hijos porque la sociedad aun lo establece así y lo reproduce de tal forma.

> En Chile a nivel de políticas públicas se ha avanzado en el tema de inclusión al padre en su rol de padre activo, pero aún la participación del padre en los cuidados de un hijo/a es escasa debido a varios factores, uno de ellos es que la ley entrega al padre un permiso de postnatal de solo cinco días en total (que se puede usar dentro del primer mes después de nacido su hijo). (Bihan, 2020, pp.5)

Esto es solo un ejemplo de lo inadecuado que siguen siendo las políticas públicas, y lo poco atingentes a las necesidades de las familias y los cuidadores, de esta forma se torna muy difícil la crianza equitativa, considerando que tampoco existe la igualdad de género en las políticas públicas, donde prima un ambiente patosintónico que permite seguir reproduciendo la paternidad tradicional, que se encuentra arraigada en las raíces y la estructura de la sociedad Chilena, tanto en lo social, como en lo cultural y político y que sin lugar a dudas interfiere con la experiencia intrapsíquica de los padres.

Sin embargo, siendo el fenómeno de la paternidad algo tan importante, tan contingente y tan cuestionado, no es debido reducir dicho fenómeno a algo tan macro como lo social, cultural y político, la evidencia ha mostrado que para el fenómeno de la paternidad se involucran muchos factores, muchos de ellos desconocidos por las personas, por lo cual, sin lugar a dudas es necesario entender dicho fenómeno desde una mirada integrativa.

El paradigma biológico en la paternidad

La biología es el estudio de los seres vivientes y de sus procesos vitales; se relaciona con todos los aspectos fisicoquímicos de la vida. Así, la biología es la ciencia que estudia la vida, su organización y sus leyes. En un sentido estricto, todo hecho psíquico tiene un correlato biológico; no existe pensamiento, sentimiento, dinámica inconsciente, etc., que no involucre algún cambio a nivel biológico. (Opazo, 2017, pp.219)

Desde una afirmación general como esta, se entiende y asume el hecho de que en los procesos de paternidad, existen sin lugar a dudas factores biológicos que determinan la conducta de los hombres, estando o no relacionada a un rol tradicional de padre o a un rol orientado hacia nuevas paternidades.

Siguiendo esta idea, la evidencia ha mostrado diferencias psicológicas marcadas entre hombres y mujeres, provenientes tanto de **factores biológicos estructurales como hormonales.**

> Parece razonable admitir que la acción de las hormonas sexuales en el cuerpo, y particularmente en el cerebro, conforma redes neuronales y procesos bioquímicos diferentes en hombres y mujeres, ya desde los primeros meses de vida intrauterina, posibilitando así aspectos diferenciales en el continuum del

> comportamiento humano, desde el comportamiento sexual hasta los procesos cognitivos, lingüísticos y emocionales. Parece establecido que hay diferencias relevantes ligadas al sexo en los cerebros-mentes de hombres y mujeres.(García, 2003, pp. 52)

En consiguiente, podemos entender mirando la interacción padre-hijo desde el punto de vista biológico, que existen marcadas diferencias entre hombres y mujeres que al interactuar con otras áreas, como lo ambiental, generan ciertos tipos de conducta en los padres.

Según Caparrós y Rodríguez (2020) la **depresión postparto paterna** afecta al 25% de los hombres y tiene relación en cómo son tratados los padres después del nacimiento de su hijo, teniendo relación con la ansiedad, el estrés, la represión de la tristeza, los sentimientos de agobio y resentimiento hacia el bebé, entre otros, siendo la disminución del apoyo de la pareja y la poca satisfacción en la relación lo que enmarca la depresión postparto en hombres.

En este sentido, podemos identificar indicadores biológicos generales, pero únicos para la depresión postparto en hombres, entre los cuales Caparrós y Rodríguez (2020) incluyen: bajos niveles de cortisol, prolactina, oxitocina y testosterona, los cuales en combinación con factores ambientales como: depresión postparto materna, cambios en relación de pareja, sentimientos de exclusión del bebé y falta de apoyo social, podrían causar depresión postparto en hombres.

Estos factores de la depresión, como fue mencionado anteriormente, se presentan como indicadores diferenciales de los síntomas que presentan las madres en la depresión postparto, en los cuales llama la atención que los hombres presentan bajos niveles de cortisol, mientras que las madres presentan altos niveles de esta hormona (Caparrós y Rodríguez, 2020)

Dejando la depresión postparto de lado, ha sido posible observar que también existen factores diferenciales entre hombres y mujeres respecto a la parentalidad desde un punto de vista biológico estructural, por lo que el cerebro de la mujer no funciona de la misma manera que el cerebro del hombre al interactuar con sus hijos, en la madre se activa el sistema límbico mientras que en la padre existe más activación del neocórtex, sin embargo existen factores comunes como el aumento de materia gris en el cerebro. (Anna Machin, 2018)

Dicho funcionamiento según Anna Machin (2018) puede entenderse debido a que la relación del padre con el bebé está marcada por conceptos, por lo que el padre utilizará el área relacionada a las cogniciones, a diferencia de la madre quien activará áreas relacionadas a las emociones, considerando que los padres viven la paternidad como un desafío en donde la interacción y la comunicación se vuelven cruciales, por otro lado, tanto lo madre como el padre presenta un aumento en la materia gris, por la necesidad de volverse más organizados, más autocontrolados y por lo tanto más seguros con el bebé.

Otro aspecto importante es que la testosterona se ve reducida, como una mecanismo evolutivo para asegurar la supervivencia del bebé (Anna Machin, 2018) en este sentido al ser la testosterona considerada una hormona que podría favorecer la agresividad (Opazo, 2017), podría darse esta reducción de dicha hormona en relación a la necesidad del padre,

considerando que el vínculo con el bebé debe ser afectuoso y seguro, por lo que hormonas como la oxitocina y la dopamina se ven aumentadas, mientras que la testosterona disminuye considerablemente (Ana Machin, 2018).

Paradigma Cognitivo en la paternidad

Otro aspecto importante en desarrollo de los padres en la conformación de su rol es lo cognitivo, considerando que existen patrones en las ideas, abstracciones, fantasías y pensamientos a nivel general, que se repiten en las personas, como también la falta de estos se van repitiendo a las distintas paternidades, la falta de cuestionamiento en torno a la paternidad también es un indicador fundamental para definir qué tipo de paternidad se está ejerciendo, siendo al parecer las mujeres quienes ejercen más cuestionamientos respecto a su rol.

No obstante, ha habido cambios a nivel ideológico en las nuevas generaciones (Aguayo, Herrera, Goldsmith, 2018) en los que claramente ha habido una movilización cognitiva, donde muchos padres han empezado a cuestionarse sus formas de paternar.

Dentro de los **procesos de transición en la paternidad**, hay padres que cognitivamente no generan cuestionamientos en torno a ser padre, mientras que otros desde el momento en que se enteran de que van a ser padres, comienzan a cuestionarse a profundidad su rol, buscando nuevas formas de paternaje, esta diferencia cognitiva de los padres podría llevar a cambios importantes en la conducta, como también a diversas frustraciones al no conseguir lo que se busca, al verse enfrentados a una realidad distinta a la que pensaban.

> Los padres jóvenes de mayor escolaridad están participando más en la crianza y educación de sus hijos. En esta resignificación se conservan los atributos positivos de la visión tradicional y se incluye el componente afectivo en las representaciones sociales de la paternidad moderna. No obstante, a pesar de la transformación en las relaciones padre-hijo, el reconocimiento en la esfera pública como proveedor económico se halla latente. (Hernández, Linares y Riveros, 2021, pp.7)

Un ejemplo claro de cómo los hombres se ven afectados por su condición de padre es nuevamente la depresión postparto, en este aspecto, influye mucho como se preparan mentalmente los hombres ante la llegada de un hijo y que visión tienen sobre este hecho, siendo un factor clave que es lo que se piensa sobre la paternidad.

> Morales, Catalán y Pérez aportan a la discusión con un primer análisis exploratorio del caso chileno. Las autoras exploran el significado y sentido de la depresión postnatal masculina a través de entrevistas en profundidad a padres con alto puntaje en una escala usada para diagnósticos preliminares de depresión postnatal. Ocupan categorías analíticas relacionadas tanto a contenidos como procedimentales y encuentran que un factor común es la situación de un embarazo no planificado donde la llegada del bebé es experimentada como una 'irrupción en la vida'. (Aguayo, Herrera y Goldsmith, 2018, pp.11)

Dicha definición de la llegada de un embarazo es un ejemplo claro para definir cómo actúan las cogniciones en el proceso de paternidad, siendo estas un factor definitorio para el tipo de vivencia.

En este aspecto hay una estrecha **relación entre las cogniciones y los afectos**, ya que ambos se influencian mutuamente a

través del concepto de cogniciones afectivo dependientes. Siguiendo esta línea, las cogniciones pueden afectar profundamente a la labor del padre, siendo esto definitorio en el nivel de involucramiento que ejercen los padres y por lo tanto fundamental para ver que tanto es posible transicionar a nuevas paternidades.

Pareciera ser que desde el punto de vista cognitivo los padres tienden a generar pensamientos y autodiálogos en torno a su rol económico, la necesidad de proveer, de trabajar, de ser un apoyo para el bebé en lo material, lo cual se relaciona estrechamente al **rol tradicional de los padres**.

Por otro lado, las cogniciones para este fenómeno particular tienen una influencia muy directa del **ambiente**, siendo esta la principal causa de las cogniciones de los padres.

> Hacer público el embarazo es un paso clave para asumir la condición procreativa. En general, son los hombres quienes realizan esta tarea. El acto de contar determinará en gran medida las relaciones del joven con su familia y la de su pareja. Éste se entiende como un acto de responsabilidad ante la crianza, relacionado de manera directa con la proveeduría económica. En general, la noticia de la paternidad tiende a ser asumida por las familias del joven como un error que debe enfrentarse. Aunque se brindan apoyos necesarios para asumir el nuevo rol, se manifiestan señalamientos que inciden en el estado de ánimo de los jóvenes padres.(Hernández, Linares, Rivero, 2021,pp.21)

En la investigación Significados de paternidad para jóvenes universitarios: cotidianidad, relaciones y cambios en proyecto de vida de Hernández, Linares y Rivero (2021) se obtuvieron respuestas en torno a la vivencia cognitiva de los padres jóvenes, es posible observar que predominaban autodiálogos derrotantes en torno a la paternidad en padres jóvenes tales como:

> *Sé que tengo más gastos de los que tenía programados, sé que ando decaído. Ya no pienso en mí. Ahora tengo más obligaciones; es algo para lo que uno no está preparado, o sea, es muy difícil. (Estudiante hombre, Facultad Fisicoquímicas)*
>
> *Ahora que tengo a mi hija ya no puedo pensar en diversión, sino lo que tengo es una responsabilidad. (Estudiante hombre, Facultad Fisicomecánica)*

Es esperable que siendo este tipo de **autodiálogos y procesos cognitivos predominantes** en muchos padres, se presenten mayores dificultades para generar conductas hacia nuevas paternidades dejando de lado el rol tradicional, las presiones que se generan a nivel cognitivo son sin duda un marcado de reflejo de cómo la sociedad visualiza el rol paterno.

Opazo (2017) refiere que: "Los autodiálogos pueden ser activados para bien o para mal. Cuando la persona se emite sistemáticamente mensajes autodestructivos – del tipo "de nuevo la embarré", "soy un imbécil", "no voy a aprender nunca" – se genera ánimo negativo y baja autoestima."

Para los procesos de paternidad, al parecer, funciona la misma lógica, sin embargo, no se relaciona específicamente a los autodiálogos destructivos, si no a autoexigencias en torno al rol paterno en base a labor proveedora, lo cual también genera ánimo negativo al verse influenciado por un ambiente exigente y negativo ante la paternidad.

Paradigma ambiental-conductual en la paternidad

> La dimensión cultural posee un papel preponderante en torno a la significación de la paternidad, dado que a ella se adscriben

> funciones y comportamientos acerca de lo que se espera de ser padre. Se plantea que existe una carga cultural en donde la imagen de ser padre es sinónimo de proveeduría, la cual es considerada por la sociedad y por ellos mismos como una obligación y una responsabilidad. (Hernández, Linares y Rivero, 2021,pp.6)

El factor ambiental en el ámbito de la paternidad es probablemente uno de los factores más importantes, y de los más influyentes en la conducta de las personas, considerando las investigaciones revisadas anteriormente, es posible dar cuenta que existe una marcada **presión social** hacia ejercer el rol del padre tradicional. Hernández, Linares y Rivero (2021) refieren: Sin lugar a dudas, la transición hacia la paternidad refleja los cuestionamientos de la sociedad contemporánea alrededor de roles tradicionales, en donde el ser padre se ciñe al rol de proveeduría económica.(pp.7)

No obstante, a pesar del estancamiento social que existe en torno a la visión de la paternidad, la falta de políticas públicas, y el bajo nivel de apoyo o apoyo negativo, también hay una alta **demanda en torno a ejercer nuevas paternidades**, reflejando a nivel ambiental una dicotomía en esta área.

Aún está muy presente la visión del padre proveedor, lo cual dificulta la presencia del padre en el vínculo con el bebé, ya que la mayoría de las veces los padres alegan tener que hacerse cargo de la situación económica por una razón biológica, siendo las madres quienes tienen que darle pecho al bebé y quienes sufren transformaciones físicas como el embarazo y la lactancia, lo que muchas veces imposibilita que las mujeres puedan aportar en el área económica.

> Se considera que las mujeres son las que tienen los conocimientos y habilidades para cuidar y que el rol principal de los hombres es mantener económicamente a sus familias. Uno de los argumentos más usados para legitimar esta diferencia es que las mujeres tienen una disposición natural al cuidado, ya que, a diferencia de los hombres, experimentan el embarazo y la lactancia. (Aguayo, Herrera, Goldsmith, 2018, pp.8)

Los factores ambientales más influyentes para la depresión postparto en hombres según Caparrós y Rodríguez (2020) son la **depresión postparto materna, cambios en la relación de pareja, sentirse excluido del bebé y falta de apoyo social**. Estos puntos tienen posiblemente problemáticas más profundas de base, no sería raro pensar dadas las características nomotéticas que poseen a nivel general los hombres, se presenta el hecho de el género masculino tiene dificultades para expresar sus malestares en torno a la paternidad, siendo muchas veces el caso, en que ni siquiera hay consciencia de estos malestares debido a una falta de consciencia sobre las emociones mismas, en relación a vergüenzas, miedos y/o frustraciones.

En este contexto, tal como fue señalado al comienzo, existe una marcada demanda de parte del género femenino a nivel social en que los padres transicionen a nuevas paternidades, dejando de lado el rol tradicional, sin embargo, estas demandas vienen siendo críticas directas más bien desafiantes, mientras que los hombres tienden a tener un rol más inactivo frente a la crítica y la reflexión de la paternidad, estos dos factores en combinación, no permiten generar las herramientas y el respaldo psicológico que se necesita para cambios profundos, teniendo

en cuanta que los padres se encuentran en un **ambiente** que es en gran parte **pato-sintónico al tradicionalismo**. Por lo tanto, siendo las emociones algo más alejado a la masculinidad desde lo tradicional, la demanda constante en torno al cambio, en conjunto de la falta de apoyo social, genera aún más represión en el ámbito afectivo en los hombres, dicha represión no permite generar transformaciones profundas y movilizadoras, causando en los padres del presente fuertes malestares al tratar de generar cambios en su conducta y verse enfrentado a un ambiente que no se los permite. En muchos casos, es de suponer que los padres que intentan transicionar en forma consciente, sienten el deber de reprimir sus malestares, debido a que se asume por presión ambiental que las madres son las más vulneradas, por lo que los malestares propios en la paternidad quedarían en segundo plano ante las demandas femeninas.

> …existe una serie de percepciones colectivas generadoras de estereotipos masculinos que se van concretando en el transcurso de la vida de los individuos. Algunos de estos rasgos son competitivo, fuerte, independiente, muestra autocontrol, responsable, atraído hacia las grandes acciones o aventuras, inteligente, no expresa su emotividad, no llora, tiene predisposición técnica, dominante, protector, competente, lógico, viril, proveedor de la familia, tiene iniciativa sexual, autoritario, deportista, basa el sexo en el principio del rendimiento. Si un hombre no es así se le considera débil, raro u homosexual. De nuevo, como en el caso de la figura femenina, los calificativos que construyen modelos del ser hombre constituyen los referentes de auto confirmación de los varones. Por lo tanto, las proyecciones del imaginario colectivo se proyectan con los referentes culturales obligados, mediante los cuales van erigiendo su identidad genérica y replanteando, según su capacidad reflexiva, cada faceta de su masculinidad. (Montesinos, 2004, pp.203)

Paradigma afectivo en la paternidad

El mundo afectivo de los padres toma un rol protagónico al igual que los factores ambientales, por lo general las diversas experiencias de paternidad proporcionan al mundo interno de los padres una significativa movilización, en donde los hombres se ven enfrentados a afectos diversos, las cuales pueden ser tanto placenteros como displacenteros.

Según las distintas visiones, se ha estipulado que los cambios se producen desde que la persona recibe la noticia de que va a ser padre.

> Dentro de este proceso hay tres áreas de dificultad para los hombres durante el período prenatal. La primera son los sentimientos afectados de no realidad, que provienen de la carencia de pruebas tangibles de la existencia de su hijo aún no nacido y el deseo de desarrollar un enlace emocional con el niño (Nieri, 2007,pp7).
>
> Las personas masculinas presentan significativamente un pensamiento más orientado exteriormente que las femeninas, así como los hombres con respecto a las mujeres. Además, aparece una tendencia estadísticamente no significativa de las personas masculinas y los hombres a mostrar más dificultad para expresar emociones, así como de las personas femeninas y las mujeres a mostrar más dificultad para identificar sus emociones (Moral de la Rubia, 2005, pp.162)

Este hecho recién expuesto, muestra la dificultad que tienen los hombres a nivel general para expresar emociones, considerando la **falta de asertividad emocional** es posible dar cuenta que existe una gran parte de hombres que presentan dificultades a la hora de decir lo que sienten, muchas veces teniendo facilidades para expresar emociones como la rabia, en desmedro de emociones que reflejan algún

grado de **vulnerabilidad** como la tristeza, el miedo o la confusión.

Es posible suponer, considerando los factores ambientales, que este aspecto en torno al mundo afectivo de los padres complejiza aún más el poder generar iniciativa y voluntad para identificar y construir nuevas paternidades a partir de los malestares y mundo de significados de los padres.

Por otro lado, vemos que el mundo afectivo de los hombres a nivel general, se ve reprimido y construido desde **modelos tradicionales**, en donde predomina el autoritarismo y el rol proveedor, dos singularidades que aportan más bien dificultades para desarrollar el mundo afectivo, incluso, apuntando al "aguantar" o el "reprimir", siendo este último un mecanismo de defensa para sobrellevar la carga que se le asigna al rol de padre, tanto desde lo sistémico, como también para lo ambiental-conductual y afectivo.

> …a partir de rasgos tradicionales de la masculinidad que refuerzan la autoridad del varón: todo aquel padre que comparta la idea de que su figura como autoridad, moral y económica ha de concretarse por parte de su familia mediante una actitud de reverencia permanente hacia él, se verá por fuerza amenazado por un ambiente de tensión idóneo para la rebelión familiar. Por tal razón es importante reconocer cómo una percepción idealizada de la relación padre-hijos puede convertirse en una relación traumática provocada por el ejercicio autoritario de la paternidad. (Montesinos, 2004, pp.209)

El paradigma sistémico en la paternidad

Lo que pasa con el sistema en torno a los roles en la paternidad posee una complejidad relacionada a múltiples factores, los cuales deben ser entendidos de forma integrada, cosa que el modelo integrativo logra congeniar al darle una mirada 360° a los fenómenos psicológicos, considerando los paradigmas que intervienen en la psiquis de las personas.

El primer punto reconocible en este ámbito, hablando de terapia familiar sistémica, es que **las familias** tienen una influencia directa con la experiencia de los diferentes padres como también las familias son influenciadas directamente por los padres.

Es posible observar en este ámbito que existe una dinámica circular, el sistema familiar, el cual se ve afectado por la conducta de los padres, es también quien sostiene y reproduce la conducta, que muchas veces apunta a **roles tradicionales**, que tienen de base de una dinámica machista, que a su vez se ve influenciada por el ambiente.

> En la terapia familiar sistémica se considera que los desajustes y los síntomas, tienen un carácter y una naturaleza transaccional. No serían gestados ni mantenidos solamente por un individuo en estado de aislamiento. Sí serían creados y mantenidos por interacciones y apegos – tanto cognitivos como afectivos – entre personas que están interactuando con otras, a través de relaciones significativas. (Opazo, 2017, pp.740)

Dada esta característica nomotética para los sistemas familiares, se torna evidente que el rol de los padres tiene un carácter familiar en todo sentido, siendo los sistemas influenciados por el ambiente, en acompañamiento de múltiples factores idiosincráticos de cada individuo en torno al área cognitiva, afectiva, inconsciente y biológica, lo cual refleja una infinidad de conformaciones familiares distintas que a su vez repiten patrones generales en su gran mayoría en una conformación compuesta por factores nomotéticos e idiosincráticos.

En este aspecto un sistema familiar abierto es quizás más influenciable a absorber dinámicas tradicionales de familia, provenientes de los estímulos culturales y

sociales, en torno al trabajo, la comunidad, los colegios, etc. Pero a su vez teniendo la oportunidad de cuestionar en terreno dichas influencias sociales, que a su vez varían según el lugar y el estrato socioeconómico, mientras que los sistemas cerrados podrían generar dinámicas aún más machistas que el ambiente o bien podrían ser un sistema relativamente independiente al ambiente, que logra generar roles con mayor nivel de transición hacia nuevas paternidades, siendo múltiples las posibilidades para generar nuevos tipos de paternidad o de reproducir el tradicionalismo.

> Cuando un ambiente se considera abierto a la información, queda abierto a su vez a que operen mecanismos adaptativos con el ambiente. Cuando el sistema es considerado en forma diferente – por ejemplo como abierto al intercambio de energía y cerrado a ingresos de información – se genera un espacio donde pueden operar epistemologías constructivistas o post-racionalistas, (Opazo, 2017, pp. 746)

Al observar los sistemas familiares en Chile, es de suponer que las posibilidades tanto de intentar transicionar a nuevas paternidades, como de mantener un rol tradicional en la paternidad es confuso, llegando incluso a verse disociado tal como sucede en la política, las diferencias y las polarizaciones cada vez son más extremas y marcadas, esto desafía a los sistemas a tener que adaptarse al ambiente y al mismo tiempo deconstruirse, muchas veces en un ambiente de contradicción, con el desafío de integrar ideas polarizadas que dificultan la convivencia y alteran la homeostasis.

Por otra parte, el intercambio energía se empieza a tornar selectivo y la adquisición de información útil comienza a tornarse compleja. Dado el **contexto socio-cultural**, los avances de la ciencia en materia de psicología y familia, las diversas exigencias en acompañamiento de la falta de apoyo hacen peligrar los sistemas debido al desequilibrio que causa la polarización, en la cual se refleja un conflicto de creencia vs ciencia, este podría ser un factor fundamental a la hora de identificar dificultades para la transición hacia nuevas paternidades.

Paradigma inconsciente en la paternidad

El asunto del paradigma inconsciente refleja una singularidad, que representa muy bien la polarización, la confusión y los desafíos para la transición en la paternidad hoy en día, en este sentido, se ha podido observar que los cambios socio-culturales, los cuestionamientos, la revolución tecnológica y social ha agarrado una enorme fuerza en las últimas dos décadas, produciendo un cambio en la mentalidad de las personas, tanto a nivel cognitivo y afectivo. Sin embargo desde lo inconsciente nos enfrentamos a un hecho puntual, a padres que fueron criados desde un marcado rol tradicional con escasa integración de nuevos modelos de familia, quienes hoy en día buscan y quieren conscientemente transicionar hacia nuevas paternidades formando nuevos modelos, esto podría representar en sí un choque interno entre experiencias pasadas y exigencias sobre el futuro con una brecha de diferencias estructurales enormes.

En este sentido, la motivación al cambio toma un rol excepcional, debido a que hay padres que se enfrentan a las exigencias contingentes en contra de un modelo de padre internalizado desde la crianza.

Lecalennier (2021) expone que las familias chilenas poseen un **modelo de crianza** extremadamente negligente en donde se ocupan herramientas de crianza no validadas y

perjudiciales que vienen funcionando desde tiempos remotos.

Dicha afirmación refleja las dificultades a nivel inconsciente que enfrentan todos los padres en cierto grado, por otra parte, considerando el nivel de negligencia que ha existido en torno a la crianza, es posible suponer que existen **marcadas experiencias y vivencias traumáticas** que problematizan el paternaje en distintos niveles.

En este aspecto, los traumas y los mecanismos subyacentes al **estilo de apego** ejercido, juegan un rol importantísimo en la conducta que tendrán los hombres con sus hijos y con la madre, no obstante se considera también que mientras el tiempo avanza, también existe mayor nivel de información y por lo tanto mayor nivel de consciencia para algunos padres en torno a tratar más afectuosamente a sus hijos, entendiendo que de alguna forma ha existido una mejora gradual en el trato hacia lo niños en el transcurso de la historia, considerando que hace miles de años los niños eran tratados como animales o incluso peor.

> El trauma en la infancia ha sido histórica y sistemáticamente negado, olvidado, ocultado, silenciado, normalizado, rechazado, excluido, criticado y enterrado. A los adultos nos ha costado siglos expandir la consciencia empática hacia el sufrimiento infantil, ya que en los albores de la civilización los malos y aberrantes tratos a los niños fueron la norma y la forma cotidiana de relacionarse con ellos. (Lecalennier, 2019, pp.11)

En este contexto, el trauma complejo en la infancia es algo que tiene enorme presencia en los niños y por lo tanto también en los adultos, lo cual lógicamente afecta a la forma en que ejercen la parentalidad tanto la madre como el padre.

Lecalennier (2018) refiere también en su libro El trauma oculto en la infancia, que al igual que los soldados que llegan de la guerra con marcados síntomas de agresividad, adicción y abuso de drogas, pesadillas, angustias, ansiedades, depresión, intentos de suicidio, maltrato familiar y conductas temerarias, a lo que se le llama hoy en día “Síndrome de estrés postraumático” , es lo mismo que viven millones de niños en la actualidad, solo que sin el “post”, considerando que ellos aún viven y experimentan en su día a día el terreno de guerra en forma permanente. Esto nos entrega una amplia lista de experiencias traumáticas que pueden vivir los niños según su idiosincrasia. Este hecho claramente permite entender es como los viejos patrones de conducta se siguen repercutiendo hoy en día en la sociedad Chilena, siendo el principal factor que interfiere en los mecanismos inconscientes de los padres.

ANALISIS Y DISCUSIÓN

Dados los antecedentes y lo antes mencionado, es posible dar cuenta en primer lugar, que a diferencia de muchas personas que tienden a visualizar la paternidad en torno a una mirada reduccionista dado por un factor social, existe una explicación multifactorial, la cual se explica y respalda coherentemente con el modelo integrativo supraparadigmático en una mirada 360°.

En este sentido, nos damos cuenta en general que lo visto a través de los diferentes paradigmas del modelo, muestran una interconexión fundamental en el fenómeno de la paternidad, en donde los fenómenos no se reproducen por si solos de acuerdo a cada

paradigma por separado, es posible ver que existe una interconexión de las distintas áreas que interfieren en la paternidad.

Un ejemplo de esto último son los sistemas, en donde la influencia del ambiente muchas veces se encuentra presente, al igual que los mecanismos inconscientes de los padres, los afectos y las cogniciones, en acompañamiento de una biología que funciona de base y genera tendencia en ciertos comportamientos, afectos y pensamientos.

Sin embargo, para realizar este análisis es necesario desglosar e ir uniendo en forma gradual los componentes de la paternidad representados por cara paradigma, con el fin de entender que elementos frenan o dificultan la transición hacia nuevos modelos de paternidad.

Biología versus Ambiente

En la revisión de este artículo hemos podido dar cuenta que existe una demanda, una cierta tendencia dentro de los medios de comunicación, dado por las influencias de grupos feministas, las investigaciones en equidad de género y la tendencia hacia el progresismo en gran parte de la política y la sociedad en general, las cuales generan críticas y contribuciones intelectuales muchas veces respaldadas por los estudios científicos, en donde encontramos que el rol de padre tradicional no cumple con los estándares que necesitan los modelos de familia hoy para generar niveles de salud mental estables, siendo la disposición de los padres la principal fuente de este problema.

No obstante estas demandas y este entendimiento a nivel social no se acompañan de un entendimiento sobre la biología, la cual muchas veces es la evidencia más concreta a nivel científico que se obtiene de los distintos fenómenos psicológicos y sociales. En esta situación nos encontramos diferencias fundamentales entre hombres y mujeres a nivel biológico que muchas veces dan una explicación al fenómeno de la paternidad.

Dado este contexto nos encontramos con algo importante: “la destrucción sin reconstrucción” que se traduce en montos de crítica elevada que no se acompañan de un acompañamiento y/o apoyo ante las necesidades de los padres, poco se habla de la depresión postparto en hombres, poco se habla de la disminución de la testosterona y los cambios hormonales en los hombres, como poco se habla de cómo funcionan los cerebros de los Padres.

Este hecho sin lugar a dudas no permite que los padres tengan acceso a las pautas correctas, tanto desde el área de la salud, como de la crianza, pareciera ser en la sociedad, que las personas creen o asumen que los hombres no experimentan cambios biológicos tan explícitos como las mujeres, o no sufren cambios significativos en su biología.

Lo dicho anteriormente se ve justificado en los estudios realizados en torno al **desaprendizaje**, este punto se torna fundamental al hablar de deconstrucción, término que hoy en día está en boga de todos.

Ecker, Hulley y Ticic, postulan en su libro La Re consolidación de la memoria: desbloqueo del cerebro emocional para la erradicación de los síntomas en psicoterapia lo siguiente:

> La conclusión de que los aprendizajes emocionales implícitos durante toda la vida significaban que las personas nunca se podían liberar radicalmente de episodios de condicionamiento emocionales de la infancia tales como las reacciones de miedo y los patrones de

> apego inseguro, que tanto nos pueden limitar la vida. Significaba que la evolución hizo del sistema límbico del cerebro -la importante región subcortical del aprendizaje emocional y la memoria implícitos- una especie de prisión psicológica en la que todos estamos condenados a cadena perpetua. La indelebilidad también implicada que la única estrategia psicoterapéutica posible para evitar los síntomas basados en la memoria emocional era el uso de métodos contrarrestantes: aquellos métodos (incluido el prototípico del entrenamiento en extinción) que compiten contra un aprendizaje no deseado construyendo un aprendizaje preferido y una respuesta a invalidar y suprimir la respuesta no deseada. (Ecker, Hulley y Ticic, 2014, pp.42)

Considerando lo anterior, se puede afirmar que el ámbito de la paternidad se pueden generar cambios reales en padres condicionados en la figura de padre tradicional, generando un método que contrarreste dicho condicionamiento aprendido, en esta área se deduce que el método contrarrestante que los hombres necesitan proviene de un contacto afectivo, un trabajo anti-alexitimico y un trabajo en línea de la asertividad emocional, no obstante, el método reproducido desde lo ambiental tiene que ver con la exigencia, la marcación de límites y la toma de consciencia en torno a la desigualdad del rol materno vs el rol paterno, lo cual pudiese conducir en sus peores casos a la represión de los malestares afectivos, considerando que lo que se busca es que el padre “cumpla” con lo que se le solicita.

Este método es evidentemente distinto a lo tradicional desde el punto de vista racional y cognitivo, sin embargo pareciera ser el mismo método anticuado desde el puno de vista afectivo, se podría decir que cambia el contenido pero no la forma. El proceso en que se busca el cambio se asemeja mucho al estilo de la exigencia en torno al sostener, proveer y corregir con un tinte más “empatizante” con la experiencia de la madre, sin embargo la exigencia y la demarcación sigue presente con la misma fuerza, careciendo así de un método contrarrestante que incluya la exploración del mundo afectivo.

Paternidad vs Equidad de género, factores integrales en la discusión

En este aspecto, poco también es lo que perciben los hombres y poco también es lo que expresan. Sin lugar a dudas dada la revisión de la historia y los antecedentes de las mismas personas, es innegable y hay cierto acuerdo general, en que, claramente son las mujeres quienes sufren más consecuencias, quienes se esfuerzan más y tiene más desgaste en torno a la crianza de los hijos desde todos los paradigmas en comparación a los padres, en este punto es posible decir que es muy atingente y adecuado que hoy en día exista más consciencia, se trabaje más y exista un aparente progreso en torno a las políticas públicas en relación a la maternidad, teniendo en cuenta que aún falta mucho desde el área social para progresar en cuanto a los derechos de las mujeres.

Sin embargo, pareciera ser que se está entendiendo en algunas áreas de la política, que otorgarles derechos a las mujeres es quitarles derechos a los hombres desde el punto de vista ambiental, familiar, biológico y afectivo, a pesar de que sigue siendo sumamente insuficiente lo que se habla en torno a la maternidad, no obstante parece ser casi nulo en ámbitos de paternidad, cuando en realidad se espera que pudiese ser un trabajo conjunto y aportativo entre el rol masculino y femenino.

Un claro ejemplo de errores en cuestión de derechos son los tribunales de familia,

pareciera ser que tanto Madres como Padres están sumamente disconformes con las resoluciones de los tribunales. Desde el punto de vista de los padres existe disconformidad por el reducido espacio y tiempo de visitas que les dan para ver a sus hijos, y de las Madres por lo poco resolutorio en asuntos de pensiones de alimentos, sin embargo, muchos de los padres no pagan pensiones de alimentos debido a que sienten una transgresión de su rol afectivo en el paternaje, teniendo una visión de que se les considera únicamente proveedores económicos, hecho el cual no justifica la falta de pago, pero marca cierta insatisfacción con las resoluciones judiciales, dicha consecuencia es sufrida por las Madres quienes no reciben dinero de los padres y por esta razón consideran a los padres irresponsables e incapaces de sostener relaciones sanas con sus hijos, sin lugar a dudas un conflicto circular que pudiese solucionarse con mejorar en los derechos y políticas públicas para ambos roles.

En este sentido, es posible suponer entendiendo también las cogniciones y afectos de los padres y dadas las demandas sociales, que existe un no menor grupo de hombres que genera esfuerzos por poder transitar hacia nuevas paternidades desde el manejo emocional y cognitivo con el fin de ayudar al otro cuidador, no obstante, estos esfuerzos podrían verse dificultados en el "cómo".

Muchos hombres que intentan transicionar hacia una paternidad equitativa con la madre podrían dejar en segundo plano sus malestares por sus intentos de validar a las madres de sus hijos en la crianza, dejando en segundo plano sus emociones negativas o pensamientos negativos en torno a la paternidad, con el pensamiento de tipo "ella es la que tiene el trabajo más difícil, por lo tanto yo me quedaré callado", es de suponer, que desde la misma motivación al cambio algunos padres intenten reprimir sus afectos, lo que más tarde los perjudicaría y nos les permitiría desarrollar un tipo de paternidad distinta a la tradicional, volviendo a reprimir su mundo afectivo.

Siguiendo esta línea, muy probablemente algunos hombres, en especial jóvenes, que hacen intentos de "deconstrucción" tienden a enfocar los cambios en los requerimientos y peticiones de la mujer, siendo al contrario muchas veces, la falta de autoconocimiento, autorregulación y manejo emocional propio lo que permite reproducir los roles de género con tintes machistas inherentes al rol de padre tradicional.

Dichos intentos de deconstrucción pudiesen llevar a muchos a padres a tener en mente comprender y actuar en pos de la demanda de su pareja, en este sentido el hombre se posicionara en un rol contenedor hacía la madre y dejará de lado sus propias frustraciones, sin embargo, está situación causará tensión y probablemente los niveles de neuroticismo e irritabilidad del padre aumentaran, generando conflictos a mediano plazo en el ámbito familiar, lo que también pudiese explicar por qué los hombres generan depresión postparto con mucho más lentitud que la madre después de nacido el bebé, el hombre tiende acumular tensiones con características muy distintas a las de la madre y a posicionarse en un rol activo en el ámbito ambiental, mientras que la madre tiende a quedarse más en la casa y experimentar sus malestares emocionales en una situación de carácter más interno al comienzo de la maternidad.

Dicha situación por un lado es de gran complejidad a nivel afectivo y cognitivo, tomando en cuenta las cogniciones afectivo-dependientes, el hombre tenderá a pensar peor de sí mismo y probablemente de la situación en la que se encuentra, afectando la homeostasis familiar.

Otro aspecto importante en este ámbito son las redes de apoyo, considerando lo visto anteriormente, se ha comprobado que las mujeres al tener las tareas más difíciles en torno a la crianza también tienden a tener más redes de apoyo tanto a nivel familiar, social y cultural, incluso las redes sociales generan espacios para la compresión y la expresión de la maternidad, entendiendo que es un labor que requiere ser contenido en el ámbito de salud mental. Por otra parte, en la paternidad, las redes de apoyo son menores y los hombres en general carecen de la comprensión "teórica" de su situación, gracias a esto existen escazas políticas públicas que apoyen los procesos de paternidad, dado que tampoco existe una demanda consistente de la población de padres a exigir sus derechos o leyes que los beneficien. Al parecer los padres no tienen los recursos de información en torno a salud mental y física, y tampoco tienen el tipo de apoyo que tienen las mujeres en los medios, principalmente en las redes sociales.

En este sentido, la demanda hacia los cambios en el ámbito de la paternidad se traduce en la percepción de exigencia en los padres, esto quiere decir más sobre control, más niveles de estrés, más ansiedad y más sentimientos de culpa entre otros cambios a nivel afectivo que perjudican al que hacer de paternar. Por otro parte, es sabido que no existen políticas de las instituciones que permitan una adecuada transición de la paternidad desde un nivel social y cultural.

Sin embargo, los movimientos sociales revolucionarios en torno a la violencia de género y la desigualdad en ámbito de crianza, reproducidos en gran parte en redes sociales como Instagram, al parecer tampoco incitan, ni aportan significativamente a generar un ambiente de cambios profundos en la vivencia de los padres, principalmente por la razón de que estás revoluciones en los medios de comunicación comparten contenido de tipo delimitante, descriptivo y muchas veces castigador y exigente de mujeres a hombres, esto quiere decir que se transforma en peticiones en torno a lo que se debe cumplir, sin un desarrollo ni apoyo al "Cómo cumplir", por esta razón desde el paradigma cognitivo, los padres se tornan más sobre controlados e exigentes consigo mismos, pero se tienden a reprimir con más fuerza de lo que ya se estaban reprimido en el ámbito emocional y afectivo en torno a sus necesidades de contención, comprensión y afecto, lo cual es sumamente importante para generar cambios significativos en la conducta.

Por otro lado, los Padres tienen muchas veces a interpretar o asumir el contenido bien planteado que busca la equidad de género en las redes sociales como exigencias a pesar de no serlo, esto al parecer tiene estrecha relación con el condicionamiento y los mecanismos inconscientes en los padres, quienes asumen la demanda femenina erróneamente como peticiones y demandas, más allá del aporte subjetivo e indirecto que sugiere dicho contenido, por ejemplo al manejo emocional y la sugerencia a hacerse parte de procesos psicoterapéuticos.

Dicha carencia perjudica también las redes de apoyo familiar, podría ser una posibilidad que a los hombres les cueste más hablar de afectos en torno a la paternidad con amigos y familiares, considerando los prejuicios en torno a los roles de género como también el miedo a la crítica o la discriminación, lo cual no se repite de la misma forma para las madres, quienes forman redes más abiertas y sólidas entre mujeres, es posible observar que por lo general las mujeres tienen un mejor ambiente y una mejor repercusión cultural en torno a lo afectivo, lo cual les permite tener más aceptación para expresar emocionalidad en todo aspecto, mientras que en los hombres se normaliza principalmente las emociones en torno al enojo y la rabia.

Considerando lo anterior y definiendo la paternidad a un nivel macro, es posible dar cuenta que los padres y más en específico los hombres no poseen el suficiente awareness en relación a la familia y la paternidad, teniendo dinámicas en enfrentar problemas y poco en entender los problemas, esto por su puesto ante la crítica social provoca una actitud de "cambio desorientado" algo así como "ir a la vida" en temas de paternidad, lo que muchas veces resulta en padres que hacen enormes cambios por "deconstruirse" y trasicionar con un elevado grado de fracaso, lo cual se ve reflejado en el aumento de autodiálogos derrotantes, autocrítica acompañado de una disminución de la autoimagen, autoestima y autoeficacia.

Por lo visto muchos de los padres tradicionales comienzan a generar defensas narcisistas ante esta situación volviendo a diálogos de tipo "yo soy el hombre de la casa", mientras los que se quedan a medio camino en la intención de transicionar, tenderán al aislamiento y/o a la evitación de la convivencia con la madre, o a la simple confrontación al no tener escape a sus dificultades.

Entendiendo esta situación, es lógico pensar que muchos padres que han intentado ocupar un rol activo en torno a la crianza de sus hijos, con buen desarrollo de competencias parentales formativas, reflexivas, protectoras y vinculares, terminen resignándose en no hacerse cargo de ciertas competencias, atribuyéndoselas finalmente a la madre. Este proceso sin lugar a dudas influye significativamente en la identidad de dichos padres, quienes en un comienzo tienen expectativas diferentes de su accionar.

En esta situación se produce un fenómeno singular en temas de parentalidad, la molestia de las madres proviene de una crítica interna, de afectos y cogniciones saturadas, alto niveles de tensión, malestar físico y emocional, que presiona a las mujeres a hacer una crítica a la familia y lo social llevando a la deconstrucción de estos ambientes, mientras que en los hombres existe el fenómeno inverso, existe presión desde la crítica externa, desde la demanda sociocultural, como de las familias, de las movilizaciones sociales, los tribunales de familia y las mujeres en general, lleva a los hombres a cuestionarse y exigir cambios en forma interna (emocional), siendo al parecer, un ideal social crear procesos de cambio donde las mujeres expresen sus malestares en un proceso de cambio desde lo interno hacia externo, mientras que los hombres logren generar cambios a través de la percepción del malestar social, sin embargo estos no reciben correctamente las herramientas para el cambio y el manejo emocional reprimido.

CONCLUSIONES

Finalmente, es posible decir que sin lugar dudas lo que sucede con el fenómeno de la paternidad es de alta complejidad, es innegable asegurar que existe una amplia gama de variables biopsicosociales en torno a la vivencia, en las cuales la mayoría tiende a generar un empuje hacia reproducir el rol de padre tradicional, sin embargo, es necesario destacar que existen otros factores que sí aportan a la posibilidad de generar nuevos tipos de paternidad, permitiendo que un gran número de padres logren por lo menos hacer pequeños cambios graduales en donde se pueda establecer un nivel de transición parcial.

En este sentido los contemplados del Supraparadigma Integrativo del EIS, permiten visualizar las distintas variables y generar puntos de encuentro entre las diversas explicaciones para el fenómeno de la paternidad.

Es necesario destacar que gran parte de los problemas en torno a la política tienen relación con las explicaciones monocausales que se le otorgan a la paternidad, acompañado de la crítica exacerbada ante un fenómeno que requiere de apoyo y comprensión hacia las personas que desde la voluntad propia hacen intentos por transicionar a nuevas paternidades.

Por esta razón se hace fundamental poder integrar conceptos dada la situación de polarización en la sociedad, es posible generar estrategias para afrontar esta problemática no solo desde el ámbito psicoterapéutico, sino que es un fenómeno que pudiese ser trabajado y mejorado en otras áreas, como la sociología, la educación y especialmente en política.

Otro punto importante a destacar considerando la revisión de las investigaciones, es que parece ser que las escazas políticas públicas se orientan principalmente a otorgar herramientas y recursos a las madres y padres por separado, lo cual hace incoherente y dificulta el trabajo en **equipo** en torno a la parentalidad, pareciera ser que desde que en Chile comenzó a existir una visión de crianza separada del matrimonio, se separó también la visión de "cuidadores" como conjunto de padre y madre que deben trabajar en conjunto en la crianza de un hijo, esto dificulta la experiencia de parentalidad en los padres separados quienes deben mantener la visión de un trabajo de equipo, esto permite que los niños se desarrollen en modelos y estilos de crianza incoherentes y disociados en ámbitos de crianza, y a su vez dificultan el dialogo entre cuidadores, quienes perciben caras distintas en torno a los síntomas expresados en los niños.

Por esta razón es que la visión integral de la parentalidad es importante, en donde se incluya a ambos cuidadores como ejes fundamentales de la crianza, y no un contexto donde los beneficios otorgados a uno signifiquen contrarrestar los del otro, teniendo en cuenta que mientras más recursos tenga la madre más recursos recibirá el padre y viceversa.

Finalmente, se ha hecho presente tanto en el desarrollo como en el análisis y discusión de este trabajo, la importancia fundamental de entender las vías concretas y realmente fructíferas que existen para llevar a cabo un proceso de transicionalidad en la paternidad que llegue a puertos de real equidad de género, involucramiento y compromiso

personal en la experiencia de ser Padre, estas vías tienen que ver con un desarrollo afectivo, la elaboración y comprensión del mundo interno de los padres, como la contención a las demandas personales y sociales que poseen los padres a un nivel casi inconsciente, este último punto se destaca, considerando que aún estamos en una etapa donde la mayor parte de la población de hombres no posee las herramientas necesarias, ni los contextos sociales y culturales para trabajar la experiencia de ser padre desde lo intrapsíquico, esto quiere decir, que deben existir no solo herramientas que enseñen y ejerzan política hacia la parte **nomotética** de la paternidad, **sino que también deben existir recursos que ayuden a cada padre por separado a entender y trabajar la parte idiosincrática de la experiencia de ser padre**, considerando la infinidad de experiencias afectivas que experimenta cada padre, según el contexto y los factores integrales que ejercen influencia en su gran medida.

REFERENCIAS

Aguayo, Goldsmith y Herrera. (2018). Proveer, cuidar y criar: evidencias, discursos y experiencias sobre paternidad en América Latina. Santiago de Chile, Polis Revista Latinoamericana. Extraído de: https://scielo.conicyt.cl/pdf/polis/v17n50/0718-6568-polis-17-50-00005.pdf

Bihan C. (2020) Apego-parentalidad del hombre, políticas públicas desde el modelo integrativo supraparadigmático. Tesina Magíster UAI-ICPSI. Santiago de Chile.

Caparrós-González, Rafael A., & Rodríguez-Muñoz, María de la Fe. (2020). Depresión posparto paterna: visibilidad e influencia en la salud infantil. Clínica y Salud, 31(3), 161-163. Epub 02 de noviembre de 2020. https://dx.doi.org/10.5093/clysa2020a10

Ecker B, Hulley L, Ticic R. (2014). La reconsolidación de la memoria: desbloqueo emocional para la erradicación de los síntomas en psicoterapia. Barcelona, España. Ediciones OCTAEDRO

.

Fromm E. (1956). El arte de amar. Estados Unidos. Editorial Paidós.

Hernández-Quirama, Andrea, Rivero-Rubio, Carolina, & Linares-García, Johana. (2021). Significados de paternidad para jóvenes universitarios: cotidianidad, relaciones y cambios en proyecto de vida. Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud, 19(1), 155-175. Epub March 16, 2021. https://doi.org/10.11600/rlcsnj.19.1.3924

Lecalennier F. (2016). A.M.AR. Providencia, Santiago de Chile. Penguin Random House Grupo Editorial.

Lecalennier F. (2018). El trauma oculto en la infancia. Providencia, Santiago de Chile. Penguin Random House Editorial.

Lecalennier F. (2021), Volver a mirar. Providencia Santiago de Chile. Editorial Planeta Chilena S.A.

Machin A. (2018). The life of dad: The making of a mothern father. Inglaterra. Simon & Schuster Ltd.

Moral de la Rubia J. (2005). La Alexitimia en relación con el sexo y el rol de género. Universidad Autónoma de Nuevo León, México. Revista Internacional de Ciencias Sociales y Humanidades, SOCIOTAM. Extraído de: https://www.redalyc.org/pdf/654/65415106.pdf

Montesinos R. (2004). La nueva paternidad: expresión de la transformación masculina. Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Iztapalapa Distrito Federal, México. Polis: Investigación y Análisis Sociopolítico y Psicosocial, vol. 2, núm. 4. Extraído de: https://www.redalyc.org/pdf/726/72620409.pdf

Nieri L. (2017). Transición y construcción de la paternidad. Angentina, Centro Interamericano de Investigaciones Psicológicas y Ciencias Afines. Extraído de: https://www.redalyc.org/journal/180/18054403015/html/

Opazo R. (2017). Psicoterapia Integrativa EIS .Providencia, Santiago, Chile. Andros Ltda.

Wong Carriera, Alina, & Álvarez González, Miguel Ángel. (2013). Hormonas, cerebro y conducta. Notas para la práctica de la Psicología en la Endocrinología. Revista Cubana de Endocrinología, 24(1), 57-69. Recuperado en 11 de marzo de 2022, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532013000100006&lng=es&tlng=es.

AcPI
Actualizaciones en Psicoterapia Integrativa
Vol. XIV, 2022

La Discapacidad Auditiva desde el Enfoque Integrativo Supraparadigmático

Elisa Varas S*

Abstract

This present article aims to address the mental health of hearing disability from the Integrative Supraparadigmatic approach, for this it begins with a conceptual definition of hearing disability and the situation of disability in Chile; to then move on to a bibliographic review addressing the theme in each of the EIS paradigms. The importance of understanding hearing disability in a dynamic and flexible way is raised, in addition to having training in Chilean Sign Language and knowledge about Deaf Culture in order to carry out a correct psychotherapeutic work with deaf people.

Keywords: Hearing Impairment, Supraparadigmatic Integrative Approach, Deaf Culture, Mental Health.

Resumen

Este presente artículo pretende abordar la salud mental de la discapacidad auditiva desde el enfoque Integrativo Supraparadigmático, para ello se comienza con una definición conceptual de la discapacidad auditiva y la situación de la discapacidad de Chile; para luego pasar a una revisión bibliográfica abordando la temática en cada uno de los paradigmas del EIS. Se plantea la importancia de comprender la discapacidad auditiva de una forma dinámica y flexible, además de tener una capacitación en Lengua de Señas Chilena y conocimientos acerca de la Cultura Sorda para poder realizar un correcto trabajo psicoterapéutico con las personas con discapacidad auditiva.

Palabras Clave: Discapacidad Auditiva, Enfoque Integrativo Supraparadigmático, Cultura Sorda, Salud Mental.

INTRODUCCIÓN

El objetivo de este trabajo es abordar la Discapacidad Auditiva desde el enfoque EIS incluyendo las variables lingüísticas, socioculturales e identitarias de la comunidad sorda. En varias investigaciones internacionales se ha constatado una mayor prevalencia de trastornos de salud mental en la población sorda, en comparación con la población oyente (Ridgeway, 1997; Fellinger et al., 2012; Werngren-Elgstrom et al., 2003).

De acuerdo con el Censo Nacional del año 2012, 488.511 personas son sordas o tienen problemas de audición en Chile. Por otra parte, en el II Estudio Nacional de Discapacidad, se indica que el 8,2% de la población chilena adulta con discapacidad presenta algún grado de pérdida auditiva (Instituto Nacional de Estadística, 2012).

Esto último nos indica que la discapacidad auditiva no es algo menor en Chile, y esto viene acompañado con una escasa investigación o abordaje de esta población desde el ámbito de la salud mental.

Por lo tanto, en este trabajo se aborda la temática de la discapacidad auditiva desde los paradigmas que se ven afectados y desde el Sistema Self, que nos permita tener una mayor comprensión de la población sorda desde el ámbito de la salud mental y una posible orientación al abordaje terapéutico.

Debido a que, se menciona anteriormente, hay una escasa investigación sobre la salud mental en la población sorda. Por lo tanto, esta investigación se dedica a hacer una recopilación bibliográfica en torno a las problemáticas de la salud mental en la población sorda abordando los distintos paradigmas del Enfoque Integrativo

* Ps. Pontificia Universidad católica de Chile
evaras1@uc.cl

Supraparadigmático (EIS). Esto, con el objetivo de poder tener un mejor acercamiento a la problemática de la sordera en el ámbito psicológico y permitir a los futuros profesionales poder tener una mayor claridad de cómo abordar este tipo de pacientes.

DESARROLLO

La discapacidad auditiva se define como la dificultad que presentan algunas personas para participar en actividades propias de la vida cotidiana. Surge como consecuencia de la interacción entre una dificultad específica para percibir a través de la audición los sonidos del ambiente y dependiendo del grado de pérdida auditiva, los sonidos del lenguaje oral, y las barreras presentes en el contexto en el que se desenvuelve la persona (Ministerio de Educación, 2007). Como se aprecia en esta definición, el déficit auditivo, no depende únicamente de las características físicas o biológicas de la persona sorda, sino que se trata más bien de una condición que emerge producto de la interacción de este déficit personal con un contexto ambiental desfavorable (Ministerio de Educación, 2007).

De acuerdo con el Censo Nacional del año 2012, 488.511 personas son sordas o tienen déficit auditivo en Chile (Instituto Nacional de Estadística, 2012). Por otra parte, en el II Estudio Nacional de Discapacidad (Instituto Nacional de Estadística, 2015), se indica que el 8,2% de la población chilena adulta con discapacidad presenta algún grado de pérdida auditiva. Lamentablemente no se cuenta con datos más actualizados hasta el momento.

La población sorda, en Chile y en muchos otros países, ha sido marginada y desatendida en relación a la salud mental (Cabral et al., 2013). Estudios realizados en países más desarrollados, indican que las personas sordas presentan una mayor prevalencia de problemas de salud mental en comparación a los oyentes. Al mismo tiempo, las oportunidades de acceder a servicios de salud mental y tratamientos adecuados a sus necesidades y características son muy limitadas (Díaz et al., 2013, Cabral et al., 2013). Por otra parte, la literatura describe que, en general, son escasos los profesionales que poseen las calificaciones, tanto lingüísticas como culturales, para atender a esta población (Wilson & Schild, 2014).

Gran número de investigaciones realizadas a nivel internacional han constatado una mayor prevalencia de trastornos de salud mental en la población sorda, en comparación con la población oyente (Ridgeway, 1997; Fellinger et al., 2012; Werngren-Elgstrom et al., 2003). Esto ha sido descrito para niños, adolescentes y adultos (Anderson et al., 2016; Kvan et al., 2007; Landsberger et al., 2014) y en relación a una amplia variedad de problemas de salud mental, incluyendo síntomas de ansiedad y depresión (Casa Idárraga, 2009; Estrada, 2012; Kvan et al., 2007); déficit atencional e hiperactividad, trastornos de conducta y trastornos bipolares (Landsberger et al., 2014); trastorno por abuso de sustancias (Anderson et al., 2016); deterioro en las relaciones sociales y funcionamiento escolar (Landsberger et al., 2014), trastornos del control de impulsos (Díaz et al., 2013) y tendencia a la autoagresión (Black & Glickman, 2006).

El desarrollo social, emocional y cognitivo saludable de los niños sordos depende de interacciones complejas entre los muchos factores individuales y ambientales asociados con la sordera. Investigadores han propuesto un modelo bioecológico que plantea que el desarrollo de un niño es el resultado de la influencia recíproca de los sistemas (por ejemplo, padres, escuelas, cultura) sobre el niño y la influencia de las características individuales del niño (por ejemplo, temperamento, inteligencia, habilidades, habilidades físicas) sobre los sistemas con los que interactúa. La disfunción en uno o más sistemas afecta a todos los demás sistemas, aumentando el riesgo de inadaptación y problemas mentales y emocionales. Los jóvenes sordos corren un mayor riesgo de perturbaciones en las interacciones entre el ellos y su entorno y, por lo tanto, también corren un mayor riesgo de tener problemas sociales y emocionales (Landsberger et al. 2014). A raíz de este planteamiento se hace importante realizar un abordaje integrativo desde el Enfoque Integrativo Supraparadigmático (EIS) con las personas sordas, ya que son múltiples sistemas que influyen en la aparición de problemas mentales y no se puede abordar desde uno individualmente. Por lo tanto, se va a abordar desde cada uno de los paradigmas los distintos factores que influyen en la salud mental de la población sorda.

Paradigma biológico

Las personas que se encuentran en situación de discapacidad se enfrentan diariamente a problemas de índole social y/o practico que los llevan a una limitación dentro de lo que supone las expectativas de la sociedad. Estos problemas a su vez aumentan el riesgo de padecer enfermedades mentales. De hecho, un estudio realizado en EEUU por Turner y Beiser (1990) demostró que las personas con enfermedades crónicas o en situación de discapacidad tenían 2 a 4 veces más riesgo de padecer **distrés emocional** clínicamente significativo en comparación con personas sin discapacidad.

En cuanto a las personas sordas en específico se ha visto que, versus niños sin sordera, los niños sordos tienen mayor **vulnerabilidad** lo que los lleva a ser víctimas de abuso físico, emocional y sexual (Knutson et al. 2004). Esto incrementa la probabilidad de padecer enfermedades mentales a través de la vida. Un estudio Noruego (Clausen, 2003) demostró que hay una mayor prevalencia de **enfermedades mentales** en personas sordas versus el resto de la población. Se ha visto incluso que el grado de sordera tiene una correlación positiva con problemas de salud mental y una negativa en cuanto a calidad de vida (Eide et al, 2004).

La relación entre la deficiencia auditiva y los problemas relacionados con la salud mental, particularmente ansiedad y depresión, ha sido un tema que ha recibido poca atención en la investigación científica; esto se refleja en la escasa literatura que puede hallarse en el medio académico (Connolly, Rose & Austen, 2006). Se discutirá algunos artículos que abordan esta temática, sin embargo no existen mayores estudios respecto a esto.

En el estudio de Kvam et al. (2006) se comparó indicadores de síntomas ansiosos y depresivos entre la población sin problemas auditivos versus población sorda. Se vio que las personas con sordera demostraron más

síntomas de depresión y ansiedad versus la población oyente. Aquellos que perdieron la audición a una edad más temprana (antes de los 4 años) expresaron menos sentimientos de pena o angustia. Sin embargo, presentaron sentimientos de desesperanza significativamente más que aquellos que perdieron la audición a una edad más avanzada.

Respecto al ámbito de la comorbilidad con la sordera, en un estudio (Naarden et al, 1999), se vio que al menos un tercio de los niños sordos tienen discapacidades adicionales. Muchas etiologías de la sordera (ej. enfermedades infecciosas, síndromes genéticos, daños cerebrales, etc.) resultan en **discapacidades comórbidas** (ej. ceguera, discapacidad intelectual, epilepsia, autismo, parálisis cerebral, etc.) u otros problemas del desarrollo y son asociados con mayor riesgo de enfermedades mentales (Chilosi et al. 2011).

Paradigma afectivo

Desde el paradigma afectivo podríamos hablar del concepto de la **alexitimia** en la población sorda. La cuál se define como una incapacidad para identificar, reconocer, describir o nombrar los sentimientos o las emociones propias y de una dificultad para captar los estados emocionales ajenos, o sea, en conjunto una *conciencia emocional precaria* (Alonso-Fernández, 2011).

Varios estudios han demostrado que niños con discapacidad auditiva, a menudo enfrentan **dificultades en el desarrollo socio-emocional** (Dammeyer, 2010; Pourmohamadreza-Tajrishi, Ashori & Jalilabkenar, 2013). Se ha visto que en los niños sordos (principalmente con lengua de señas) hay un escaso input referido a lenguaje emocional. Los niños sordos cuentan con un vocabulario maá restringido para expresar conceptos emocionales, para dar nombre a los sentimientos y emociones. A menudo los usos y las referencias del lenguaje que se emplean los niños sordos están dirigidos al mundo externo dando escasa importancia a verbalizar en los propios sentimientos o a comentar, por ejemplo, la relación entre ciertas expresiones faciales o conductuales y las emociones que las acompañan (Valmaseda, 2009). Esto último sería un gran factor de riesgo para la presencia de mayores índices de alexitimia en la población con discapacidad auditiva.

Según la autora Rossa (2018), dos factores parecen influenciar directamente a la presencia de alexitimia en las personas sordas: las habilidades lingüísticas y las interacciones sociales. Las limitaciones lingüísticas y las dificultades de comunicación determinan la presencia de problemáticas de carácter socio-emocional (Power & Leigh, 2004) y por lo tanto, hay una mayor predisposición en los niños sordos a enfrentar trastornos psicológicos por el menor desarrollo del ámbito emocional (Rossa, 2018).

Complementando a lo anterior, no reconocer correctamente las emociones de los demás podría conducir a respuestas desadaptativas en diversas situaciones (Lemerise & Arsenio, 2000), lo que se observó en niños con comportamiento agresivo que tendían a interpretar las expresiones emocionales de los demás como hostiles (de Castro, et al., 2005). Con respecto a la capacidad de los niños con discapacidad auditiva a reconocer las emociones, los resultados de estudio reciente de Tsou et al. (2021) indicaron que niños con discapacidad

auditiva pudieron reconocer las emociones básicas mostradas por otras personas, respondieron con empatía a esas emociones y expresaron emociones positivas y negativas tanto como sus compañeros sin discapacidad auditiva. Sin embargo, se encontró una diferencia en que en los niños con discapacidad auditiva las expresiones de emociones más negativas se relacionaron con conductas más externalizantes. Los niños con discapacidad auditiva pueden expresar sus emociones negativas de manera menos estratégica o regular esas emociones de manera menos eficiente, posiblemente porque no estaban familiarizados con las reglas de visualización o las opciones de afrontamiento de diferentes situaciones sociales. También pueden experimentar más dificultades para explicar sus emociones negativas de manera constructiva, por ejemplo, abordar las causas de la emoción, debido a un acceso más limitado a los discursos lingüísticos sobre las emociones (Tsou et al, 2021). Esto se complementa con el estudio de Rieffe et al. (2003), el cual mostró que los niños sordos, en comparación con sus compañeros oyentes, prestan mucha más atención al resultado en situaciones negativas que a la razón fundamental detrás de este resultado no deseado, lo que los volvía más propensos a conductas más agresivas.

En conclusión, los resultados de estas investigaciones muestran que los individuos con discapacidad auditiva se concentran en el resultado negativo, más que en las razones por detrás. Como consecuencia tienen pocas estrategias para manejar la situación de manera óptima, dándose problemas conductuales externalizantes (Rieffe et al. 2003). Sin embargo, hay pocas investigaciones que muestren estos resultados en personas sordas adultas, entonces estamos limitados a la población infantil y no podemos tener las mismas conclusiones en personas adultas.

Paradigma sistémico

Las personas sordas han experimentado la **marginación y discriminación** a lo largo de la historia y en muchas sociedades continúan sufriendo situaciones de injusticia producto de las actitudes negativas hacia ellos y de la falta de reconocimiento y valoración de su lengua y su cultura (du Feu & Chovaz, 2014). La posición más compleja es aquella que experimentan las personas sordas en que la lengua de señas, en el caso de nuestro país la Lengua de Señas Chilena (LSCh), es su primera lengua y el elemento central de su Cultura Sorda (Ladd, 2003). Para la comunidad de personas sordas, el español, al ser una segunda lengua, y por su naturaleza oral, presenta barreras que limitan significativamente las posibilidades de comunicación con personas que desconocen la LSCh. Esta lengua no solo permite fluidez y precisión en la comunicación, al mismo tiempo es un componente altamente significativo en la identidad de las personas sordas y su cultura, aspecto escasamente reconocido por la población en general (Wilson & Schild, 2014; Wright & Reese, 2015).

Por otra parte, desde el sistema de familia de origen, suele darse en muchas situaciones en que familias con hijos sordos los padres y adultos en general impiden a sus hijos sordos realizar de manera independiente actividades que, sin embargo, permitirían o alentarían en sus hijos oyentes (Domínguez & Baixeras, 2004). La sobreprotección crea

relaciones de dependencia, lo que a su vez conduce a un retraso en la madurez social del niño (de los Reyes, 2005). Muchos niños sordos llegan a la adultez pensando "Soy sordo, no tengo capacidad para ser responsable y los demás van a cuidar de mí". Por lo tanto, la sobreprotección no sólo crea adultos dependientes, sino que favorece el desarrollo de un autoconcepto negativo, la persona se siente menos capaz (de los Reyes, 2005)

Asimismo, el **nivel de exigencia** que mantienen los padres hacia los niños sordos suele oscilar entre dos polos opuestos: la concesión de todos sus caprichos (ante la dificultad que puede entrañar explicarles con una lengua oral que no llegan a dominar el por qué no se debe hacer algo) y las continuas comparaciones con otros niños oyentes, en aquellos aspectos en los que los niños sordos difieren de aquellos y que la mayoría de las veces tiene que ver con el dominio de la lengua oral. (de los Reyes, 2005). La concesión de todos los caprichos al niño sordo provoca en éste una actitud inmadura, que a la larga le llevará a muchos problemas en sus relaciones sociales. En tanto que pretenderá recibir de los demás los mismos favores recibidos en su familia y/o en la escuela y creará en él unas fuertes relaciones de dependencia de los demás. Las continuas comparaciones entre niños sordos y oyentes, especialmente cuando están basadas en los niveles de lengua oral alcanzados por el niño sordo, pueden provocar en éste un bajo autoconcepto y una débil autoestima en tanto que se refuerzan sus sentimientos de inferioridad y la idea que los demás sólo valoran de su persona justo lo que más trabajo le cuesta hacer bien: hablar (de los Reyes, 2005). Ambos polos predisponen a la aparición de desajustes psicológicos en el individuo sordo.

En el ámbito de las relaciones interpersonales, los resultados del estudio de Casas et al. (2009) develaron que las personas con discapacidad auditiva que no utilizan el lenguaje de señas tienen mayores **dificultades en las relaciones sociales** que aquellas que si lo utilizan. Y ambos grupos están en desventaja en relación con la población oyente en todos los ámbitos (físico, psicológico, social, ambiental). De igual manera, se halló que las personas con discapacidad auditiva presentaron niveles sintomáticos más altos en ansiedad, somatización, ideación paranoide, depresión y sensibilidad interpersonal. Los autores concluyen que para las personas con discapacidad auditiva, la calidad de vida se relaciona con la posibilidad de escuchar; además señalan que un factor protector para esta población podría ser el aprendizaje de la lengua de señas, ya que esto les permitiría mejorar sus relaciones sociales. Al mismo tiempo esto permitiría disminuir la ansiedad que genera en ellos el no poder comunicarse y establecer relaciones y vínculos interpersonales (Casas et al. 2009).

Paradigma cognitivo

Desde el paradigma cognitivo, se abordará el autoconcepto (también entendido como autoimagen) en las personas con discapacidad auditiva. Según Harter (1999), el autoconcepto se define como la percepción que los individuos tienen de sí mismos sobre los diferentes aspectos de su personalidad y quiénes son. El **autoconcepto** es el aspecto del pensamiento cognitivo del yo (relacionado con la propia imagen de uno mismo), y

generalmente se refiere a la totalidad de un sistema complejo, organizado y dinámico de creencias, actitudes y opiniones aprendidas que cada persona considera ser, sobre su existencia personal y su lugar en el mundo (Purkey, 1988).

En las personas con discapacidad auditiva se han identificado diversos factores que afectan su autoconcepto. Estos son: deficientes habilidades de comunicación de los padres, vínculos maternos inadecuados, sentimientos de desconfianza debido a un sentido de desigualdad y actitudes negativas hacia las personas con discapacidad auditiva, mala adquisición del lenguaje de señas, falta de modelos de conducta apropiados, aislamiento social, imagen corporal negativa, falta de una fuerte identidad cultural y rechazo de los miembros de la familia y la sociedad en general (Bat Chava 2000; Hintermair, 2008; Schlesinger, 2000).

Se plantea que el autoconcepto es un proceso continuo con la asimilación continua de nuevas ideas y el rechazo de las antiguas, aunque es probable que el autoconcepto se vuelva más estable durante la edad adulta. Dado que el desarrollo del autoconcepto se basa en la acumulación de experiencias y la interpretación que el individuo hace de ellas desde la infancia, podríamos predecir que el lenguaje juega un papel central en su formación (Edwards y Crocker, 2008). Esto se demuestra con varios estudios que muestran que los niños y jóvenes sordos tienden a tener problemas de autoconcepto principalmente en los ámbitos sociales (Capelli et al, 1995; Tiego et al, 2012).

Más allá del autoconcepto no existen investigaciones que se adentren en el funcionamiento cognitivo, estilos de pensamientos, irracionalidad cognitiva y perfeccionismo en las personas con discapacidad auditiva. Por lo que sería un vacío que habría que complementar con investigaciones futuras.

Paradigma ambiental-conductual

Se postula que algunos de los problemas de salud mental en las personas sordas podrían estar relacionados con **problemas socioeconómicos** asociados a limitadas oportunidades de acceso a una educación que responda a sus necesidades, diferentes experiencias de estigmatización y discriminación vividas desde la infancia (Cabral et al., 2013; Kvam et al., 2007), **dificultades en la comunicación a nivel familiar** y **experiencias negativas en el ámbito escolar** (Fellinger et al., 2012). Consecuentemente, se ha reportado también que la **calidad de vida**, entendida como el grado de satisfacción de un individuo con los aspectos físicos, emocionales y sociales de su vida cotidiana, es significativamente peor en las personas sordas, en comparación con la población oyente (Campos & Cartes-Velásquez, 2019; Casas Idárraga, 2009; Fellinger, 2005). Por lo tanto, el paradigma ambiental cobra gran importancia en los desajustes psicológicos en las personas con discapacidad auditiva.

Por otra parte, es importante considerar que el **limitado acceso a niveles superiores de educación,** las limitaciones en la comunicación con familiares y pares oyentes, y la falta de información en formato accesible, entre otras razones, tiene como consecuencia que muchas personas sordas tengan un conocimiento restringido en relación a los temas médicos y nomenclatura específica

asociada (Fellinger et al, 2012). Esto, sumado a las dificultades en la comunicación con los profesionales, lleva frecuentemente a la persona sorda a no comprender, o a entender de manera errónea, información importante sobre su trastorno o en las indicaciones de tratamiento (Meador & Zazove, 2005).

En numerosos estudios (Schlesinger y Meadow, 1972; Fernández Viader, 1996) se ha puesto de manifiesto que las interacciones del niño sordo con el ambiente suelen ser más controladoras y normativas cuando el entorno del niño sordo es exclusivamente oyente y el niño no tiene un buen dominio de la lengua oral. En este caso los adultos tienden a explicar menos las normas o la razón de determinadas reglas. De esta manera, el niño no aprende las normas sociales o las confunde y, poco a poco, se convierte en un adulto cuya conducta no siempre encaja con las reglas de la vida en sociedad (De los reyes, 2005). También, suelen ser los adultos los que toman la iniciativa en las interacciones provocando que el niño sea poco activo en las interacciones sociales y pase a ser considerado una persona excesivamente pasiva (de los Reyes, 2005).

El bajo dominio de la lengua oral del niño sordo, en ausencia de otra lengua alternativa, como la LSCh, que la supla en sus funciones, puede repercutir en el desarrollo de su personalidad de dos formas: Reduciendo la frecuencia de las interacciones sociales a las que está expuesto y, por consiguiente, limitando que el niño pueda acceder al conocimiento de las reglas que rigen el funcionamiento social. Lo que deriva en **aislamiento o inseguridad.** La segunda forma sería impidiendo que el niño sordo disponga de una lengua con la que planificar y controlar su propia conducta (De los reyes, 2005).

Todo esto último planteado influenciaría directamente en el desarrollo de la **asertividad** en las personas con discapacidad auditiva. Podemos entender la asertividad como la capacidad de expresar lo que siente y piensa, capacidad de defender con decisión y firmeza sus derechos, sin atropellar los derechos de los demás (Opazo, 2009). Por lo tanto, como se plantea anteriormente, la reducción de las interacciones sociales o el poco acceso al conocimiento de normas y reglas sociales impacta directamente en un bajo desarrollo de la asertividad y un bajo repertorio conductual en las personas sordas. Estas se convierten en personas muy pasivas, inseguras, con conductas socialmente inadecuadas, etc.

Paradigma inconsciente

Varios autores plantean que, debido a las barreras de comunicación, los niños sordos presentan **más probabilidad de ser víctimas** de abuso físico, emocional o sexual que los niños oyentes (Knutson, Johnson, & Sullivan, 2004; Kvam, 2004; Sullivan & Knutson, 2000). Los niños y adolescentes sordos también pueden presentar tasas más altas de trastornos emocionales y del comportamiento asociados con el aumento de la prevalencia de abuso y trauma observado en esta población. Los niños y adolescentes sordos y con problemas de audición tienen el doble de probabilidades que sus compañeros oyentes de sufrir abuso emocional y negligencia (Sullivan et al. 2000). De manera similar, las tasas de prevalencia del abuso físico también son más altas en los niños sordos que en los niños oyentes y se ha informado que las tasas

de abuso sexual en los niños sordos llegan al 50% (Sullivan et al. 2000).

A esto último se le suma que una pérdida auditiva puede restringir su **acceso a información** sobre reacciones emocionales y consecuencias que normalmente siguen a experiencias traumáticas y limita la oportunidad de sobrellevar estas experiencias (Anderson & M Kobeck, 2014; Johnston-McCabe, Levi-Minzi, van Hasselt, & Vanderbeek, 2011). Esto aumentaría la prevalencia de **situaciones traumáticas** presentes a nivel inconsciente en las personas con discapacidad auditiva.

Sistema Self

El contacto con otras personas sordas. Este contacto puede favorecer de forma positiva su autoestima y autoconcepto y puede evitar el aislamiento social. En el caso de los niños y niñas sordos el contacto con personas sordas adultas les puede servir de modelos de identificación, sin que esto deba interpretarse como pérdida del papel de los padres oyentes en la educación de su hijo sordo. (de los Reyes, 2005)

Numerosos estudios que abordan la identidad en la población sorda utilizan la teoría de Glickman (1996) que plantea el desarrollo de cuatro identidades culturales en sordos: (1) **Identidad oyente,** que se refiere a individuos que se identifican solo con la cultura oyente (y percibe la sordera como una discapacidad). (2) **Identidad marginal,** que refiere a que el individuo no se identifica ni con la cultura sorda ni la cultura oyente. (3) **Identidad sorda,** que refiere a que la persona se identifica con la cultura sorda y tiene una visión negativa de la cultura oyente. (4) **Identidad bicultural,** que refiere al individuo que se identifica con ambas culturas, sorda y oyente.

Varios estudios posteriores han investigado cómo cada una de estas cuatro identidades en las personas sordas son asociadas con autoestima, satisfacción de vida y otros factores indicadores de mejor calidad de vida. Los hallazgos generales indican que aquellos que poseen **identidad sorda** o **identidad bicultural** tienen mejores resultados que los otros grupos. Y dentro de los cuatro grupos, la identidad bicultural tiene mejores resultados en autoestima y satisfacción de vida (Chapman et al. 2017).

Sin embargo, hay otros estudios que muestran que una **identidad oyente** tiene mejores resultados en autoestima y satisfacción de vida (Chapman et al. 2017 y Spencer, Tomblin, & Gantt, 2012). Para esto último hay que en los últimos años ha habido mayores accesos a tecnologías, en particular el implante coclear, que otorga oportunidades para los niños sordos poder escuchar y desarrollar el habla. Algunos estudios abordan cómo el implante coclear afecta la identidad, por ejemplo, Mance & Edwards (2012) mostró mayor bienestar psicológico en adolescentes con implante coclear y mayor identificación con sus pares oyentes (**identidad oyente)**. Además, este grupo reportó niveles más bajos de sentirse discriminados. Esto último podría explicarse a que los niños sordos con implante coclear pueden pasar de un status inferior (discriminado) a un status superior (oyente), teniendo como resultado mejores niveles de autoestima.

Sin embargo, existen otros estudios que reportan que niños con implante coclear en la adolescencia pueden presentar mayores

problemas de identidad (Rich et al, 2013). Por un lado, tienen mejores oportunidades de escuchar y usar el lenguaje oral (y de identificarse como oyentes); por otro lado, luchan por negociar la identidad entre un mundo oyente y un mundo sordo. Esto puede resultar en sentimientos de "doble identidad" (Rich et al., 2013; Spencer et al., 2012).

Esto último realza la importancia de la investigación del proceso identitario de las personas sordas, siendo este un campo muy amplio de diversos contextos y factores que influyen en la construcción de estas identidades. Leigh (2009) analiza las teorías del desarrollo de la identidad sorda y considera cómo las personas sordas encuentran su camino y construyen su identidad en diferentes contextos, si bien son miembros de un grupo minoritario, las personas sordas no se encuentran únicamente en un contexto cultural sordo, sino que se mueven entre culturas de oyentes y culturas sordas. Por lo tanto, la identidad sorda podría entenderse mejor como **fluida y dinámica**, e influenciada por una variedad de factores que incluyen características individuales, contexto situacional y estructuras sociales.

Con una población cambiante de personas con pérdida auditiva severa a profunda debido a las nuevas tecnologías de audífonos, en particular los implantes cocleares, y un mayor enfoque en muchos países en las estrategias de inclusión o integración, la atención continua a la identidad sorda y cómo afecta en su vida es importante. Algunos estudios como el mencionado anteriormente abogan por una comprensión más flexible y dinámica de la identidad sorda.

DISCUSIÓN

La discapacidad auditiva ha sido a lo largo de la historia invisibilizada y escasamente abordada en el ámbito de la salud mental, sin embargo, existe un gran porcentaje de población sorda en Chile y esta va aumentando. Por lo tanto, se hace muy relevante abordar esta temática, sobre todo por profesionales de salud, quienes poseen escasos conocimientos de la discapacidad auditiva y su cultura.

A partir de la información expuesta a través de diferentes fuentes bibliográficas sobre la discapacidad auditiva, resulta evidente que hay múltiples factores y contextos que influyen en la salud mental de la población en situación de discapacidad. Además, esta población posee sus propias características socioculturales y lingüísticas. Por lo tanto, resulta fundamental poder abordarla desde un enfoque integrativo, incluyendo todas las áreas de funcionamiento de la persona sorda. Se puede observar que en cada uno de los paradigmas, el funcionamiento de las personas con discapacidad auditiva tiene sus propias problemáticas y dificultades que son diferentes a la población oyente. Por esto mismo, realizar un abordaje desde el EIS puede facilitar el diagnóstico y tratamiento de esta población.

Este tema resulta ser muy desafiante, ya que no solo hay barreras contextuales, sino también barreras lingüísticas que dificultan el abordaje psicoterapéutico con este tipo de población. Dado que la comunicación es fundamental para todos los aspectos del proceso terapéutico, el problema principal que surge al trabajar con personas sordas es la barrera del idioma. El limitado manejo del español en una mayor parte de la población

sorda, incluso en su modalidad escrita, impide o dificulta la realización de entrevistas y la aplicación de cuestionarios. Además, a menudo, otras personas significativas en la vida de una persona sorda no han aprendido lengua de señas, sin interacciones lingüísticas efectivas, las personas sordas pueden tener una capacidad limitada para expresarse con los demás y también pueden tener dificultades para expresar sus propias experiencias, pensamientos y sentimientos. Estos problemas pueden generar dificultades enormes en establecer una alianza terapéutica con estos pacientes. Por lo tanto, es fundamental que el profesional esté capacitado tanto en el manejo de Lengua de Señas Chilenas como en conocimiento de la cultura sorda.

Sin embargo, ¿*qué pasa con aquellas personas con discapacidad auditiva que utilizan apoyos tecnológicos que le permiten escuchar, tales como los audífonos o el implante coclear*? Esta categoría de personas con discapacidad auditiva se debería abordar de una forma distinta, ya que las barreras lingüísticas pueden ser menores, pero igualmente requieren otro tipo de consideraciones dependiendo del grado de ganancia auditiva con los aparatos auditivos (como modulación, tono y volumen de voz, lectura labial), que no todos los profesionales tienen en cuenta a la hora de atender a una persona de este tipo. Hace falta investigaciones que permitan profundizar el funcionamiento psicológico de las personas que utilizan audífonos o implante coclear, ya que la gran mayoría que existe se enfoca principalmente en personas sordas sin implementación y con la LSCH como medio de comunicación principal.

Finalmente, es importante recalcar tiene como propósito orientar al profesional de la salud a poder tener un mayor conocimiento del tema y poder realizar un abordaje de manera más integral. Sin embargo, existen limitaciones tales como la escasez de investigaciones y bibliografías actualizadas que también aborden la discapacidad auditiva en un contexto mundial en el que existen tecnologías y medios de comunicación digitales que cambian la manera en que la población en situación de discapacidad auditiva interactúa y se comunica

REFERENCIAS

Alonso-Fernández, Francisco. (2011). La alexitimia y su trascendencia clínica y social. Salud mental, 34(6), 481-490.

Anderson M., Kobek Pezzarossi, C. (2014). Violence Against Deaf Women: Effect of Partner Hearing Status, The Journal of Deaf Studies and Deaf Education, Vol 19(3), p. 411–421.

Anderson, M. L., Glickman, N. S., Mistler, L. A., and González, M. (2016). Working therapeutically with deaf people recovering from trauma and addiction. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 39* (1), 27–32.

Balanzategui, M. (2009). La alfabetización emocional de los alumnos sordos. Revista Latinoamericana de Educación Inclusiva;3(1): 147-163

Bat-Chava, Y. (2000). Diversity of deaf identities. American Annals of the Deaf, 145(5), 420–428. https://doi.org/10.1353/aad.2012.0176

Black, P. A. y Glickman, N. S. (2006). Demographics, psychiatric diagnoses, and other characteristics of North American deaf and hard-of-hearing inpatients. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education, 11*(3), 303-321.

Boness, C. (2016). Treatment of deaf clients: Ethical considerations for professionals in psychology. *Ethics & Beahavior, 26*(7), 562–585.

Cabral, L., Muhr, K., Savageau, J. (2013). Perspectives of people who are deaf and hard of hearing on mental health, recovery, and peer support. *Community Ment Health J, 49*, 649–657.

Capelli M, Daniels T, Durieux-Smit A, McGrath PJ, Neuss D. **(1995).** Social development of children with hearing impairments who are integrated into general education classrooms, The Volta Review, vol. 97, pg. 197-208

Casas Idárraga, D. A., Linares Rincón, M. S., Lemos Hoyos, M., & Restrepo Ochoa, D. A. (2011). Depresión y ansiedad en personas con deficiencia auditiva: revisión de literatura. Revista Virtual Universidad Católica Del Norte, 1(28).

Chapman, M. & Dammeyer, J. (2017). The Significance of Deaf Identity for Psychological Well-Being. *The Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 22(2), 187–194. https://doi.org/10.1093/deafed/enw073

Chilosi, A. M., Comparini, A., Fscusa, M., Berrettini, S., Forli, F., Battini, R. & et al. (2011). Neurodevelopmental disorders in children with severe to profound sensorineural hearing loss: a clinical study. Dev Med Child Neurol 52(9):856–862.

Clausen T. (2003). *Når hørelsen svigter [When hearing fails]*. København, Denmark Social for sknings instituttet (in Danish).

Crowe, T. (2017). Is Telemental Health Services a viable alternative to traditional psychotherapy for deaf individuals? *Community Mental Health, 53*, 154–162.

Dammeyer J. (2010). Psychosocial development in a Danish population of children with cochlear implants and deaf and hard-of-hearing children. J Deaf Stud Deaf Educ.

de Castro B., Merk W., Koops W., Veerman J & Bosch J. (2005). Emotions in social information processing and their relations with reactive and proactive aggression in referred aggressive boys. J Clin Child Adolesc Psychol. 34(1):105-16.

Diaz D. R., Landsberger, S. A., Povlinski, J., Sheward, J., Sculley, C. (2013). Psychiatric disorder prevalence among deaf and hard-of-hearing outpatients. *Comprehensive Psychiatry, 54*, 991–995.

Domínguez, A., & Alonso, P. (2004). La educación de los alumnos sordos hoy perspectivas y respuestas educativas. Editores Aljibe: España.

du Feu, M. & Chovaz, C. (2014). *Mental health and deafness*. New York: Oxford University Press.

Edwards, L. & Crocker, S. (2008). Psychological Processes in Deaf Children with Complex Needs: An Evidence-Based Practical Guide. London: Jessica Kingsley Publishers.

Eide, A. H., & Gundersen, T. (2004). *Hørselshemmede i arbeidslivet [Hearing impaired in labour market]*, Oslo, Norway SINTEF Helse rapport (in Norwegian)

Fellinger, J., Holzinger, D., Pollard, R. (2012). Mental health of deaf people. *Lancet*, *379*, 1037–1044.

Fernández Viader, M. (1996). La comunicación de los niños sordos. Interacción comunicativa padres–hijos. Barcelona.

Glickman, N. (1996). The development of culturally deaf identities. In: N. Glickman, & M Harvey (Eds.), *Culturally Affirmative Psychotherapy With Deaf Persons* (pp. 115–153). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.

Gutman, V. (2005). Ethical reasoning and mental health services with deaf clients. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education, 10*(2), 171-183.

Harter, S. (1999). The construction of the self: A developmental perspective. New York, NY: The Guildford Press.

Hintermair, M. (2008). Self-esteem and Satisfaction With Life of Deaf and Hard-of-Hearing People--A Resource-Oriented Approach to Identity Work. Journal of deaf studies and deaf education. 13. 278-300.

INE. (2012). *Censo de Población y Vivienda 2012*. Santiago: Instituto Nacional de Estadísticas de Chile.

INE. (2015). *II Estudio Nacional de Discapacidad*. Santiago: Instituto Nacional de Estadísticas de Chile.

Johnston-McCabe, P., Levi-Minzi, M., Van Hasselt, V. B., & Vanderbeek, A. (2011). Domestic violence and social support in a clinical sample of Deaf and hard of hearing women. Journal of Family Violence, 26(1), 63-69.

Knutson, J.F., Johnson, C.R., & Sullivan, P. M. (2004). Disciplinary choices of mothers of deaf children and mothers of normally hearing children, *Child Abuse & Neglect*. vol. 28, 925-937.

Kvam, M., Loeb, M. & Tambs, K. (2007). Mental health in deaf adults: symptoms of anxiety and depression among hearing and deaf individuals. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education, 12*(1), 2-7.

Ladd P. (2003). *Understanding Deaf Culture. In search of Deafhood*. Clevedon, UK: Multilingual Matters.

Landsberger, S., Diaz, D., Spring, N., Sheward, J., Sculley, C. (2014). Psychiatric diagnoses and psychosocial needs of outpatient deaf children and adolescents. *Child Psychiatry Hum Dev., 45*, 42–51.

Leigh, I. W. (2009). A lens on Deaf identities. Oxford University Press: New York, NY.

Lemerise, E., & Arsenio, W. (2000). An integrated model of emotion processes and cognition in social information processing. Child Development, 71(1), 107–118. https://doi.org/10.1111/1467-8624.00124

Mance, J., & Edwards, L. (2012). Deafness-related self-perceptions and psychological well-being in deaf adolescents with cochlear implants. *Cochlear Implants International*, 13, 93–104. doi:10.1179/1754762811Y.0000000017

Meador H., Zazove P. (2005). Health care interactions with deaf culture. J Am Board Fam Pract. 18(3):218-22

Ministerio de Educación. **(2007).** Guía de Apoyo Técnico-Pedagógico: necesidades educativas especiales en el nivel de educación parvularia.

Opazo, Roberto. (2004). Biblioterapia para el desarrollo asertivo. Ediciones ICPSI.

Pourmohamadreza-Tajrishi, M., Ashori, M., & Jalilabkenar, S. (2013). The Effectiveness of Emotional Intelligence Training on the Mental Health of Male Deaf Students. Iranian journal of public health. 42. 1174-80.

Purkey, W. **(1988).** An overview of self-concept theory for counselors. Ann Arbor.

Rich, S., Levinger, M., Werner, S., & Adelman, C. (2013). Being an adolescent with a cochlear implant in the world of hearing people: coping in school, in society and with self-identity. International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology, 77, 1337–1344.

Ridgeway, S. (1997). Deaf people and psychological health: Some preliminary findings. Deaf Worlds, 13(1), 9–18

Rieffe, C., Terwogt, M., & Smit, C. (2003). Deaf Children on the Causes of Emotions. Educational Psychology - EDUC PSYCHOL-UK. 23. P. 159-168.

Rosa, Angela. (2018). El reconocimiento emocional en la sordera. [Tesis doctoral: Universidad Complutense de Madrid].

Rosenhall, U., Nordin, V., Sandstrom, M., Ahlsen, G. & Gillberg, C. (1999) Autism and hearing loss. J Autism Dev Disord 29: 349–357

Schlesinger, H. & Meadow, K. (1972). Sound and sign childhood deafness and mental health. Berkeley Unversity of California.

Spencer, L. J., Tomblin, J. B., & Gantz, B. J. **(2012).** Growing up with a cochlear implant: Education, vocation, and affiliation. Journal of Deaf Studies and Deaf Education, 17, 483–498. doi:10.1093/deafed/ens024.

Sullivan, P. & Knutson, J. (2000). Maltreatment and disabilities: a population-based epidemiological study. Child Abuse Negl. 24(10): p. 1257–1273

Tiejo V., Goedhart, A., Knoors, A., Westenberg, P. & Treffers, P. (2012). Self-concept and Ego Development in Deaf Adolescents: A Comparative Study, The Journal of Deaf Studies and Deaf Education, Vol 17(3), p. 333–351.

Tsou, Y., Li B., Eichengreen A., Frijns J. & Rieffe C. (2021). Emotions in Deaf and Hard-of-Hearing and Typically Hearing Children, The Journal of Deaf Studies and Deaf Education, Volume 26, Issue 4, Pages 469–482.

Turner, R. J. & Beiser, M. (1990). Major depression and depressive symptomatology among the physically disabled. *Journal of Nervous and Mental Disease*. vol. 178, 343-350.

Van Naarden, K., Decoufle´ P, & Caldwell, K. (1999). Prevalence and characteristics of children with serious hearing impairment in metropolitan Atlanta, 1991–1993. Pediatrics 103:570–575

Weisel, A. (2005). What's Going on in the Field of Deaf Education?: Power, D., & Leigh, G. (Eds.). (2004). Educating Deaf Students--Global Perspectives. Journal of Deaf Studies and Deaf Education. Washington DC.

Werngren-Elgström, M., Dehlin, O., & Iwars-son, S. (2003). Aspects of quality of life in persons with prelingual deafness using sign language: Subjective well-being, ill-health symptoms, depression, and insomnia. Archives of Gerontology and Geriatrics, 37,13–24.

Wilson, J. & Schild, S. (2014). Provision of mental health care services to deaf individuals using telehealth. *Professional Psychology: Research and Practice, 45*(5), 324–331.

Wright, B., Walker, R., Holwell, R., Gentili, N., Barker, M., Rhys-Jones, et al. (2012). A new dedicated mental health service for deaf children and adolescents. *Advances in Mental Health, 11*(1), 95–105.

Wright, G. & Reese, R. J. (2015). Strengthening cultural sensitivity in mental health counseling for deaf clients. *Journal of Multicultural Counseling and Development, 43*, 275-285.

AcPI
Actualizaciones en Psicoterapia Integrativa
Vol. XIV, 2022

Influencia de las relaciones de pareja desde la mirada EIS: Una propuesta de influencias y aportes en las funciones del sistema SELF

Matías Amengual E*

Abstract:

Relationships have always been an important area of people's lives and have been gaining strength over time in the field of psychology in terms of clinical and therapeutic relevance, as well as a focus of study of the discipline. However, the study of the individual in a couple has usually been seen around the dynamics of the couple as such, or instead, from how the relationship affects the well-being and health of the person, tending to use the concept of self in an ambiguous and ununified way in the literature, in so that the bibliography that seeks to study the self-system of a person in a relationship ends up being poor in quality, as well as not very specific or helpful for clinical practice. Under this premise, this article seeks the use of the Supraparadigmatic Integrative Approach (EIS) about the SELF system, and the six functions of the self that it proposes, as a way to define the concept in a clear and unified manner. In this way, a theoretical, analytical, and clinical proposal is made on how a couple relationship can impact the self-system -and its six functions- under a clear and defined conceptual framework that facilitates the understanding of the relationship between both parties.

Keywords: couple relationship, Supraparadigmatic Integrative Approach (SIA), SELF system, self-functions, dyadic self.

Resumen:

Las relaciones de pareja han sido siempre un área importante de la vida de las personas, y han ido tomando fuerza con el tiempo en el campo de la psicología en cuanto a relevancia clínica y terapéutica, como también así como foco de estudio de la disciplina. Sin embargo, el estudio del individuo en pareja ha sido usualmente visto en torno a la dinámica de la pareja como tal, o en su defecto desde cómo la relación afecta el bienestar y salud de la persona, tendiendo a utilizar el concepto de *Self* de forma ambigua y desunificada en la literatura, de forma que la bibliografía que busca estudiar el sistema Self de una persona en relación de pareja termina siendo pobre en su calidad, además de poco concreta y servicial para la práctica clínica. Bajo esta premisa, este artículo busca la utilización del Enfoque Integrativo Supraparadigmático (EIS) acerca del sistema SELF, y las seis funciones del Self que propone, como forma de delimitar de forma clara y unificada el concepto. De esta manera, se realiza una propuesta teórica, analítica, y clínica sobre como una relación de pareja puede impactar al sistema Self -y sus seis funciones- bajo un marco conceptual claro y definido que facilite la comprensión de la relación entre ambas partes.

***Palabras claves*:** relación de pareja, Enfoque Integrativo Supraparadigmático (EIS), sistema SELF, funciones del Self, Self diádico.

INTRODUCCIÓN

Relevancia contemporánea de las relaciones de pareja

El ser humano es una especie social, que tiende a compartir espacios y momentos con otros individuos, formando comunidades y grupos varios. Dentro de la dinámica psicológica del ser humano, la socialización se encuentra como una necesidad básica, en conjunto con otras como el cuidado, alimentación, ocio, etc. (Schuppert, 2013). Así, en la historia y el desarrollo de la sociedad, el ser humano ha ido construyendo cultura, religiones, relaciones de amistad, comunidades deportivas y, por supuesto, relaciones de pareja, entre las muchas otras relaciones interpersonales y sociales tan inherentes a la dinámica psicológica.

Como tal, la construcción de distintas relaciones sociales genera, por interacción con

* Ps. Pontificia Universidad Católica de Chile
mjamengual@uc.cl

la dinámica intrapsíquica, impacto en la salud mental, siendo uno de los muchos estímulos que influyen en la totalidad del funcionamiento de un individuo. En ese sentido, Opazo (2017) resalta los resultados derivados del "Tercer Barómetro de la Felicidad (Browne, 2015), en el cual "la satisfacción con la vida alcanzó un promedio de 7,5 puntos en una escala de 1 a 10 (…) las relaciones de pareja [puntuaron] (7,3)" (p. 755).

En otras palabras, el estudio nos refleja que las distintas áreas de las relaciones sociales sí generan impacto en la persona, y son un reflejo en la satisfacción con la vida, y que las relaciones de pareja se tornan altamente relevantes, lo cual se ve plasmado en la poca diferencia entre la satisfacción general y con las relaciones de pareja, siendo altamente gravitantes.

En cuanto a las relaciones de pareja, estas han sido un campo de estudio clínico e investigativo. En la práctica, vemos la influencia de la importancia de la relación de pareja en el establecimiento de terapias de pareja con enfoques muy diversos, en mediaciones familiares, y en una inmensa bibliografía que explica, detalla y resalta el romance y la pareja como algo relevante en el mundo actual, teniendo una amplia teoría acerca de la temática, y una práctica concreta en que la aterriza (Jacobson, et. al, 2000; Knee, et. al, 2013; Gottman & Gottman, 2017; Hendrick & Hendrick, 2018), creciendo así la temática en relevancia, y presencia en el mundo actual, a nivel clínico, investigativo, teórico, pero también por supuesto, en el plano cotidiano y popular.

Pero al hablar tanto de relaciones de pareja, y considerando la gran bibliografía del tema, cabe preguntarse, **¿Qué es una relación de pareja? ¿Cómo se caracteriza?**

Definiendo la "relación de pareja"

Al hablar de pareja, usualmente pensamos en otro significativo, alguien con quien escogemos voluntariamente estar y compartir. Vargas-Trujillo (2017) comenta que una relación de pareja se encuentra usualmente caracterizada por intimidad y exclusividad, bajo la perspectiva de un "querer compartir", aunque en la juventud estas tiendan a ser algo más fugaces, con menor proyección de vida compartida que las relaciones de pareja "más adultas", conteniendo principalmente una sensación de "amar" a un otro. Hegi & Bergner (2010) al estudiar distintas relaciones sociales, destacan que las personas tienden a asociar fuertemente la palabra "amor" con una "Inversión en el Bienestar del otro para el propio bien de este mismo" (p. 633), lo que Opazo (2017) reformula como que "amar es luchar por la felicidad del otro". (Opazo, 2017, en Chalup, 2018). Más aún, en lo que respecta del denominado amor "de pareja", o romántico, Aron, Fisher & Strong (2006) destacan que este "amor romántico" -caracterizado anteriormente como el "interés en el bienestar del otro"- suele presentarse en el discurso común bajo la trilogía de "intimidad, compromiso, y pasión", o en otras palabras, querer compartir (intimidad), proyectarse como pareja (compromiso), y atraerse física y/o sexualmente (pasión), concordante con lo postulado por Robert Sternberg décadas atrás.

Así, y entendiendo cómo el concepto básico del "amor" se inserta en la dinámica de lo denominado como "relación de pareja",

además de cómo esta suele ser entendida comúnmente, podemos también definirla como aquella relación en la cual dos personas -independiente del sexo u orientación sexoafectiva- desean voluntaria y recíprocamente compartir en intimidad su vida, describiéndose a sí mismos/as como "una pareja".

Relaciones de pareja y bienestar

Anteriormente planteamos que las relaciones sociales en general, y especialmente aquellas relaciones de pareja -definidas en el apartado anterior- tienen un peso influyente en el mundo actual, tanto en el discurso social como en la presencia teórico-práctica, y por supuesto en la clínica, sin embargo, esta "presencia" en la matriz contemporánea no implica únicamente que el concepto de "relación de pareja" se haga popular o *trending topic* y que sea discutido en la mesa como algo abstracto, pues al ahondar aún más en la temática y su impacto general en el ser humano podemos encontrar numerosa bibliografía que abordan la influencia de las relaciones de pareja en la dinámica psicológica. Por ejemplo, Marroquín (2011) plantea que el apoyo social general y de parejas parecen favorecer la regulación emocional en personas con dificultad para autorregularse.

Otros autores por su parte resaltan cómo en una relación de pareja, se encuentran correlaciones circulares entre mayor presencia de afectos depresivos y mayor conflictividad en la relación (Hautzinger, Linden, & Hoffman 1982; Mackinnon, et. al, 2012; Braithwaite, & Holt-Lunstad, 2017; Roberson, et. al., 2018), afectando por supuesto de forma directa a la calidad de la relación, lo cual es relevante a la hora de evaluar el funcionamiento general de una persona; en otras palabras, así como mayor depresión lleva a mayor conflictividad en la pareja, *mayor conflictividad en la pareja lleva a mayor depresión*.

También se ha estudiado que la relación en sí misma, sus características, y la forma de término de esta, pueden ser predictores de bienestar y ajuste social actual (Braithwaite, Delevi, & Fincham, 2010; Soller, 2014; Chen, 2015; Viejo, Ortega-Ruiz, & Sánchez, 2015; Mirsu-Paun, & Oliver, 2017), e incluso en una mirada a largo plazo, longitudinal (Aalsma et. al, 2012).

El impacto es tal que incluso Markey, Markey, & Gray, H (2007) refieren que no únicamente el impacto en sí mismo de la influencia diádica desde la pareja es relevante, sino que la *percepción* de la influencia -positiva o negativa- del otro significativo por parte del individuo es influyente también (Cotter & Kerschner, 2018) y que las "parejas románticas no sólo están conscientes del impacto que su otro significativo genera en su salud, sino que reconocen los beneficios y perjuicios tanto psicológicos como físicos que brindan sus otros significativos" (p. 444) dejando claro que las personas sienten la influencia de la pareja en distintos aspectos de su vida, participando la percepción como factor asociado inclusive a la calidad de la relación.

Self en la investigación de pareja

Si vamos un paso más allá en cuanto a lo que veníamos presentando anteriormente, la literatura y la investigación abordan constantemente el concepto de ***"Self"*** en conjunto con las relaciones de pareja. Esto implica que ciertos elementos de la relación de pareja como estabilidad, calidad, conductas,

dinámicas interaccionales, ajuste psicosocial, entre otros, se ven interrelacionados con aspectos del "sí mismo", también llamado *Self*. El *Self* como concepto implica que tanto el sujeto como el objeto de la acción es uno mismo, por esa razón, el concepto suele ser traducido al español con el sufijo "auto"; en otras palabras, la característica que sea estudiada siempre hará alusión a algún elemento que la persona piense, siente, o considere sobre sí misma. Opazo (2017) explica en su libro que "el concepto sigue siendo algo difuso, y se presta a todo tipo de conceptualizaciones y discusiones (…), el término Self es usado en psicología de una manera extremadamente amplia, y carece de uniformidad" (p. 806), pero que se relaciona con el sentido de la persona de ser única y unificada en el tiempo. En resumen, la amplitud del concepto nos deja con la facilidad de aplicarlo en la investigación, lo cual puede ser algo tanto positivo como negativo; pero indistintamente refiere a algo relevante dentro de la dinámica psicológica.

Y es de esta forma que el concepto ha nutrido gran cantidad de investigaciones, más allá de la potencial crítica a la falta de uniformidad del concepto en la investigación. Entonces, al relacionar el concepto con las relaciones de pareja, se aprecian varios resultados, como que el apoyo de la pareja potencia el desarrollo y éxito en la búsqueda de desarrollo personal o "automejora" (*self-improvement),* además de favorecer un aumento en la calidad de la relación (Overall, Fletcher, & Simpson, 2010). Esta última -calidad de la relación- es un concepto común a la hora de investigar en pareja, y es definida por Farooqi (2014) como la evaluación de la relación, y que una relación de buena calidad estaría determinada por la presencia de "nutrición, afecto, intimidad, bienestar, comprensión, validación, cuidado, e incluso perdón" (p. 7).

En conceptos de relaciones entre una relación de pareja y autoestima (*self-esteem)*, se han visto asociaciones entre el nivel de autoestima y otras características, como por ejemplo mayor consumo de alcohol cuando hay interacciones negativas en la relación romántica, en personas con baja autoestima (DeHart, et. al, 2008), como también que el nivel de autoestima está inversamente relacionado con la necesidad de aprobación por parte de la pareja y de sentirse aceptados por esta, lo que a su vez mostraba correlaciones entre mayor autoestima y mayor satisfacción en la pareja, lo cual no se vio reflejado en personas con baja autoestima (Cramer, D. 2003).

En torno al grado de involucramiento con la relación, un autoestima sobre involucrado, con límites difusos en torno a la diferenciación entre la relación y uno mismo, se refleja en labilidad emocional, conflictos en la relación, autoestima inestable, e inclusive en una baja satisfacción con la pareja (Knee, Canevello, Bush, & Cook, 2008). Por otro lado, una auto diferenciación (*self-differentiation*) con respecto a la otra persona en la pareja -es decir, autonomía e independencia en medio de una relación interpersonal, poder diferenciarse como individuo- se relaciona con menor frustración y reactividad ante eventos adversos, así como una mayor flexibilidad en cuanto a cómo responder frente a estos, además de mayor estabilidad de la relación (Lal, & Bartle-Haring, 2011; Cabrera, Herrera, & Serrato, 2019).

Otros resultados variados hablan de que el apoyo de la pareja correlaciona con la sensación de mayor autoeficacia (*self-efficacy)*, cuando el apoyo es estable en el tiempo (Hohl, et. al., 2019). También que la autoexpansión (*self-expansion)* funciona como predictor de la apertura hacia alternativas románticas, desde un interés hacia el contacto con estas, y por consecuencia lógica, que aquellos con menor autoexpansión en la relación serían más propensos a la infidelidad (VanderDrift, Lewandowski, & Agnew, 2010).

Como fue mencionado anteriormente, el concepto "*Self*" puede ser aplicado con tal magnitud que la bibliografía es realmente inmensa, y parece no acabarse. Sin embargo, y continuando con la crítica realizada anteriormente, nos damos cuenta de que la investigación es rica en cantidad, pero deficiente en calidad, cuando reconocemos que estos conceptos por sí solos terminan siendo altamente específicos, pero aislado de un marco teórico y una matriz que permita poder verlos y entenderlos en perspectiva con otros elementos. Si la investigación habla del *Self* sin ponerse de acuerdo en a qué se referirá está a la hora de aplicarse como concepto de estudio, entonces… ¿Qué es lo que se está estudiando realmente? ¿Cuál es la utilidad clínica y práctica concreta de un resultado altamente específico, pero "suelto"? Al final del día, el concepto de *Self* en la investigación está siendo usado de forma aislada, cambiante, e incluso, algo aleatoria.

Frente a esta cuestión, la solución lógica es utilizar el concepto de *Self* bajo una única comprensión, y dentro de un marco que le brinde un sentido unificado. Para cumplir con aquella falta a la comprensión, relevancia, y utilidad práctica del *Self*, encontramos el Enfoque Integrativo Supraparadigmático, o modelo EIS, que será descrito a continuación.

ENFOQUE INTEGRATIVO SUPRAPARADIGMÁTICO (EIS)

El Enfoque Integrativo Supraparadigmático, o modelo EIS, es un enfoque cuyo propósito es *"integrar paradigmas a un nivel superior"* (Opazo, & Bagladi, 2008). Según los autores, un paradigma sería una teoría amplia y compartida que guía, por lo cual el Supraparadigma busca una forma de integrar conocimientos de manera ordenada en función del trabajo terapéutico (Opazo, 2001), y dando a la vez una plataforma que dialogue con las distintas aseveraciones que otros modelos propongan, en un nivel general. De esta manera, argumenta Opazo, se logra una mejor visión del paciente, a un nivel más completo, panorámico, y por consiguiente, más precisa, menos reduccionista, y más dialogante, lo que aportaría a la psicoterapia y la práctica clínica, además de la investigación, sorteando el problema de la competencia y la contradicción interna en la disputa de los enfoques en llamado "veredicto del dodo".

El modelo EIS se construye desde la base de seis paradigmas distintivos, en conjunto con un epicentro organizador e integrador de como el sistema SELF. Los paradigmas que Opazo (2017) propone consisten en:

El **paradigma biológico** propone que elementos biológicos influyen en la dinámica psicológica; el **paradigma cognitivo** que la cognición marca diferencias significativas en la vida de la persona; el **paradigma afectivo** que los afectos tienen un rol esencial en el funcionamiento; el **paradigma inconsciente**

que aquellos elementos que no están presentes activamente conscientes moldean directa e indirectamente aspectos de la persona; el **paradigma ambiental-conductual** que tanto el entorno del individuo como la conducta actuada en este entorno son relevantes para la comprensión de este; y por último, el **paradigma sistémico** resalta que tanto la comunicación/relación de los distintos elementos en las "redes intrapsíquicas" como las redes interpersonales impactan en la dinámica psicológica completa.

Por supuesto, todos estos paradigmas se comunican y dialogan entre sí, de tal forma que se integran siendo más que la suma de las partes, ante lo cual Opazo y el Modelo EIS manifiestan el sistema SELF, como "eje de integración , como epicentro integrativo (…) el cual permite conectar y organizar las partes diferentes representadas por los paradigmas" (p. 805); contribuyendo a integrar los paradigmas en red entre sí y para con el sistema SELF. Como tal, el sistema SELF se manifiesta como el "director de orquesta" de la dinámica psicológica, al hacer dialogar los distintos paradigmas entre sí y consigo mismo, y al ejercer ese rol, aparecen las seis funciones que este sistema SELF realiza: *función de toma de consciencia, función de identidad, función de auto/organización, función de significación, función de búsqueda de sentido y función de conducción de vida*.

En palabras de Bagladi (2009), "cada una de estas funciones compromete a la persona como totalidad y cada una influye sustancialmente en el bienestar personal; y cada una de estas funciones puede estar más desarrollada o menos" (p. 41).

Seis funciones del Self

Como hemos planteado anteriormente, el sistema SELF en el modelo EIS se caracteriza por cumplir seis funciones que en conjunto dialogan entre sí y con los seis paradigmas, de manera que se genere una interacción que organiza la experiencia y brinda una final cuota de integración al modelo, al hacer dialogar las funciones con los paradigmas. A continuación se explican brevemente las seis funciones del Self.

En primer lugar, encontramos la función "***Toma de Consciencia***" del sistema Self, que refiere a la capacidad que tiene la persona de "darse cuenta" de conductas, pensamientos, afectos, formas de significar sobre sí mismo y cómo estos lo van afectando en su día a día. Esta está ligada a la capacidad de hacer "insight" o de introspección:

> Adecuado" conscienciar involucraría capacidad para acoger, en la consciencia, los contenidos más diversos;(…) que la persona sea capaz de conscienciar con énfasis cognitivo, o bien afectivo, o bien con integraciones de ambos, (…) que la persona sea capaz de conscienciar experiencias subjetivas de diferente complejidad cognitiva. E involucra que la persona sea capaz de acoger experiencias subjetivas de diferente cualidad e intensidad emocional. (Opazo, 2017. p. 852)

En segundo lugar, la función de "***Significación Integral***" es la encargada de interpretar las experiencias vivenciadas desde un punto de vista especifico. Busca analizar cómo el paciente traduce sus propias experiencias, y si este es capaz de mirar lo que le pasa desde otras perspectivas siendo el principal motor de campo en el espacio psicoterapéutico; en palabras de Roberto Opazo, "los estímulos son finitos… y los significados son infinitos. Es decir, habría más significados que estímulos. De lo cual se

desprende que, cada uno de los diferentes estímulos, puede ser significado de diferentes maneras… por la misma persona y/o personas diferentes." (Opazo, 2017. p. 853)

Luego, tenemos la función de ***"Identidad"***, como aquella dimensión en la cual cada persona configura un sentido de "mismisidad", es decir, se reconoce a sí misma a través del tiempo a pesar de los cambios físicos y psíquicos. En otras palabras, esta función refleja la identidad personal de un sujeto que se va transformando -el quién soy, cómo soy-, mediado por sus procesos de crecimiento y desarrollo personal -el cómo quiero ser-, a partir de las distintas experiencias de vida diferenciándose de otros involucrando la autoimagen, la autoestima y la autoeficacia. En esta función encontramos los conceptos de autoimagen, autoestima, y autoeficacia.

En cuarto lugar, la función de ***"Auto-organización"*** en el EIS hace alusión a la capacidad que tienen las personas de "reorganizarse" luego de una experiencia que genera excesivos desbalances emocionales y/o nos quedamos "pegados" en alteraciones emocionales "post experiencias (experiencias desorganizadoras); de autorregularse post desorganización.

> Se entenderá por autorregulación, la capacidad del individuo para regular sus propios sistemas (fisiológicos, afectivos, cognitivos y conductuales), en virtud de responder de manera flexible y adaptativa ante las distintas demandas que se le presenten. (Opazo, 2017. p. 915).

Es decir que pueda ser una persona que se recupera con prontitud de experiencias desorganizadoras y salga fortalecido de esta experiencia (resiliencia). Es adaptarse, tolerar frustraciones, regularse emocionalmente, y manejar conflictos siempre manteniendo una estructura.

En quinto lugar, en la función "***Búsqueda de Sentido***" se observa cuál es el sistema de creencias (religiosas o no) del paciente mismo sobre temas como la vida y la muerte, el destino, la existencia, la libertad; el sentido de vida permite el ir estableciendo "Nortes" a los cuales dirigirse, parámetros a respetar y caminos a transitar.

Finalmente, la función de "***Conducción de Vida"*** se conecta con el "desarrollo personal" porque involucra la capacidad de "conducir" la vida propia. Es decir, poder establecer metas realistas que nos lleven a un estado de "mejoría" a lo largo de la vida y llevarlas a cabo sin pasar a llevar a otros. La conducción de vida conlleva a la persona a tener que conocerse a sí mismo en términos de motivaciones, de fortalezas y debilidades, y de nuestras necesidades del momento:

> Conducir, en un sentido genérico, involucra echar a andar, observar, respetar regulaciones, acelerar, frenar, doblar, llevar "lo conducido"… hacia aquellos objetivos o lugares que el conductor desea alcanzar. Conducir la propia vida, involucra algo análogo a lo señalado; e involucra irla llevando hacia las metas que la persona se va fijando. (Opazo, 2017. p. 972).

Habiendo descrito las funciones del sistema SELF, es importante notar que últimas contribuciones al desarrollo de la Psicoterapia Integrativa EIS han puesto en la palestra una nueva mirada a la comprensión de la dinámica de pareja, bajo el concepto de "Self Diádico", propuesto por Alliende y Bagladi. Este concepto será profundizado y analizado posteriormente, pero en pocas palabras, hace alusión que así como un individuo mantiene un "estilo", o "personalidad" en cuanto a sistema SELF que lo hace único, una pareja como tal

manifestará un diferente "estilo" o "personalidad" en la relación.

Las Funciones del Self e Investigación EIS en Pareja

→ Investigación EIS y Funciones del Self

Anteriormente ya hemos mencionado las deficiencias de la investigación sobre el Self, debido a la amplitud -y por consecuencia poca claridad- del concepto en la literatura, y hemos propuesto el modelo EIS como un marco teórico unificado que nos dé una definición del concepto de Self clara, comprensible, y unificada en pos de favorecer la investigación futura. El siguiente paso es repasar qué es lo que se ha revisado desde el modelo EIS en torno al Self y sus funciones, como también sobre pareja para poder así tener una comprensión del desarrollo actual y contextualmente relevante acerca del sistema SELF y pareja como temática común, la cual ha sido principal -pero no exclusivamente- desarrollada en la Revista "Actualizaciones en Psicoterapia Integrativa" (AcPI).

Recordamos el ya mencionado artículo de Bagladi (2009) en el cual se desarrolla la mirada sobre las funciones del Self y el desarrollo personal. Sobre esta idea, Gabriel Soler realiza en 2015 una mirada sobre el desarrollo evolutivo del sistema SELF y sus seis funciones desde la lógica del desarrollo epigenético y evolutivo, integrando variados autores relevantes en la temática del desarrollo en conjunto con el modelo EIS, desde una perspectiva de los "órdenes de consciencia", y realizando una aproximación específica para cada función según el nivel del orden de consciencia.

Por otro lado, Arraño Muñoz (2014) realizaba su tesis abordando el constructo de la personalidad eficaz enriquecida en adolescentes bajo el modelo EIS, destacando finalmente la importancia de la *autoestima* y *autorrealización académica* como potenciadores de optimismo, además de correlacionarse con otros aspectos del funcionamiento del individuo como mejor tolerancia a la frustración, control emocional, y sueño reparador, entre otros, todos aspectos relacionados con una "personalidad eficaz", entendida principalmente como fortaleza en el sistema Self.

El año 2015, Texia Bejer realiza una investigación descriptiva y experimental desde el modelo EIS en torno a las funciones del Self en pacientes con diagnóstico de TOC, caracterizando cada una de las funciones del Self -mencionadas anteriormente- en esta población clínica, y reconociendo la necesidad de atender primeramente a la gran influencia del paradigma biológico en este tipo de curso diagnóstico para poder potenciar satisfactoriamente el sistema SELF en su totalidad.

Unos años antes, Gomes De Barros (2013) en su tesis ponía en la palestra en específico el impacto en la función de identidad en mujeres víctimas de violencia intrafamiliar, y en particular en materia de autoconcepto (*Self-concept)*, autoestima (*self-esteem)*, autoeficacia (*self-efficacy)* y autoimagen (*self-image)*, y concluyendo que la autoestima y autoimagen se ven especialmente impactadas negativamente por experiencias de violencia.

> Las mujeres víctimas de violencia conyugal presenta las secuelas que el daño psicológico en el autoestima, autoeficacia y autoconcepto, esto se puede observar en la constante infravaloración del yo (baja autoestima) a través de insultos humillaciones amenazas que generan en la

> victima una mayor predisposición a depresión" (Gomes De Barros, 2013. p. 112).

Otros aportes, en concepto de abordar las funciones del Self, han sido los de Díaz (2010) al abordar la importancia de atener a las funciones del Self en personas sordas en Chile; de Gloffka (2010) al hacer un análisis de las funciones del Self en niños con autismo; Serrano (2010) en el análisis del impacto según paradigmas y en las funciones del Self del Abuso Sexual Infantil (ASI); un análisis de factores parentales que potencian el desarrollo de la autorregulación en preescolares de Cardemil (2010) en la cual relaciona las funciones del Self con la capacidad de autorregulación; una caracterización de las funciones del Self en una Depresión, por López (2011); una propuesta de cómo el mindfulness potencia la función específica de toma de consciencia del sistema SELF por parte de Jaque (2011); una excelente aproximación desde EIS a Trastornos de Conducta Alimentaria (TCA) por parte de Levin y Soto (2011) en el cual profundizan en la interferencia de las funciones del Self como reflejo de la problemática; Guajardo (2011) observando la alteración de las funciones del Self en la conducta de autolesión.

Ya en 2015, luego de un período sin mucha alusión a las funciones del Self del EIS, la literatura nos presenta con una muy importante mirada de género a las funciones del Self, realizada por Gaba (2015); otro artículo, de Fuentes (2015), relaciona el Trastorno Bipolar con la función Búsqueda de Sentido del sistema SELF, mencionando la importancia de trabajar en esta para lograr que funciones como factor protector ante la inestabilidad del trastorno; un reporte y caracterización de la función Búsqueda de Sentido de los pacientes de los consultorios CONPER realizada por Palacios (2018); además de otros aportes varios en materia de género y diversidad sexual.

Como pueden leer, la literatura en cuanto a la comprensión y estudio de las funciones del Self propuesta en el modelo EIS ha proliferado de buena manera, aunque dista de reconocerse como "amplia", al menos en comparación con el concepto Self en la literatura investigativa generalizada. Pero ¿cuánto se ha profundizado en conceptos de "relaciones de pareja" bajo esta mirada?

→ Investigación EIS y Relaciones de Pareja

En torno a esta temática, la literatura es notoriamente más escasa, lo que ya nos brinda una señal de que es necesario continuar abordando la temática. En particular, en referencia al modelo EIS y relaciones de pareja, tenemos que ampliar la mirada, incluyendo otros focos que indirectamente se relacionen con las relaciones de pareja.

Oberreuter (2015) realiza un análisis -bajo el modelo EIS- de los paradigmas en pacientes que consultan por *infidelidad* atendidos en el Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa (ICPSI), y describe las características psicológicas de estos. Otro aporte es el de Lara (2013), quien estudia la dinámica de pareja cuando uno de los miembros padece de un Trastorno Bipolar, analizando está bajo el modelo -y haciendo por primera vez referencia al Self diádico en pareja-. Por lado contrario, en conceptos de VIF -indirectamente relacionado con la relación de pareja, desde el lado más perjudicial y triste de una relación-, Torres (2010) observa desde el Enfoque Integrativo Supraparadigmático (EIS) la realidad boliviana

en materia de violencia conyugal, mientras que Barría (2014) presenta una caracterización del hombre agresor hacia su pareja. Finalmente, Ramírez (2016) nos da una vuelta de tuerca a la temática al reflexionar sobre las nuevas masculinidades y la violencia de género.

Por último, los otros aportes relacionados son aquellos realizados por este mismo autor, Amengual (2020) y por Chalup (2018). El primer autor aborda la importancia del desarrollo del Self en la era digital, enfatizando la relevancia de las relaciones íntimas, la sexualidad, y las relaciones de pareja, en adolescente y adultos jóvenes. La segunda autora propone el concepto clínico-metafórico de "amortopoyesis" como concepto para hablar del desarrollo del amor hacia uno más "evolucionado", explicando el "amor evolucionado" como aquel amor sólido, maduro y trascendente.

No es alocado decir que el modelo EIS para con las relaciones de pareja está en sus inicios, como refleja la bibliografía actual en el tema, dejando así espacio para profundización en el área. Un aspecto en que el EIS está al debe, es el análisis de las funciones del Self en las relaciones de pareja, desde una perspectiva en primer lugar desde el Self individual de alguien en pareja, como también así una profundización en la mirada sobre el Self diádico. La falta de desarrollo en la segunda se contextualiza debido a la novedad del concepto, sin embargo, la primera no obtiene la misma suerte.

En consecuencia, la propuesta actual es brindar una posibilidad sobre la comprensión de las seis funciones del Self, a fin de responder al vacío en la literatura en este punto particular.

Pareja y las funciones del Self individual: Una propuesta analítica.

Debido a que la literatura es escasa -sino nula- en cuanto a analizar relaciones de pareja en conjunto con el sistema SELF individual, y siendo esta la razón por la cual se ha intencionado escribir este artículo, debemos encontrar una forma de poder relacionar ambas partes de forma coherente. Si bien ya hemos descrito anteriormente las seis funciones del Self, estas aún no han sido relacionadas específicamente con el impacto de sostener una relación de pareja. Por esta razón, lo siguiente será una mirada analítico-clínica que busque aportar un grano de arena a comprender a un individuo que se encuentre en una relación de pareja, desde una propuesta teórica acorde al sistema SELF del modelo Integrativo Supraparadigmático.

Para realizar esto, un primer acercamiento es ahondar en el concepto de *"Self Diádico"* de una pareja, propuesto por Alliende y Bagladi mencionado anteriormente, a modo de comparación. Esta decisión de comenzar desde lo diádico hacia lo individual responde a que el concepto fue desarrollado específicamente para ahondar las dinámicas en torno a la vida en pareja, razón más que suficiente para comprender que el concepto *es* uno que aborda conjuntamente la temática de las funciones del Self y la de pareja, sólo que desde lo diádico. Por tanto, es un concepto que nos aporta ciertas luces y guías para comprender las funciones del Self de un individuo en torno a una relación de pareja, y que dialoga constantemente con las funciones del Self individual, facilitando .

El concepto de "Self Diádico", en palabras de Opazo (2017), hace referencia a la "totalidad que se va configurando en la

interacción sistemática y sistémica de dos personas… con todos los cambios cualitativos y/o cuantitativos en relación al operar de cada uno de ellos cuando ocurre individualmente (p. 785)". En otras palabras, es el resultado de la interacción continua entre dos individuos; resultado que proviene desde dos mundos individuales, y dos dinámicas psicológica únicas en sí mismas.

> Así como existe una personalidad individual, existe también una especie de personalidad de la relación, en el caso de las parejas. Juntos, somos distintos a "por separado". Juntos, tenemos una forma de enfrentar el mundo, la vida social, la dinámica familiar; formas de pensar, de sentir y de actuar. (Opazo, 2017. p. 791).

En este sentido, lo primero que debemos entender del Self diádico, es que es igual de "único" que el Self individual; razón por la cual en una pareja podríamos encontrar tres mundos diferentes: el del individuo 1 -Self individual de la persona el Nº1-, el Self individual de la persona Nº2 -Self individual Nº2-, y el resultante de la interacción entre ambos -Self diádico-. A continuación se presentarán las seis funciones, en su formato individual y diádico, y cómo entre sí dialogan de forma tal que se pueden percibir características de la influencia, del estar en una *relación de pareja*, en el *Self individual* a nivel de *funciones*.

→ Toma de Consciencia

La primera de las seis funciones del Self diádico -descritas por Alliende y Bagladi-, es aquella referida a la "***Toma de Consciencia Diádica"***. Recordemos que esta función individual está asociada a lo que puede ser consciente en el sistema Self, a la capacidad que tiene la persona de "darse cuenta" de conductas, pensamientos, afectos, formas de significar sobre sí mismo y como estos lo van afectando en su día a día. Autoconocimiento e Introspección Diádica son los conceptos clave en esta función diádica.

Entenderemos entonces que en las parejas se presentan grados diferenciales de concienciación cognitivo/vivencial de sus características diádicas e individuales, de su(s) historia(s), del grado de gravitación de su entorno, etc. Esto es, en el grado en que se conocen a ellos y entre ellos, un grado de **"Autoconocimiento Diádico".** Las parejas también pueden reflexionar en torno a la díada de forma más reactiva o más proactiva, más realista o más distorsionada, más confrontativa o más evitativa, con un grado de **"Introspección Diádica".**

En este sentido, si aplicamos lo presentado tanto desde la función diádica como individual de toma de consciencia, tendremos ciertas luces para pensar en el *impacto de una relación de pareja en la función de toma de consciencia de la persona*.

Podemos pensar entonces que la inclusión de un otro significativo -como lo es una relación de pareja- funcionaría como fuente de información externa que propicie la toma de consciencia, para facilitar o perjudicar el nivel de capacidad de esta.

Es decir, una pareja que propicie una "**potenciación interaccional**" -una de las "*dinámicas del Self diádico*" propuestas por los Alliende y Bagladi- desde una sinergia positiva, podría impactar en aumentar la capacidad de poder conscienciar; ya sea informado sobre el entorno del individuo, favoreciendo y reconociendo los límites de la persona desde una mirada "externa" pero conocedora, o reconocer estados emocionales y/o

momentos actuales del individuo, entre otros focos que estimulen la toma de consciencia, desde el autoconocimiento y la capacidad de introspección. Por otro lado, otro significativo podría generar el efecto contrario, desde una "**despotenciación interaccional**", generando interferencia, obstaculizando, o nublando la capacidad de poder conscienciar de la persona desde sus conductas.

En este sentido, la interacción con el otro significativo se vuelve crucial, como estimulante del conscienciar, o como "anti-estimulante" de esta; esto favorecería el crecimiento de la persona y su desarrollo psicológico general desde la potenciación de la función, o perjudicaría al limitar el funcionamiento psicológico desde la interrupción de la toma de consciencia. Esto último, pareciera ser particularmente notorio en relaciones de violencia, en donde la víctima ve minimizada, cuestionada, y desvalorizada su función de toma de consciencia. Por contrario, una pareja que potencie el desarrollo y funcionamiento de la toma de consciencia podría favorecer el bienestar psicológico general de su pareja, ayudándola a crecer como persona.

→ Significación Integral

La segunda función que veremos es la de "***Significación Integral",*** o también denominada ***"Significación Compartida"*** cuando refiere a Self diádico. La significación, recordemos, apunta básicamente al cómo el individuo interpreta la realidad, cómo significa la experiencia y, en el Self diádico, se refiere al sistema de creencias compartidas por la pareja de forma idiosincrática; a cómo interpretan los miembros de la pareja las diferentes experiencias.

También, por supuesto, permite el ir creando experiencias compartidas por ellos y por nadie más, significados particulares que les da sensación de coalición, de complicidad y de ser únicos, propiciando un "*estilo comunicacional"* particular en la pareja. "Significaciones compartidas", es la frase que representa la función diádica.

En este sentido, el impacto de una relación de pareja en la función de significación vendría en reconocer que el otro significativo es un mundo de significados y de significación completamente distinto y relevante para uno, que aportaría con potenciales nuevas perspectivas y formas de observar e interpretar la realidad; recordando a Opazo (2017), "cada uno de los diferentes estímulos, puede ser significado de *diferentes maneras*… por la misma persona *y/o personas diferentes*" (p. 853). En la cita anterior, hemos puesto en cursiva la significación de una *manera distinta* por parte de *distintas personas*, en función de reconocer que una relación de pareja aportaría, en primer lugar, como un encuentro con otro, y por ende con una *distinta* significación integral. Es decir, una relación de pareja expandiría el mundo de significados del individuo, ampliando los focos de atención de la persona, o los estímulos relevantes, entre otros factores.

Por supuesto, es posible que dos personas tiendan a asimilarse en la forma de ver el mundo, en tener significados similares, formas de abordar la experiencia "coordinados". Inclusive en esta segunda opción, encontramos que aún aquellos significados compartidos diádicamente como pareja, serían estímulos y significados que no se limitan a la relación de pareja. En otras palabras, aquellos hechos vividos,

compartidos como pareja podrían ser lo suficientemente relevantes como para dejar huella en la forma en que los individuos de la relación interpretan el mundo.

En resumen, una relación de pareja no solamente impactaría en que el encuentro con otra persona implique un encuentro entre "mundos diferentes de significación integral", sino también en cómo la misma relación y su desarrollo generaría con el tiempo "estímulos significados de pareja" que "traspasarían" los límites del funcionamiento diádico, para potencialmente instalarse -de forma total o parcial- en la significación integral de cada uno de los individuos diferenciados.

→ Identidad

En esta tercera función, la de "***Identidad***", recordamos que en el Self individual facilita en el sujeto el sentido de identidad, de quién es y de permanecer siendo el mismo en el tiempo a pesar de los cambios. Por consiguiente, en el Self diádico esta función le da a la díada la noción de quién es la pareja, a dónde se dirigen, cómo quieren ser (Ideal de Self), conformando una noción de "nosotros". Esto da una "personalidad" a la relación, un modo de ser en el mundo relativamente estable. "Características diádicas idiosincráticas", es la frase que resume la identidad diádica.

Por el lado individual, Opazo (2017) argumenta que esta función refleja la identidad de un sujeto que se va "transformando", a través de las *distintas experiencias de vida*. Es necesario reconocer que una relación de pareja es, indudablemente, una *experiencia de vida*, en el sentido de que se reconoce como un "hito" o un "momento" particular. Esto no quiere decir que todas las relaciones de pareja -formales o informales, fructuosas e infructuosas- sean particularmente significadas como relevantes, sin embargo, son experiencias que suceden a lo largo de la vida de una persona, como lo son así todos los otros aspectos de la vida de una persona. Así como la pareja se va "transformando", el individuo se iría "transformando" de igual manera según experiencias que sucedan en torno a la relación de pareja.

Experiencias particularmente significativas ocurridas en relación a una pareja -como infidelidades, violencia, matrimonio, viajes, hobbies compartidos, tipo de comunicación, entre otros- podrían moldear la forma en que los distintos individuos se perciben a sí mismos, e incluso la visión que tienen de quiénes les gustaría ser en el futuro, siendo estas empujadas por las experiencias en situación de pareja. Esta percepción de sí mismos, y del ideal de sí, pueden por supuesto ser influenciadas de forma negativa por vivencias dañinas o perjudiciales, o por relaciones de pareja conflictivas o infructuosas; de la misma manera que experiencias positivas, relaciones fructuosas, y vivencias placenteras, podrían favorecer un mejor desarrollo de la identidad, y marcar nortes de desarrollo desde un ideal del Self motivado por estas experiencias positivas.

→ Autoorganización

La función de ***"Autoorganización"*** en el EIS, recordemos, alude a la capacidad que tiene las personas de "reorganizarse" luego de una experiencia que generar excesivos desbalances emocionales y/o nos quedamos "pegados" en alteraciones emocionales "post experiencias (experiencias desorganizadoras).

En cuanto a ***"Autoorganización Diádica"***, vemos que las parejas presentan diferencias en el afrontamiento y superación de demandas adaptativas, así como en el grado de desorganización, el esfuerzo y tiempo requerido para rearmarse ante estas demandas. La autoorganización diádica, entonces, hace referencia a la capacidad que tiene la pareja para enfrentar y superar de manera fortalecida las diferentes demandas adaptativas de la vida, en general y en particular las demandas de la vida en pareja (etapas de la vida familiar, crisis vitales, experiencias traumáticas, estresores, etc.); esta función de resume en el afrontamiento y superación de demandas adaptativas.

Desde una perspectiva sistémica, sabemos que distintas partes del sistema general pueden generar movimientos reguladores para favorecer -o perjudicar- la regulación y rearmado ante eventos desorganizantes. En continuación con esto, la pareja puede hacer uso de *mecanismos de regulación homeostáticos* destinados a mantener estable a la pareja, compensando los cambios en su entorno; una forma de equilibrio dinámico en la que la pareja va generando acuerdos conductuales a lo largo de su interacción, hasta llegar a un patrón más o menos estable de intercambios.

Es en este punto, que resalta a la vista que una relación de pareja podría ser un lugar de aprendizaje de nuevos mecanismos de regulación, en más de un sentido. Esta nueva "caja de herramientas" no sólo aportaría en la autorregulación y autoorganización diádica de la pareja, sino que a nivel de paradigma sistémico y ambiental-conductual, bajo la lógica de ampliar el repertorio conductual del individuo a la hora de lidiar con problemáticas interpersonales. En otras palabras, la dinámica de la relación de pareja puede ser un terreno de cultivo de habilidades intrapersonales e interpersonales; un "campo de entrenamiento" seguro en el que se desarrollen mecanismos de autorregulación.

Esto último no implica que el otro significativo "tenga" que lidiar con el -potencialmente- pobre desarrollo de la función de autoorganización, sino que hace referencia a que con la regulación interpersonal puede ser un empuje inicial para que la persona explore, descubra, y desarrolle mecanismos de autorregulación individuales; la pareja como apoyo social (Markey, Markey, & Gray, 2007; Marroquín, 2011; Cotter, & Kerschner, 2018). No está de más recordar que, como vimos anteriormente, la literatura evidencia claramente que existe una relación entre mayor conflictividad en la pareja y mayor presencia de afectos depresivos, y por consiguiente, volver a resaltar que una relación de pareja puede ser un elemento que favorezca positivamente el rearmado ante la desorganización, o por el contrario la provoque, viéndose el conflicto en la relación y los afectos constantemente influenciándose mutuamente, a modo de *causalidad circular*, de círculo vicioso.

Para ponerlo en palabras simples, la influencia de una pareja en concepto de la función de autoorganización podría presentarse como un espacio seguro y nutritivo en el cual descubrir formas de autorregularse propias, o por caso opuesto ser el campo de batalla que propicie la desorganización y perjudique la capacidad de adaptarse. Claramente es preciso poder potenciar y favorecer la primera opción por sobre la segunda.

→ Búsqueda de Sentido

En la función "***Búsqueda de Sentido***" se observa cuál es el sistema de creencias (religiosas o no) del paciente mismo sobre temas como la vida y la muerte, el destino, la existencia, la libertad, entre otras temáticas relevantes, para así irse encontrando con un sentido de vida propio que le permite el ir estableciéndose Nortes a los cuales dirigirse, parámetros a respetar, y caminos a transitar. En la perspectiva diádica, son aquellas metas y proyecciones -conscientes o inconscientes-, basadas en la concepción de pareja de cada uno de los miembros (características y objetivos esenciales) y cómo se conjugan entre sí a nivel pareja. Tales metas y/o proyecciones determinarían los cursos de acción a seguir, y se encontrarían en la base de la interacción diádica: la búsqueda de sentido diádico refiere a metas y proyecciones compartidas, "propias" de la pareja como pareja. En otras palabras, a nivel individual la búsqueda de sentido refiere a qué aspectos de la vida, y de mí en esta me otorgan un "sentido", "propósito", y/o "razón" trascendentales, lo cual queda a criterio idiosincrático, es decir, extremadamente personal. A nivel diádico en la pareja, la búsqueda de sentido son los aspectos de la pareja presentes y futuros que a esta le otorgan un sentido, los valores, razones, aspectos, y motivos que a la pareja le dan una cierta razón de conformarse como tal: una pareja que se decida estar junta. Por consiguiente, es lógico mencionar que una pareja con deficiente sensación de sentido de sí misma, y pobre desarrollo de la búsqueda de sentido diádica, tenderá a dudar sobre la idea de estar juntos.

La conformación de una relación de pareja puede entonces influir en la función de búsqueda de sentido de varias formas. Por un lado, la relación de pareja en sí misma puede ser un valor, o un "norte" orientador como tal para el individuo; la búsqueda del sentido a través del desarrollo del amor en pareja y/o familia pueden ser aspectos que tengan mayor gravitación "trascendental" en el individuo.

Por esto, una primera influencia provendría nuevamente desde la dicotomía: en un individuo con historial de -y actual relación de- pareja positivo, saludable, y nutritivo, la función de búsqueda de sentido se verá potenciada, reafirmada, y elevada, pues sentirá que hay mayor sentido en su vida que manteniéndose soltero, reconociendo los aportes en su vida del establecimiento de una relación de pareja como la actualización de su potencialidad, como norte orientador que propicie caminos a seguir recorriendo, y brindando un sentido de "logro" trascendental; en palabras simples: sentirá que su vida es más "rica", y se sentirá más realizado. En caso contrario, es decir en un individuo con igual gravitación del aspecto pareja/familiar pero con historial y actual pareja negativa, perjudicial, y empobrecedor, vería su función de búsqueda de sentido interpelada desde el *sinsentido*, el fracaso, el sinrazón y por ende interfiriendo en el funcionamiento de esta función particular.

Una segunda posible influencia de una relación de pareja para con la función de búsqueda de sentido, refiere a cómo la dinámica misma de la relación de pareja moderaría el desarrollo y sensación de logro de un sentido de vida como agente externo. Esto quiere decir que un otro significativo -la pareja- puede operar como apoyo social

extremadamente relevante a la hora de aportar y ayudar al individuo a concretar sus metas trascendentales, guiar en el recorrido hacia aquellos caminos de sentido. Bajo esta mirada, una relación de pareja puede influir en mayor o menor medida al individuo a desarrollar su función de búsqueda de sentido en la medida que apoye las metas y proyecciones de la misma cuando *no* refieren a aspectos de pareja. Esto es en materia de aceptar los elementos que le den sentido al individuo en concepto de desarrollo personal, laboral, espiritual, familiar -para con otros integrantes familiares-, religioso, etc. Nuevamente, en caso contrario y recordando elementos sistémicos, una pobre relación de pareja, en donde el otro significativo rechace o invalide los elementos de sentido de la pareja, podría generar interferencia y sensación de estancamiento o retroceso en la concreción del sentido de vida del individuo.

→ Conducción de Vida

Por último, la función de "***Conducción de Vida"*** conecta con el "desarrollo personal" ya que involucra la capacidad de "conducir" la vida propia, es decir, poder establecer metas realistas que nos lleve a un estado de "mejoría" a lo largo de la vida y llevarlas a cabo sin pasar a llevar a otros. Esta función conlleva a la persona a tener que conocerse a sí mismo en términos de motivaciones, de fortalezas y debilidades y de nuestras necesidades del momento.

> Conducir, en un sentido genérico, involucra echar a andar, observar, respetar regulaciones, acelerar, frenar, doblar, llevar "lo conducido"… hacia aquellos objetivos o lugares que el conductor desea alcanzar. Conducir la propia vida, involucra algo análogo a lo señalado; e involucra irla llevando hacia las metas que la persona se va fijando. Estas metas, a su vez, pueden ser más "macro" o más "micro", más "abstractas" o más "concretas", más "cotidianas" o más "existenciales"… (Opazo, 2017. p. 972).

A nivel diádico, vemos que en las parejas existen regulaciones y normas que delimitan la interacción entre los miembros, ya sea elicitando o inhibiendo interacciones, conductas, cogniciones y/o afectos en la díada. En este punto es que son especialmente importantes los niveles de consciencia y compromiso con el cuidado y desarrollo de la pareja. En este aspecto, podemos reconocer claramente que tanto la función individual como diádica de conducción de vida están muy unidas con las otras funciones del Self en la medida que es la postura en práctica de las actualizaciones de los ideales y propósitos de las demás. En palabras de Opazo (2017), "un adecuado operar de cada función del sistema SELF, constituye una especie de prerrequisito… para un buen operar de la conducción de vida" (p. 974).

Esto aplica a nivel individual, como a nivel pareja: en la *toma de consciencia*, si conozco/conocemos bien a sí mismos y el entorno, habrá mejor conducción. Con la *significación*, un adecuado "análisis de la realidad" traerá mejor eco emocional, lo que facilitaría la funcionalidad de los significados, mejor satisfacción de necesidades, y eventualmente, mejor conducción de vida. En la *identidad*, un mejor conocimiento del "quién soy/somos" ayuda a definir mejor el hacia dónde "quiero/queremos llegar", enriqueciendo las opciones de conducción. En torno a la *autoorganización*, un mal rearmado posterior a la desorganización dificulta la puesta en acción de la conducción de vida, un mejor rearmado disminuiría la interferencia.

Por último, en cuanto al *sentido*, los grandes objetivos, metas y sentidos trascendentales que le dan -valga la redundancia- "sentido" a la propia vida/pareja son aquellos que la conducción de vida irá -o no- logrando.

Si tomamos la perspectiva individual, entendemos entonces que la influencia de una relación de pareja, en cuanto a la conducción de vida, no sólo impactaría a nivel función, sino también a nivel sistema SELF. Siguiendo la metáfora de la conducción del auto, si en una relación de pareja el Self diádico de conducción de vida sería la imagen de un auto con dos volantes, en cuanto al Self individual la imagen es la de un otro significativo que actúa como el copiloto a quien podemos consultar por indicaciones, que nos ayuda en la toma de decisiones si los caminos o lugares están cerrado, y que por sobre todo nos acompaña durante el trayecto, todo lo cual sucede siendo nosotros el piloto quien lleva las manos en el volante. Saliendo de la metáfora, esto se traduce en que una relación de pareja podría impactar en la función de conducción de vida en la medida que el "copiloto" nos puede ayudar a hacer el trayecto más fácil o más difícil, como además de más placentero o desagradable.

En concreto, la relación de pareja puede ser un factor que favorezca o menoscabe que el individuo satisfaga sus necesidades, que mantenga consistencia con respecto a sus metas, que se desarrolle como persona, etc.

CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

La propuesta de comprensión sobre cómo la relación de pareja influencia el sistema SELF y sus funciones mantiene ciertas cualidades recurrentes al describirse detalladamente según función. En particular, podemos apreciar que las funciones diádicas del Self brindan luces sobre cómo podríamos interpretar la mantención de una relación de pareja en un individuo desde elementos interpersonales y dinámicos, especialmente al revisar las conceptualizaciones de las funciones individuales bajo la relación de estas para con sus símiles diádicas.

En segundo lugar, pareciera ser que una lógica común a todas las funciones es la influencia de una relación de pareja desde un elemento que genera crecimiento, versus uno que empobrece. Aquí es cuando recordamos varios conceptos del modelo EIS, si entendemos que una relación de pareja podría funcionar bajo una lógica de *potenciación interaccional* versus *despotenciación interaccional;* o de *ambiente salutogénico* versus *ambiente patogénico*. Pareciera entonces aparecer a la luz la existencia de al menos dos "tipos de relación" o "dinámicas de la relación": Por un lado una relación que se caracterizaría por beneficiar la amplitud de las alternativas, calidad, y concreción de aspectos de desarrollo de las funciones individuales del Self. Por otro, una relación que propicia una cierta reducción de las alternativas, calidad, y concreción de aspectos de desarrollo de las funciones individuales del Self.

En cualquier caso, este artículo busca dar una primera aproximación teórico-clínica acerca de la relación entre un establecimiento de una relación de pareja en la vida de un individuo, intentando esclarecer y dar ideas de cómo concretamente las seis funciones del sistema SELF del modelo Integrativo Supraparadigmático podrían verse influenciadas por la relación.

Un segundo elemento relevante para mencionar es la notoria importancia del concepto de *diferenciación*, definida como la "capacidad de gestionar las emociones, alcanzar autonomía e independencia (…), mantener el criterio personal en medio de una relación interpersonal que, a su vez, son elementos que pueden asociarse con la estabilidad de las relaciones de pareja" (Cabrera, Herrera Calle, & Serrato Vásquez, 2019. p.69). Los autores refieren además que:

> La tendencia al sobre involucramiento favorecido por un débil sentido de sí mismo, contribuye al establecimiento de relaciones dependientes, en las que las parejas se comportan de manera demandante. Tal dependencia llevada a los extremos conduce a que la persona tenga problemas emocionales y de relación con los demás (Vargas & Ibáñez, 2008). Estos mismos autores consideran que un individuo bien diferenciado es quien es capaz de sostener relaciones emocionales significativas sin quedar atrapado por la relación, las personas diferenciadas tienden a establecer relaciones menos conflictivas, más satisfactorias y estables. (p. 69)

En otras palabras, es importante siempre tener en consideración el nivel de diferenciación de los individuos en la pareja, pues en una pareja indiferenciada -fusionada- claramente se verán influidas las funciones del Self de ambos integrantes, siendo estás influencias negativas como empobrecedoras del desarrollo autónomo del Self. Recordando lo anterior, dejaríamos de tener tres "Self" diferenciados -ambos individuos y el diádico- producto de la fusión e indiferenciación de los integrantes de la relación.

A nivel de sugerencias y propuestas futuras, la primera y más lógica es poner en práctica los postulados aquí puestos, en función de poner a prueba y obtener evidencia concreta de cómo por un lado el clínico considera que las funciones del Self de un individuo se ven influenciadas por el establecimiento de relaciones de pareja, como además la propia perspectiva de los distintos integrantes de la relación, y si estos reconocen aspectos relevantes producto de la interacción. Una siguiente aproximación pareciera ser desde la metodología cualitativa, a fin de reconocer desde los mismos individuos las áreas, mecanismos, y nivel de impacto de las relaciones de pareja en su vida, y su sistema SELF, todo lo cual podría aportar con nuevas evidencias concretas acerca de qué tan acertados -o alejados- está el análisis aquí realizado. Por supuesto, un análisis cuantitativo ocurriría en la medida que tengamos mayor claridad sobre estos mecanismos.

Para finalizar, algunas temáticas que no fueron abordadas acá, pero que serían claramente relevantes de estudiar son, por un lado la posibilidad de "influencias remanentes" de Self diádicos en el Self individual, es decir, el impacto del *historial* de relaciones de pareja para con el sistema Self, además de las funciones de este. Por otro lado, surge la duda de cómo diferentes momentos de la relación -coqueteo, inicio formal, estabilidad, término de la relación, posterior al término, entre otras posibles conceptualizaciones como la de eventos adversos y otros eventos relevantes- podrían influenciar de manera diferente al individuo, particularmente bajo la lógica aquí revisada de aportes -o "desaportes"- al desarrollo de las seis funciones del Self.

REFERENCIAS

Aalsma, M. C., Carpentier, M. Y., Azzouz, F., & Fortenberry, J. D. (2012). Longitudinal effects

of health-harming and health-protective behaviors within adolescent romantic dyads. *Social Science & Medicine*, *74*(9), 1444–1451. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.01.014

Amengual, M. (2020). Tú y ¿yo?: Importancia de la sexualidad, intimidad y las relaciones de pareja en la construcción del self en adolescentes y adultos jóvenes. Una revisión bibliográfica. *Actualizaciones en Psicoterapia Integrativa (AcPI), XI*, 129-139. https://icpsi.cl/wp-content/uploads/2020/07/AcPI-Vol-XI-2020.pdf

Aron, A., Fisher, H. E., & Strong, G. (2006). Romantic Love. *The Cambridge Handbook of Personal Relationships*, 595–614. https://doi.org/10.1017/cbo9780511606632.033

Arraño Muñoz, M. (2014). Evaluación del constructo de la Personalidad Eficaz enriquecido con el Modelo Integrativo Supraparadigmático en población adolescente entre 14 y 18 años. Tesis doctoral. *Oviedo: Repositorio Institucional.* Universidad de Oviedo.

Bagladi, V. (2009). Una aproximación clínica al bienestar humano. *Actualizaciones en Psicoterapia Integrativa (AcPI), I,* 20-58. https://www.icpsi.cl/publicaciones/acpi/

Bagladi, V. (2010). Material de clase: Enfoque Integrativo Supraparadigmático y Psicoterapia de Pareja. ICPSI. Santiago, Chile.

Barría, J. (2014). El Hombre agresor de su pareja: Un actor desconocido. Aproximación a un Modelo Teórico de Tipologías de hombres Maltratadores. *Actualizaciones en Psicoterapia Integrativa (AcPI), VI,* 61-82. https://icpsi.cl/wp-content/uploads/2014/12/AcPI-2014.pdf

Bejer Tajmuch, T. (2015). Características del Self en Pacientes con Trastorno Obsesivo compulsivo: una aproximación desde Enfoque Integrativo Supraparadigmático. *Summa Psicológica*, *12*(1), 111–120. https://doi.org/10.18774/448x.2015.12.239

Braithwaite, S., & Holt-Lunstad, J. (2017). Romantic relationships and mental health. *Current Opinion in Psychology*, *13*, 120–125. https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2016.04.001

Braithwaite, S., Delevi, R., & Fincham, F. (2010). Romantic relationships and the physical and mental health of college students. *Personal Relationships*, *17*(1), 1–12. https://doi.org/10.1111/j.1475-6811.2010.01248.x

Cabrera, V. E., Herrera Calle, L. E., & Serrato Vásquez, C. (2019). Importancia de la Diferenciación de Sí Mismo y el Ajuste Diádico en la Explicación de la Estabilidad Marital. *Revista Colombiana de Psicología*, *28*(1), 65–80. https://doi.org/10.15446/rcp.v28n1.67705

Cardemil, A. (2010). Factores parentales que potencian el desarrollo de la autorregulación en preescolares. *Actualizaciones en Psicoterapia Integrativa (AcPI), II*, 7-26. https://icpsi.cl/wp-content/uploads/2013/11/rev_acpi_2010.pdf

Chalup, M. (2018). Amortopoyesis: hacia un amor evolucionado. *Actualizaciones en Psicoterapia Integrativa (AcPI), X*, 121-132. https://icpsi.cl/wp-content/uploads/2019/04/AcPI-2018.pdf

Chen, S. (2015). A Latent Profile Analysis of Romantic Relationship Quality and Its Associations with Personality, Partner Support, and Psychological Well-Being. *Electronic Thesis and Dissertation Repository*. 2977. https://ir.lib.uwo.ca/etd/2977

Cotter, K. A., & Kerschner, B. J. (2018). Personality and health: Impacts of romantic relationship characteristics. *Personality and Individual Differences*, *120*, 40–46. https://doi.org/10.1016/j.paid.2017.08.023

Cramer, D. (2003). Acceptance and Need for Approval as Moderators of Self-Esteem and Satisfaction with a Romantic Relationship or Closest Friendship. *The Journal of Psychology*, *137*(5), 495–505. https://doi.org/10.1080/00223980309600631

DeHart, T., Tennen, H., Armeli, S., Todd, M., & Affleck, G. (2008). Drinking to regulate negative romantic relationship interactions: The moderating role of self-esteem. *Journal of Experimental Social Psychology*, *44*(3), 527–538. https://doi.org/10.1016/j.jesp.2007.10.001

Díaz, N. (2010). Aportes desde el EIS a la Educación de Sordos en Chile. *Actualizaciones en Psicoterapia Integrativa (AcPI), II*, 53-72. https://icpsi.cl/wp-content/uploads/2013/11/rev_acpi_2010.pdf

Farooqi, S. R. (2014). The Construct of Relationship Quality. *Journal of Relationships Research*, *5*. https://doi.org/10.1017/jrr.2014.2\

Fuentes, C. (2015). Sentido de Vida para la población Bipolar: Consideraciones clínicas. *Actualizaciones en Psicoterapia Integrativa (AcPI), VII*, 95-63. https://icpsi.cl/wp-content/uploads/2016/01/AcPI-20151.pdf

Gaba, M. (2015). Aportes de la Perspectiva de Género al Enfoque Integrativo Supraparadigmático. *Actualizaciones en Psicoterapia Integrativa (AcPI), VII*, 27-63. https://icpsi.cl/wp-content/uploads/2016/01/AcPI-20151.pdf

Gloffka, G (2010). El niño con autismo: Rehabilitación integral desde una mirada integrativa. *Actualizaciones en Psicoterapia Integrativa (AcPI), II*, 89-119. https://icpsi.cl/wp-content/uploads/2013/11/rev_acpi_2010.pdf

Gomes De Barros, T. (2013). La función de identidad en mujeres víctimas de violencia intrafamiliar, un análisis desde el enfoque integrativo supraparadigmático. [Tesis de Maestría en Psicología Clínica mención Psicoterapia Integrativa]. Universidad Andina Simón Bolívar.

Gottman, J., & Gottman, J. (2017). The Natural Principles of Love. *Journal of Family Theory & Review*, *9*(1), 7–26. https://doi.org/10.1111/jftr.12182

Guajardo, J. (2011). Las Autolesiones en Adolescentes: Análisis desde el E.I.S. *Actualizaciones en Psicoterapia Integrativa (AcPI), III*, 107-130. https://icpsi.cl/wp-content/uploads/2013/11/rev_acpi_2011.pdf

Hautzinger, M., Linden, M., & Hoffman, N. (1982). Distressed couples with and without a depressed partner: An analysis of their verbal interaction. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *13*(4), 307–314. https://doi.org/10.1016/0005-7916(82)90075-1

Hegi, K. E., & Bergner, R. M. (2010). What is love? An empirically-based essentialist account. *Journal of Social and Personal Relationships*, *27*(5), 620–636. https://doi.org/10.1177/0265407510369605

Hendrick, C., & Hendrick, S. S. (2018). Styles of Romantic Love. *The New Psychology of Love*, 223–239. https://doi.org/10.1017/9781108658225.012

Hohl, D. H., Schultze, M., Keller, J., Heuse, S., Luszczynska, A., & Knoll, N. (2019). Inter-Relations between Partner-Provided Support and Self-Efficacy: A Dyadic Longitudinal Analysis. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, *11*(3), 522–542. https://doi.org/10.1111/aphw.12166

Jacobson, N. S., Christensen, A., Prince, S. E., Cordova, J., & Eldridge, K. (2000). Integrative behavioral couple therapy: An acceptance-based, promising new treatment for couple discord. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *68*(2), 351–355. https://doi.org/10.1037/0022-006x.68.2.351

Jaque, C. (2011). Mindfulness y Psicoterapia Integrativa. *Actualizaciones en Psicoterapia Integrativa (AcPI), III*, 55-67. https://icpsi.cl/wp-content/uploads/2013/11/rev_acpi_2011.pdf

Knee, C. R., Canevello, A., Bush, A. L., & Cook, A. (2008). Relationship-contingent self-esteem and the ups and downs of romantic relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, *95*(3), 608–627. https://doi.org/10.1037/0022-3514.95.3.608

Knee, C. R., Hadden, B. W., Porter, B., & Rodriguez, L. M. (2013). Self-Determination Theory and Romantic Relationship Processes. *Personality and Social Psychology Review*, *17*(4), 307–324. https://doi.org/10.1177/1088868313498000

Lal, A., & Bartle-Haring, S. (2011). Relationship Among Differentiation of Self, Relationship Satisfaction, Partner Support, and Depression in Patients With Chronic Lung Disease and Their Partners. *Journal of Marital and Family Therapy*, *37*(2), 169–181. https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2009.00167.x

Lara, V. (2013). Trastorno Bipolar Y pareja: El efecto del Trastorno Bipolar en la pareja, un estudio exploratorio desde el Enfoque Integrativo Supraparadigmático *Actualizaciones en*

Psicoterapia Integrativa (AcPI), V 142-153. https://icpsi.cl/wp-content/uploads/2014/08/AcPI-2013.pdf

Levin, B. & Soto, J. (2011). Trastorno de la Conducta Alimentaria en adolescentes desde el E.I.S.: Paradigma Sistémico, Conceptos Movilizadores y Sistema SELF. *Actualizaciones en Psicoterapia Integrativa (AcPI), III*, 68-92. https://icpsi.cl/wp-content/uploads/2013/11/rev_acpi_2011.pdf

López, M. (2011). Terapia Grupal en Depresión: una mirada Integrativa. *Actualizaciones en Psicoterapia Integrativa (AcPI), III*, 27-54. https://icpsi.cl/wp-content/uploads/2013/11/rev_acpi_2011.pdf

Mackinnon, S. P., Sherry, S. B., Antony, M. M., Stewart, S. H., Sherry, D. L., & Hartling, N. (2012). Caught in a bad romance: Perfectionism, conflict, and depression in romantic relationships. *Journal of Family Psychology*, *26*(2), 215– 225. https://doi.org/10.1037/a0027402

Markey, C. N., Markey, P. M., & Gray, H. F. (2007). Romantic Relationships and Health: An Examination of Individuals' Perceptions of their Romantic Partners' Influences on their Health. *Sex Roles*, *57*(5–6), 435–445. https://doi.org/10.1007/s11199-007-9266-5

Marroquín, B. (2011). Interpersonal emotion regulation as a mechanism of social support in depression. *Clinical Psychology Review*, *31*(8), 1276–1290. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.09.005

Mirsu-Paun, A., & Oliver, J. A. (2017). How Much Does Love Really Hurt? A Meta-Analysis of the Association Between Romantic Relationship Quality, Breakups and Mental Health Outcomes in Adolescents and Young Adults. *Journal of Relationships Research*, *8*. https://doi.org/10.1017/jrr.2017.6

Oberreuter, M. (2015). Características Psicológicas de Parejas en Situación de Infidelidad desde El Enfoque Integrativo Supraparadigmático. *Actualizaciones en Psicoterapia Integrativa (AcPI), VII,* 109-122. https://icpsi.cl/wp-content/uploads/2016/01/AcPI-20151.pdf

Opazo, R., & Bagladi, V. (2008). Integrative psychotherapy: From Chile with love. *Journal of Psychotherapy Integration*, *18*(1), 126–135. https://doi.org/10.1037/1053-0479.18.1.126

Opazo, R. (2017). *Psicoterapia Integrativa EIS (Spanish Edition)*. Pehoé Ediciones.

Overall, N. C., Fletcher, G. J. O., & Simpson, J. A. (2010). Helping Each Other Grow: Romantic Partner Support, Self-Improvement, and Relationship Quality. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *36*(11), 1496–1513. https://doi.org/10.1177/0146167210383045

Palacios, J. (2018). Función del EIS Búsqueda de Sentido en muestra clínica: pacientes del centro de atención psicológica CONPER. *Actualizaciones en Psicoterapia Integrativa (AcPI), X*, 134-144. https://icpsi.cl/wp-content/uploads/2019/04/AcPI-2018.pdf

Ramírez, R. (2016). Nuevas Masculinidades y Violencia De Género. *Actualizaciones en Psicoterapia Integrativa (AcPI), VIII*, 136-144. https://icpsi.cl/wp-content/uploads/2017/01/AcPI_2016.pdf

Roberson, P., Norona, J., Lenger, K., & Olmstead, S. (2018). How do Relationship Stability and Quality Affect Wellbeing?: Romantic Relationship Trajectories, Depressive Symptoms, and Life Satisfaction across 30 Years. *Journal of Child and Family Studies*, *27*(7), 2171–2184. https://doi.org/10.1007/s10826-018-1052-1

Serrano, M. (2010). Abuso Sexual Infantil: Un rostro que nadie quisiera ver y menos vivir. *Actualizaciones en Psicoterapia Integrativa (AcPI), II*, 120-141. https://icpsi.cl/wp-content/uploads/2013/11/rev_acpi_2010.pdf

Simpson, J., & Campbell, L. (Eds.). (2013). The Oxford Handbook of Close Relationships. *The Oxford Handbook Of Close Relationships*. Published. https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780195398694.001.0001

Schuppert, F. (2013). Distinguishing basic needs and fundamental interests. *Critical Review of International Social and Political Philosophy*, *16*(1), 24–44. https://doi.org/10.1080/13698230.2011.583532

Soler, G. (2015). Una Dimensión Evolutiva En el Contexto del Enfoque Integrativo Supraparadigmático. *Actualizaciones en Psicoterapia Integrativa (AcPI), VII*, 64-85. https://icpsi.cl/wp-content/uploads/2016/01/AcPI-20151.pdf

Soller, B. (2014). Caught in a Bad Romance. *Journal of Health and Social Behavior*, *55*(1), 56–72. https://doi.org/10.1177/0022146513520432

Sternberg, R. (1988). *The triangle of love: intimacy, passion, commitment.* New York: Basic Books.

Torres, A. (2010). Análisis de la Violencia Conyugal en Bolivia desde el Supraparadigma Integrativo. *Actualizaciones en Psicoterapia Integrativa (AcPI), II*, 73-88. https://icpsi.cl/wp-content/uploads/2013/11/rev_acpi_2010.pdf

VanderDrift, L., Lewandowski, G., & Agnew, C. (2010). Reduced self- expansion in current romance and interest in relationship alternatives. *Journal of Social and Personal Relationships*, *28*(3), 356–373. https://doi.org/10.1177/0265407510382321

Vargas-Trujillo, E. (2007). *Sexualidad. . . mucho más que sexo: Una guía para mantener una sexualidad saludable (Spanish Edition)*. Ediciones Uniandes.

Vargas, J., & Ibáñez, E. (2008). La diferenciación como un modelo para el análisis de las relaciones de pareja. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, *11*(1), 102–115. https://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol11num1/vol11No1Art6.pdf

Viejo, C., Ortega-Ruiz, R., & Sánchez, V. (2015). Adolescent love and well-being: the role of dating relationships for psychological adjustment. *Journal of Youth Studies*, *18*(9), 1219–1236. https://doi.org/10.1080/13676261.2015.1039967

AcPI
Actualizaciones en Psicoterapia Integrativa
Vol. XIV, 2022

Psicoterapia para deportistas desde el EIS: Un Análisis desde el Paradigma Biológico del Supraparadigma Integrativo en el Rendimiento Deportivo.

Diego Pelizzola A.*

Abstract:

Sports psychology is one of the most contemporary branches of this discipline dedicated to the study, understanding, analysis and intervention of those psychological factors that affect sports performance in professional and amateur athletes of high performance. As a result of this approach of psychology towards the field of sport, the visibility of different mental disorders that can develop in the athlete and concerns about being optimally performing arises, arising the need for a clinical intervention in the athlete. The inclusion ofthe Supraparadigmatic Integrative Approach (SIA) is proposed in the present work as a new approach for conducting psychotherapy for athletes who consider sports performancefactors from the biological paradigm.

Keywords: Sports psychology, EIS, high performance, clinical psychology for athletes.

Resumen:

La psicología deportiva es una de las ramas más contemporánea de esta disciplina dedicadas al estudio, comprensión, análisis e intervención de aquellos factores psicológicos que inciden en el rendimiento deportivo en atletas profesionales y amateursdel alto rendimiento. A raíz de esta aproximación de la psicología hacia el campo del deporte es que surge la visibilización de distintos trastornos mentales que pueden desarrollarse en el deportista y preocupaciones en torno al estar rindiendo óptimamente, surgiendo la necesidad de una intervención clínica en el deportista. Se propone en el presente trabajo la inclusión del Enfoque Integrativo Supraparadigmático (EIS) como un nuevo abordaje para la realización de la psicoterapia para deportistas que considere factores del rendimiento deportivo desde el paradigma biológico.

Palabras claves: Psicología deportiva, EIS, alto rendimiento, psicología clínica paradeportistas

INTRODUCCIÓN

Definiendo la Psicología Deportiva

Si bien, no existe consenso acerca de cuáles son las variables clave en su consecución, sí se conocen algunos factores que inciden en el éxito, como el apoyo técnico al deportista, su preparación física, su formación táctica, el seguimiento y control médico, fisiológico y nutricional, así como el componente psicológico.

Por ello, además de prestar atención a las primeras, es necesario conocer con mayor precisión la influencia de las variables psicológicas en la consecución de dicho éxito. En este contexto, el rol del psicólogo cobra especial relevancia durante la formación de los deportistas,ya que en esta etapa el aprendizaje resulta más efectivo y se puede trabajar con mayores plazos de tiempo (Ferraro,1993).

Ante la necesidad de investigar aquellos factores psicológicos que inciden en el rendimiento deportivo es que surge la psicología deportiva que puede considerarse una rama relativamente joven dentro de la historia de la psicología realmente el deporte y la psicología guardan una relación de unión desde más de un siglo, en concreto desdeel siglo XIX (Pérez & Estrada, 2015). Y porlo tanto han

* Ps. Pontificia Universidad Católica de Chile
ps.diegopelizzolaa@gmail.com

surgido múltiples definiciones.

La Psicología deportiva a lo largo del tiempo a presentando variadas definiciones como: *"es el estudio científico de las personas y su conducta en el contexto del deporte y la actividadfísica", la cual apunta a dos objetivos principales*:

- *Aprender el modo en que los factores psicológicos afectan alrendimiento físico de los individuos.*
- *La comprensión de la forma en que la participación en el deportey la actividad física afecta al desarrollo, la salud y el bienestar personal. (Núñez, 2005)*

Por otro lado, se encuentra definiciones más clásicas como la que aportan (Eklund),1991 y Straub (1986) "ciencia dedicada a estudiar, como, porque y bajo qué condiciones los deportistas, los entrenadores, etc., se comportan en el modo que lo hacen, así como también investigar la mutua influencia entre actividad física, el bienestar psicológico, la salud y el desarrollo personal". Es necesario aclarar y especificar que la psicología del deporte "NO" solo se encarga de estudiar el comportamiento del deportista durante los entrenamientos y/o durante la competencia; también se encarga de estudiar todos los aspectos que están vinculados y relacionados con el deportista: el entrenador, la familia, el medio ambiente, el deporte, la directiva, etc. Todos los factores que afectan de algún modo al deportista. (Jiménez & León, 2015)

Por otro lado, la Asociación de PsicólogosAmericanos (APA), aporta con su propia definición: la psicología del deporte y de la actividad física es el estudio científico de los factores psicológicos que están asociados con la participación y el rendimiento en el deporte, el ejercicio y otros tipos de actividad física. Esto incluye a niños, jóvenes, adultos y ancianos. Por consiguiente, la psicología de la actividad física y del deporte se encarga de estudiar los aspectos psicológicos durante la actividad física, sea está orientada al rendimiento o al bienestar físico y psicológico.

Y como complemento a estas encontramos la definición de Ruiz, Sánchez, Durán y Jiménez (2012) que menciona que la psicología deportiva busca mejorar el rendimiento de los atletas, elevar al máximo su potencial, noa través del área física, sino a través de la mente que está estrechamente relacionada con el aspecto funcional o físico.

El atleta de alto rendimiento y el rendimiento deportivo

Entenderemos deportistas de alto rendimiento como aquellos que tienen una alta práctica deliberada (aproximadamente, de 2 a 6 horas diariasy de 5 a 7 días a la semana en función del deporte) que dedican su vida a la actividad deportiva. Estas pueden ser clasificadas en deportista profesional (que vive económicamente de la prácticadeportiva), semiprofesional (que parcialmente vive económicamente de lapráctica deportiva) y el deporte base (jóvenes en etapa de desarrollo con proyección profesional). (Ruiz, Sánchez,Durán y Jiménez, 2006)

Así establecemos en este presente

trabajo que si bien, la psicología deportiva también envuelve al deporte y su correspondiente impacto en las personas como una práctica de bienestar en instancias no necesariamente enfocado en la competencia, se enfocará exclusivamente en deportistas de alto rendimiento.

Por otra parte, se entenderá como rendimiento deportivo *"una acción motriz, cuyas reglas las fija la institución deportiva y que permite al sujeto expresar sus potencialidades físicas y mentales. Por lo tanto, podemos hablar de rendimiento deportivo desde el momento en que la acción optimiza la relación entre las capacidades físicas de una persona y el ejercicio deportivo a realizar. Este rendimiento es el resultado de múltiples factores, que pueden ser individuales como el nivel de condición física, la coordinación neuromuscular, las capacidades y habilidades técnico- tácticas, factores morfológicos, estado de salud y personalidad; y factores externos,como la infraestructura, la dirección pedagógica, el equipo técnico, el clima, lavestimenta, la alimentación, el público,entre otros".* (Verdugo, 2015)

Temáticas trabajadas en la psicología deportiva

"Cuando un niño concurre a una prueba para jugar en la sección infantil de una gran entidad, desea hacerlo bien, pero nosabe cómo va a resultar. Comienza a pensar cómo lo hará. Si hay otros niños y otras personas observando, quiere quedar bien, porque no le gusta que hagan bromas a su costa si algo fallara. Cuando llegue el momento de actuar, piensa que igual falla algo que siempre le sale bien, pero que puede decir que no lo seleccionen. No solo días, sino semanas antes, ya está ocupado su pensamiento con lo que para él es una ocasión importante. La mente del niño que sueña con ser un seleccionado y llegar a ser un famoso deportista ha entrado en la prueba mucho antes que el cuerpo. Pero lo que pasa por la cabeza del niño ejemplifica lo que sucede a cualquier atleta adulto cada vez que tiene que actuar y algo importante está en juego. ¿Qué es todo esto sino psicológico?¿Puede evitarse lo psíquico en el deporte? No podemos desprendernos de nuestro cerebro, de nuestra inteligencia o de nuestros pensamientos cuando hacemos deporte o cualquier otra actividad humana." (Moreno, 2013)

Esta cita es un reflejo de la dinámica psicológica de un deportista antes de competir y uno de los tantos desafíos internos que pueden se pueden ir presentando a lo largo de la vida deportista cuyo campo de estudia corresponde a ser la psicología deportiva.

Las temáticas dentro de las cuales se trabajan generalmente y son campo de investigación e intervención en los psicólogos deportivos corresponden a ser procesos psicológicos específicos que pueden ser:

- La Motivación
- Ansiedad Pre competitiva
- Atención y concentración
- Personalidad y autoconfianza
- Liderazgo, comunicación ycohesión de grupos
- Lesiones deportivas
- Retiro de la carrera deportiva

La psicología del deporte aborda temas y conceptos que se comparten con otras ramas de la psicología tal como la psicología clínica, educacional, laboral, y otras.

Psicología Clínica del deporte

Los deportista pueden ir presentando trastornos mentales y preocupaciones excesivas en torno al rendir (cuyo campode estudio es más clínico) y que pueden ir asociados como respuestas a las demandas deportivas en el alto rendimiento (máxima exigencia, estricta disciplina deportiva, etc.), y la solución requiere conocer en profundidad el contexto en que se desenvuelve el paciente, evaluar si interfiere o no en su deporte y en su vida personal, y realizar una evaluación tanto desde la dimensiónpsicológica como en su dimensión deportiva (Ezquerro, 2002).

Esto se evidencia en una investigación por COVID 19 realizada en EEUU el 2020por parte de The University of North Texas Center of Sport Psychology and Performance Excellence. Se encuestarona 5858 atletas con la intención de conocer los malestares psicológicos que estaban pasando en ese momento, dentro de los cuales se pueden observar(***Figura 1***).

Figura 1.- Malestares psicológicos en deportistas de alto rendimiento

	Men	Women
Depression	16%	25%
Psychological Distress	5%	13%
Dissatisfied with Life	10%	14%
Sleep Disturbances	11%	20%
Risky Drinking	14%	15%
Disordered Eating	11%	29%
Body Dissatisfaction		
- Overall Body	29%	48%
- Leanness of body	34%	54%
- Muscularity of body	32%	49%
- Thinness of body	32%	55%
- Weight	28%	50%

Se encuentran problemas de depresión, estrés, insatisfacción con la vida, molestias para dormir, consumo problemático de alcohol (Risky Drinking), desórdenes alimenticios, insatisfacción del cuerpo propio (Insatisfacción general, con la delgadez, con la musculatura, con la finura y el peso.)

A su vez, el porcentaje de atletas que nunca ha consultado por ayuda por estos temas es del 85% en hombres y 67% en mujeres. El porcentaje en hombres que consultaron antes de la pandemia COVID 19 es de 10% y de mujeres el doble con 20% Y el porcentaje que piensa consultar posterior a la pandemia es de 3% en hombres y el 10% en mujeres (***Figura 2***).

Figura 2.- Intención de consulta psicológica en deportistas de alto rendimiento en pandemia por COVID

	Men	Women
No Counseling	85%	67%
Counseling Pre-COVID only	10%	20%
Counseling Post-COVID only	2%	3%
Counseling Pre & Post COVID	3%	10%

Por lo tanto, entre los problemas clínicos que se pueden observar en el ámbito deportivo son trastornos de la conducta alimentaria, del sueño, o del estado de ánimo y a su vez también se encuentran las conductas de evitación, vinculadas con ansiedad o miedo condicionado a estímulos externos o internos (cognitivos o somáticos), característicos de la actividad deportiva. (Gimeno &Ezquerro, 2006)

En función de lo expuesto anteriormente,es de extrema importancia que un psicólogo deportivo requiere de una formación en Psicología Clínica debido a su utilidad en el campo aplicado. De lo contrario, o en los casos que el psicólogo

no domine o conozca la temática, se recomienda derivar a otro profesional especializado (García-Naveira, 2010).

Enfoque Integrativo Supraparadigmático

Para la realización de este abordaje es que se requiere de un enfoque que observe al deportista de una forma holística e integrativa y que al mismo tiempo este basado en evidencia científica.

El Enfoque Integrativo Supraparadigmático (EIS) es una respuesta al panorama que ha venidopresentando la psicoterapia contemporánea, donde existe una divergencia y variedad de enfoques, estrategias clínicas, paradigmas etiológicos, hipótesis y datos de investigación, siendo muchos de ellos excluyentes entre sí. A esto se ha sumado una pobre precisión y rigurosidad en las investigaciones y en la aplicación de técnicas (Opazo, 2001).

El EIS por consecuencia de esta divergencia, emerge ante la búsqueda de un nuevo modelo integrativo que involucre una nueva lectura del panorama que exhiba la psicoterapia y los datos válidos del conocimiento que surgen a partir de un análisis crítico acerca de la calidad de las teorías existentes y la necesidad de síntesis del conocimiento en psicología para potenciar la comprensión de los sujetos. (Bagladi & Opazo, 2011).

Para ello, el EIS propone una comprensión del sujeto mismo bajo las influencias desde seis paradigmas explicativos del acontecer psicológico (biológico, ambiental/conductual, cognitivo, afectivo, inconsciente y sistémico), lo que lleva a considerar al sí mismo como una instancia integradora de las esferas del ser humano, un núcleoque organiza y coordina las funciones que una persona desarrolla a lo largo de su vida (Opazo, 2004). Este núcleo correspondería a ser el sistema Self quellama el EIS.

El EIS cuenta con un modelo gráfico que logra ilustrar la dinámica entre los paradigmas y el sistema Self que será descrito a continuación (***Figura 3 y 4***).

Figura 3.- Supraparadigma Integrativo

Figura 4.- Funciones del Sistema Self

En el EIS el paradigma biológico, hace alusión a todas aquellas características que ha propuesto la ciencia biológica respecto al estudio de la vida, la organización y las leyes genéticas del ser humano (Opazo,

2004) y como estas afectan la dinámica psicológica de una persona.

Es decir, cuando se hable del paradigma biológico en deportistas se estará hablando de una categorización de todos aquellos factores de origen biológico o genético presentes que van afectando al deportista tanto en su bienestar como rendimiento deportivo.

El paradigma cognitivo, guarda relación con la información y las estructuras cognitivas que surgen a partir de la interpretación de diversos estímulos (Opazo, 2001), los cuales construyen eventos cognitivos que participan en el procesamiento de la información recibida

desde los paradigmas explicativos del acontecer psicológico por medio del núcleo denominado Sistema Self.

Desde el paradigma cognitivo incluirá patrones de pensamiento (denominados estructuras cognitivas), sesgos, ideas irracionales, formas de interpretar las situaciones y aconteceres del mundo deportivo y personal en el deportista y como el deportista significa situaciones o escenarios.

El paradigma afectivo, incluye todas aquellas características energéticas de cada persona, sus motivaciones, emociones y sentimientos (Opazo, 2001). Este es uno de los paradigmas más cruciales para los deportistas debido a la gran cantidad de emociones intensas que van presentando a lo largo de sus carreras deportivas y como estas afectan su forma de percibir su ambiente, competencias, rivales incluso a ellos mismos. A su vez resulta de gran relevancia ahondar en este paradigma ya que se entrecruzan temas con la psicología deportiva misma como la motivación, siendo este un tema que el EIS también realiza un aporte a través de su propio acercamiento conceptual.

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

Es decir que son todas aquellas influencias sobre la dinámica psicológicade fuerzas situadas más allá del darse cuenta o de nuestro “awareness” que pueda tener una persona o en este caso el deportista como por ejemplo: Emociones no reconocidas en el deportista (Alexitimia), estado de flow, automatismos de patrones motores a través del entrenamiento deportivo, mecanismos de defensa que pueden aparecer por ejemplo en instancias de evaluación o competencias.

El quinto paradigma descrito corresponde al ambiental/conductual, el cual tiene directa relación con la dimensión sociocultural de un espacio determinado. Opazo (2004), refiere que considerar los elementos sociales y culturales admite comprender cómo en este paradigma aquellos elementos pueden influir aumentando o disminuyendo la posibilidad de que surjan cambios biológicos, cognitivos, afectivos, inconscientes, sistémicos, conductuales y ambientales.

Correspondería a ser todas aquellas influencias no genéticas provenientes del entorno físico, social y cultural que influyen en la dinámica psicológica de las personas a través de refuerzos, castigos uomisiones. A su vez estas pueden interferir, influir o

dañar la predisposición biológica de una persona.

En otras palabras, es entender que cosas provenientes del ambiente aumenta la posibilidad de cambio en la dinámica psicológica de una persona A grandes rasgos podemos catalogar en el deporte las influencias ambientales- conductuales principalmente las relaciones bilaterales que sostienen los deportistas con sus compañeros, la directiva o entrenadores. Influenciando al deportista en su motivación, sus aprendizajes, prácticas y formas de que el deportista se ve a sí mismo, al equipo y a los rivales.

Finalmente, el paradigma sistémico se sustenta en la idea de que las personas estamos insertos en un sistema de redes interpersonales en los cuales, es más que la suma de sus partes y se comporta de acuerdo a un patrón de causalidad circular. Es decir, como las conductas de un individuo influye en otros y su propia conducta puede verse influenciada por otros. Este sistema se compone de mecanismos que permiten el establecimiento y mantención de un objetivo en común para las partes de este sistema.

En el ámbito deportivo consideraremos que un sistema puede considerarse un club deportivo, un equipo de competidores, la familia del jugador.

Teniendo claridad de los paradigmas, entra en juego la instancia integradora de estos que correspondería a ser el Sistema Self que integra conocimientos propios, construye estímulos efectivos, y se construye en la medida en que cada experiencia lo modifica (Opazo, 2004).

De este núcleo integrador de las seis instancias explicativas del acontecer psicológico se desprenden seis funciones centrales:

- Identidad
- Búsqueda de sentido
- Toma de Consciencia
- Auto-organización
- Conducción de vida
- Significación Integral

La función de identidad es aquella dimensión en la cual cada persona configura un sentido de “mismidad”, es decir, se reconoce a sí misma a través del tiempo a pesar de los cambios físicos y psíquicos (Opazo, 2004). En otras palabras, esta función refleja la identidadpersonal de un sujeto que se va transformando, mediado por sus procesos de crecimiento y desarrollo personal a partir de las distintas experiencias de vida diferenciándose de otros involucrando la autoimagen, la autoestima y la autoeficacia.

En el EIS la autoimagen es predominantemente de carácter cognitivo (¿que pienso de mí? ¿Cómo soy?) y la autoestima de carácter afectivo (¿Cuánto me quiero? ¿Qué siento hacia mí?). Sin embargo, son dos conceptos que están mutuamente involucradas. Por otro lado, la autoeficacia hace referencia a la expectativa personal de cómo una persona cree que podrá desempeñarse en un área específica.

En la función “Búsqueda de Sentido” se observa cual es el sistema de creencias (religiosas o no) del paciente mismo sobre temas como la vida y la muerte, el destino, la existencia, la libertad para así, según

Opazo (2017), el sentido de vida permite el ir estableciendo Nortes a los cuales dirigirse, parámetros a respetar y caminos a transitar. El preguntar por quéel paciente hace lo que hace en su día a día.

La función "Toma de Consciencia" del sistema Self refiere a la capacidad que tiene la persona de "darse cuenta" de conductas, pensamientos, afectos, formas de significar sobre sí mismo y como estos lo van afectando en su día adía. Está ligado a la capacidad de hacer "insight" o de introspección.

La función de Auto-organización en el EIShace alusión a la capacidad que tiene las personas de "reorganizarse" luego de una experiencia que generar excesivos desbalances emocionales y/o nos quedamos "pegados" en alteraciones emocionales "post experiencias (experiencias desorganizadoras). Es decir que sea una persona que se recupera con prontitud de experiencias desorganizadoras y salga fortalecido de esta experiencia (resiliencia). En otras palabras: de adaptarse, de tolerar frustraciones, de regularse emocionalmente, manejar conflictos siempre manteniendo una estructura.

En quinto lugar, se encuentra la función Conducción de Vida. Esta función se conecta con el "desarrollo personal" porque involucra la capacidad de "conducir" la vida propia, es decir, poder establecer metas realistas que nos lleve a un estado de "mejoría" a lo largo de la vida y llevarlas a cabo sin pasar a llevar a otros. La Conducción de vida conlleva a lapersona a tener que conocerse a sí mismo en términos de motivaciones, de fortalezas y debilidades y de nuestras necesidades del momento.

Por último encontraremos la función de la significación integral que para el EIS es entendida como la función del Self encargada de interpretar las experiencias vivenciadas desde un punto de vista especifico. Esta función busca analizar como el paciente traduce sus propias experiencias, si es capaz de mirar lo que le pasa desde otras perspectivas siendo el principal motor de campo en el espacio psicoterapéutico.

Relevancia y objetivo de este trabajo

La competición se convierte así en una poderosa fuente de estrés: el atleta/deportista se ve sometido a una gran presión por rendir de modo óptimo, y le surgen dudas o temores de fracaso y de desaprobación o minusvaloración por otras personas por lo que la función del psicólogo clínico en el deporte es tratar los trastornos mentales que se puedan ir desarrollando o gatillando por la presióna rendir por el ambiente deportivo.

Entonces, es importante advertir de la necesidad de refuerzo o apoyo psicológico que podría subyacer, fruto delas exigencias del deporte de élite. De no evaluar regularmente estos aspectos y asistir al deportista a este nivel, su rendimiento podría verse mermado de forma abrupta, derivar en problemas del estado de ánimo como la depresión (Morgan et al., 1987), lesiones o incluso en abandono.

Cabe destacar que es de extrema relevancia que el psicólogo clínico al atender deportistas debe tener un manejo

adecuado de estas "variables invisibles" y entender de qué forma afectan al deportista en términos de rendimiento deportivo y, por lo tanto, debido a la gran importancia y presión que es para el deportista rendir, entender como estas variables pueden ir influenciando finalmente sobre su bienestar o malestar presente al momento de consultar.

La consideración del paradigma biológico para la comprensión de la dinámica psicológica que ofrece el EIS permite responder interrogantes históricas como"¿yo escojo al deporte o el deporte me escoge?", entendiendo que hay procesosde selección deportiva durante la infancia son influidos por elementos tan diversos como el momento de maduración puberal, el mes de nacimiento, el tamaño familiar, entre otros. (Verdugo, 2015)

En función de lo expuesto, el objetivo del presente escrito tiene como fin, proponer un abordaje psicoterapéutico a través del EIS que considere factores claves en el rendimiento deportivo, desde el paradigma biológico, siendo un factor crucial en el bienestar del paciente.

Se propone una revisión del paradigma biológico desde EIS debido a la importancia que conlleva comprender los procesos biológicos, fisiológicos y genéticos que se someten los deportistas cuya importancia es vital al momento de establecer objetivos, identificar limitaciones, aumentar el autoconocimiento y finalmente movilizarel cambio terapéutico. A su vez, debido a la cantidad ingente de factores incidentes en el rendimiento deportivo, es que se decide profundizar en un paradigma en esta oportunidad.

VARIABLES EN EL PARADIGMABIOLOGICO

Como se ha explicado en el apartado anterior, acá se expondrán todos aquellos factores más comunes de orden biológico que pueden estar presentes y pudiendo influir en el rendimiento deportivo del paciente y por tanto en la dinámica psicológica.

Maduración biológica

La maduración biológica se define como el conjunto de fenómenos de crecimiento y diferenciación celular que contribuyen a la aparición de determinadas funciones en el organismo. Esto supone cambios programados genéticamente, que se presentan con el tiempo de forma natural, donde cada individuo nace con su propio reloj biológico que regula su progresión hacia el estado de madurez (Malina & Bouchard, 1991)

Se ha visto que la maduración biológica en etapa puberal determina características biológicas como el peso, estatura, masa muscular, estructura ósea y que en el deporte cobra una relevancia no menor debido a que las característicasfísicas de un deportista van configurandouna especie de "ventaja o desventaja" enla competencia.

Esto se puede observar en los juegos olímpicos de 1972 y 1976, cuando las mujeres que medían cerca de 1,80 mts tenían 191 veces más probabilidades de llegar a una final olímpica que las que medían 1,52 mts[1]. (Verdugo, 2015)

Un de las ramas encargadas de estudiar estas diferencias fisiológicas en términos del tamaño, forma, proporcionalidad,

composición, y función corporal de los distintos cuerpos, con objeto de entender el proceso de crecimiento, el ejercicio y el rendimiento deportivo es laantropometría.

García (2006), señala que los estudios antropométricos realizados en el mundo han sido útiles en el campo de las ciencias aplicadas al deporte, proporcionando en sus investigaciones los patrones de la estructura corporal de los atletas por disciplinas específicas, que pueden ser utilizados como una referencia de la estructura morfológica de los atletas elite, relacionándolos con su rendimiento deportivo a los que llamasomatotipos.

Los somatotipos son categorizados en 3: El endomorfismo (constituye la adiposidad relativa), el mesomorfismo (representa la robustez o magnitud músculo-esquelética relativa) y el ectomorfismo (representa la linealidad relativa o delgadez de un físico.).

Hoy día, se considera el somatotipo dentro de la antropometría como un factor selectivo en la actuación deportiva. Se ha demostrado que existen somatotipos distintos que parecen actuar como elementos clave en el éxito deportivo. A medida que aumenta el nivel de las competencias, los valores antropométricos se van restringiendo, asícomo, su rango de variación, dando como resultado que los mismos sean másparecidos y homogéneos entre sí. (Baldayo & Steele, 2011)

Por otro lado, en términos de elasticidad y flexibilidad las mujeres, desarrollan entre un 6 – 8 % más que los hombres, según criterios prácticamente unánimes. Otro tanto, es decir, también 6 – 8 %, por no ser tan fácilmente cuantificable,es la superioridad de la mujer con respecto al hombre en lo referente a la coordinación y la facilidad para la mecanización de los movimientos, lo que permite al menos, la misma destreza técnica de la mujer que del hombre (Manuel & Elorza, 2003).

En cuanto a los valores de índole cardiovascular, la diferencia más notable corresponde al Vo2 máx., cuyos valores en los hombres superannetamente a las mujeres, lo que en las pruebas que requieren resistencia aeróbica supone cierta superioridad masculina (Manuel & Elorza, 2003)

En cuanto al embarazo el Dr. Rodríguez, citado por Riog (2016), manifiesta que este fenómeno modifica totalmente el organismo, inundándolo de hormonas regeneradoras durante la gestación y reequilibrando el sistema nervioso; el embarazo aumenta la capacidad y el rendimientocardíaco, y esta ganancia persiste tras el parto

Calidad de sueño.

El sueño podría ser definido como un estado de reposo físico y mental en el que una persona atraviesa por un estado relativamente inactivo e inconsciente asociado a procesos de recuperación, interviniendo en numerosas funciones biológicas (Caia, Halson, Scott, & Kelly, 2017).

El sueño participa en múltiples funciones biológicas y fisiológicas, asociando su restricción con menor rendimiento en eldeporte.

La restricción del sueño nocturno a menos de 6 horas por un lapso mayor a

cuatro días consecutivos ha reflejado ser perjudicial en lo referente a función cognitiva, rendimiento y estado de ánimo, regulación del apetito, metabolismo de la glucosa, y la función inmune. (Aguayo et al, 2015)

Los deportistas requieren un sueño adicional para permitir la adaptación a los factores de estrés provocados por el entrenamiento, y minimizar cualquier fatiga residual por el entrenamiento y la competición (Estivill-Domènech et al., 2018). En términos de cantidad de horas dormidas se ha sugiere una mayor necesidad de sueño en deportistas para permitir una adecuada recuperación y adaptación entre sesiones de ejercicio, estableciéndose ésta entre 9-10 horas de sueño (Bird, 2013).

Sin embargo, se evidencia que la mayoríade los deportistas no cumplen con una buena calidad de sueño (Mata-Ordoñez et al., 2018). Un estudio llevado a cabo con 175 atletas masculinos y femeninos de diferentes modalidades deportivas altamente entrenados observó que el 50% de los deportistas no dormían bien,con una somnolencia diurna que era clínicamente significativa en el 28% de los atletas (Swinbourne, Gill, Vaile, & Smart, 2016).

Una intervención adecuada ante la privación de sueño de un deportista debe considerar nuevas rutinas de sueño, inclusión de siestas durante el día y técnicas de relajación 30 a 60 minutos antes de dormir (Mata-Ordoñez et al., 2018)

Menstruación

El ciclo menstrual en el deporte tiene una relación circular con el rendimiento deportivo. El conocimiento del ciclo menstrual y su estabilidad permite organizar la estructura del proceso de entrenamiento, de tal manera que los mesociclos se programen acorde con los ciclos biológicos de la deportista, donde las fases más favorables (postmenstrual y postovulatoria) puedan asumir una carga mayor, alternándola con descensos en las fases de tensión fisiológica (ovulatoria, premenstrual y menstrual). (Konovalova, 2013).

Una incógnita presente en el campo investigativo de la psicología deportiva es ver la influencia del deporte en la menarquia. Del informe de Bausen Wein, Roig (2016) se encontró en Helsinki, que 47 deportistas cuyo promedio de iniciación de sus menarquías se fijó alrededor de los 14'9 años, presentaron una diferencia en unaño (13'9 años) con el promedio de 70 estudiantes Alemanas de Educación Física: de ello, se dedujo que la menarquia suele aparecer en las mujeresdeportistas un año más tarde que enlas demás, por regla general (Roig, 2016).

Ingman, citado por Roig (2016) comprobó en 107 deportistas finlandesas que su primera menarquia apareció hacia los 14'1 años frente a los 14'9 de las mujeres no practicantes y en niñas americanas su menarquia se presenta a los 13 años, pero con fuerte oscilación, debido a que el 97% péndula entre los 11 y los 15 años, e incluso algunas con 9 años y otras tardías, raras, hasta los 20años (Roig,

2016). Por otro lado, Mc Cammon (1993), encontró que en países tropicales la menarquia podía aparecer entre los 8 y 9 años, frente a los 13 y 15 años de los climas templados, llegando hasta los 20 en lugares fríos; en climas tropicales y semitropicales lamenarquia se sitúa entre los 13'5 y 14'5 años respectivamente, mientras que, en los países latinos oscila entre los 13 y 14 años, pero, con bastantes púberes antes de esa edad, siendo predominante las niñas que se convierten en mujeres a los15 años (Roig, 2016).

Es evidente, que al final de cada ciclo menstrual, las mujeres presentan un descenso en su capacidad funcional y su capacidad de trabajo, por ende, es responsabilidad de las deportistas y el entrenador. no hay que apresurar o incrementar la intensidad de la carga a fin de aprovechar esos lapsos cortos en que la deportista se encuentra en su máxima predisposición para los trabajos de alta intensidad y poco volumen (Brien, 1989).

Testosterona:

Las diferenciasintrínsecas del sexo quedan determinadas muchas veces por las hormonas, como la testosterona, que en el hombre aparece con una tasa que puede llegar a ser 30 veces mayor que la de la mujer, lo que repercute de forma directa en la fuerza, marcando predominantemente, la capacidad del aparato locomotor y como consecuencia la mayor diferencia en el rendimiento deportivo entre ambos sexos.

Estos aspectos acompañados de diferencias significativas en las proporciones corporales y los bajos niveles de testosterona, pueden exponer a las mujeres a lesionarse con mayor frecuencia que los hombres, debido a que esta condición les impide fortalecer huesos, articulaciones, ligamentos, tendones y reclutar masa muscular de forma sistemática. Muchos entrenadores lo saben, y conocen múltiples atajos para llegar a una preparación adecuada y pertinente incitando alas deportistas para quese les suministre dicha hormona, con el fin de aumentar la masa muscular, subir los niveles de energía y entrenar más fuerte. Lo que no les dicen, es que tendrá efectos secundarios y trastornos hormonales que posiblemente les comience a salir vello facial y corporal; se les reduzca significativamente el tamaño de las mamas y se les agrande el clítoris (Manuel & Elorza, 2003)

Sin embargo, no solo tiene una correlación con los desarrollos de maduración biológica sino que también los resultados indican que también en losseres humanos existe una relación positiva entre los andrógenos y la conducta agresiva (Suay,1996). Además, altas concentraciones de testosterona están asociadas no solo con una mayor agresividad si no también, competitividad, dominancia, libido sexual, búsqueda de pareja, entre otras. No obstante, una baja concentración de esta hormona ha sido asociada con el desarrollo de ansiedad, depresión y síntomas negativos en la esquizofrenia.

Por otra parte, la alta concentración de testosterona se ha relacionado con episodios maniacos en individuos con trastorno bipolar y con diversos trastornos

de la personalidad (p. ej., personalidad violenta, antisocial, etc.).(Borraz-León et al, 2015).

Alimentación y Trastornos de la conducta alimentaria en deportistas.

Los trastornos de la conducta alimentaria se presentan con relativa frecuencia en deportes en los que es importante el control del peso corporal, tales como gimnasia rítmica, patinaje artístico o deportes de resistencia. La incidencia es mayor en mujeres, manifestándose con frecuencia una baja autoestima, una imagen corporal distorsionada en la que el cuerpo es percibido con un exceso de peso, ineficiencia, perfeccionismo y un sentido de pérdida de control, con un mecanismo compensatorio ejercido a través de la manipulación de la comida y la utilización de métodos inadecuados de control del peso. (Márquez, 2008)

Con frecuencia se asocian en deportistas del sexo femenino a irregularidades del ciclo menstrual, reducción de la densidad mineral ósea y osteoporosis, dando lugara la denominada tríada de la atleta femenina. Pueden aparecer problemas cardiovasculares, una mayor incidencia de fracturas y pérdidas de potencia muscular y resistencia que repercuten negativamente sobre el rendimiento. Entre los factores de riesgo para su aparición se encuentran los intentos de perder peso, muchas veces por recomendación del entrenador, los incrementos del volumen de entrenamiento asociados a dichas pérdidas de peso, rasgos de la personalidad que llevan a preocupación excesiva por la imagen corporal, o lesiones y traumatismos. Su tratamientorequiere un abordaje multidisciplinar, con participación de médicos, psicólogos/psiquiatras, nutricionistas, entrenador y familia del deportista, siendo especialmente importantes las medidas preventivas. Márquez, 2008)

Otro tipo de problemas se relacionan conla reducción de la proteína muscular y la depleción de los depósitos de glucógeno y de los niveles de líquidos corporales, lo que puede afectar muy negativamente la potencia muscular y la resistencia, y por tanto el rendimiento. A corto plazo es cierto que la pérdida de peso puede resultar beneficiosa para la ejecución deportiva, especialmente en deportes en los que se requiere un peso o unos niveles de grasa determinados, pero el trastorno alimentario acaba siendo física y emocionalmente destructivo para el individuo y su entorno. (Márquez, 2008)

En el campo de la investigación se postula que la influencia de las presiones por el resultado deportivo, la relación de éste con el peso corporal o la cultura deportiva aparecen como factores de riesgo, así como la importancia de la información nutricional y la psicoeducación en deportistas, entrenadores y personas de influencia como factores protectores. (Saez & Ayensa, 2021).

Doping

El dopaje en el deporte es un problema generalizado no solo entre los atletas de élite, sino aún más en los deportes recreativos. En la literatura científica, se

hace mayor hincapié en la detección del dopaje, mientras que rara vez se discuten los efectos perjudiciales de los agentes dopantes en la salud de los atletas (Birzniece, V. 2015).

Por ejemplo, muchos estudios han informado una asociación entre el uso de Esteroides Anabólicos Androgénicos (EAA) y la agresión, comportamiento violento, cambios de humor y estados demanía. En los usuarios dependientes de EEA, los síntomas psicológicos son más prevalentes y grave, en que están mucho más predispuestos a sentir con mayor intensidad los síntomas de ansiedad y depresión. También existe un mayor riesgo de abuso de otras drogas y alcohol, y mayor riesgo de muerte por suicidio y homicidio. El uso de EEA se asocia con antisocial comportamiento y violencia, y existe una interacción compleja con la actividad delictiva.

Dentro de los principales motivos que se han investigados y que incitan a una persona a utilizar el dopaje en el deporte son: en primer lugar "mejorar el rendimiento", seguido de "el deseo de ganar" y en un tercer lugar se encuentrala "presión deportiva". Además, se encontró que el grupo que más influye en la decisión de doparse son los compañeros de equipo seguido de los entrenadores. Se concluye que el doping es un problema para el deporte costarricense debido al poco control antidopaje que existe y porque son muy pocos los deportes que efectúan este tipo de control por el costo económico que conlleva estas pruebas, pero en especial por el poco conocimiento que atletas, dirigentes y entrenadores manifestaron sobre los efectos secundarios del dopaje, e incluso, el poco conocimiento de muchos informantes sobre lo que podría ser una práctica del doping. (Rodríguez, 2015)

CONCLUSIONES

Podemos encontrar a lo largo de las investigaciones hechas que la salud física y mental muchas veces queda rezagada en comparación al rendimiento deportivay la preocupación por el cómo el deportista se ve.

Por ejemplo, la estética corporal masculina está vigente desde la edad media hasta nuestros tiempos y ha permanecido prácticamente inmutable, mientras que los cánones de belleza femenina son muy cambiantes. Lo incuestionable es que los modernos patrones unisex, influyen en un cambio estético no solo de la moda, sino incluso corporal,en el que se encuentran implícito el tipo de la mujer deportista (Manuel & Elorza, 2003). En este sentido, la juventud femenina que practica deporte y educación física ofrece una morfología claramente distinta del tipo estático, que no se puede exclusivamente atribuir a modas y modos de alimentación, sino que es «consecuencia de la adaptación necesaria a las condiciones cada vezmás duras de la existencia y al ritmo más acelerado de la vida diaria(Roig, 2016).

El entrenamiento deportivo contemporáneo, debe propender al cuidado de la longevidad deportiva de las atletas, permitiéndoles tener una vida más sana y feliz; para ello, la recuperación de los niveles normales precedentes del parto

debe estar también planificados y controlados (Manuel & Elorza, 2003).Por lo tanto, el rol del psicólogo es concientizar en el paciente que la preocupación por rendir lo puede llevar aprácticas de riesgo a su salud física y mental. Junto a esto, un rol igual de importante que el expuesto anteriormente, es problematizar muchas prácticas que están legitimadas por la presión social como lo es el doping o la restricción excesiva de alimento.

REFERENCIAS

Baldayo, M. & Steele, S. (2011) *"Somatotipo y deporte" EFDeportes.com, Revista Digital*. Buenos Aires, Año 15, Nº 154, Marzo de 2011. Recuperado online: https://www.efdeportes.com/efd154/somatotipo-y-deporte.htm

Bird, S. P. (2013). Sleep, recovery, and athletic performance: A brief review and recommendations.Strength and Conditioning Journal, 35(5), 43–47. https://doi.org/10.1519/SSC.0b013e3182a62e2f

Birzniece, V. (2015). Doping in sport: effects, harm and misconceptions. Internal Medicine Journal, 45(3), 239–248. doi:10.1111/imj.12629

Borráz-León, Javier I.; Herrera-Pérez, José J.; Cerda-Molina, Ana L.; Martínez-Mota, Lucía A. (2015). *Testosterona y salud mental: una revisión. Psiquiatría Biológica, 22(2), 44–49.* doi:10.1016/j.psiq.2015.10.005

Brien, D. (1989). Efectos del ejercicio en el ciclo menstrual. Medicina Del Deporte, 4(23), 265–268. Retrieved from http://femede.es/documentos/Ciclo_menstrual_265_23.PDF

Estivill-Domènech, C., Galilea, B., Rodríguez-Morilla, B., de Yzaguirre, I., Estivill, E., López, E., …Segarra, F. (2018). Do elite athletes sleep well? Apunts Medicina de l'Esport, 53(198), 47–54. https://doi.org/10.1016/j.apunts.2017.10.002

Ferraro, M. V. (1993, Marzo). Psicología del deportista en la iniciación. Comunicación presentada al IV Congreso Nacional de Psicología de la Actividad Física y el Deporte, Sevilla, España.

García, P. (2006). (Compilador). *Introducción a la investigación bioantropólogica (sic) en actividad física, deporte y salud.* Universidad Central de Venezuela. Facultad de Ciencias Económicas y Sociales. Consejo de Desarrollo Científico y Humanístico: Autor

García-Naveira, A. (2010). El psicólogo del deporte en el alto rendimiento: aportaciones y retos futuros. *Papeles del psicólogo*, *31*(3), 259-268.

Durán Agüero, Samuel, Arroyo Jofre, Patricio, Varas Standen, Camila, Herrera-Valenzuela, Tomas, Moya Cantillana, Cristobal, Pereira Robledo, Rodolfo, & Valdés-Badilla, Pablo. (2015). Calidad del sueño, somnolencia e insomnio en deportistas paralímpicos de elite chilenos. *Nutrición Hospitalaria*, *32*(6), 2832-2837. https://dx.doi.org/10.3305/nh.2015.32.6.9893

Gimeno Marco, F., & Ezquerro García-Noblejas, M. (2006). Intervención psicológica en uncaso de evitación interoceptiva en el deporte. *Revista De Psicopatología Y Psicología Clínica*, *11*(2), 99–106. https://doi.org/10.5944/rppc.vol.11.num.2.2006.4021

Jiménez J (2015) *"motivos por los cuales los deportistas utilizan el doping en el deporte: análisis cualitativo desde la perspectiva de deportistas, dirigentes y entrenadores deportivos costarricenses"* Universidad Nacional de Costa Rica Facultad de Ciencias de la Salud Escuela de Ciencias del Movimiento Humano y Calidadde Vida. Campus Presbítero Benjamín Núñez, Heredia, Costa Rica 2015

Konovalova, E. (2013). El Ciclo Menstrual Y El Entrenamiento Deportivo: Una Mirada Al Problema. U.D.C.A Actualidad & Divulgación Científica, 16(2), 293–302. Retrieved from http://www.scielo.org.co/pdf/rudca/v16n2/v16n2a02.pdf

Mata-Ordoñez, F., Carrera Bastos, P., Domínguez, R., & Sánchez-Oliver, A. J. (2018). Importancia del Sueño en el Rendimiento y la Salud del Deportista. *Motricidad e Investigación*, *11*, 70-82.

Pérez Córdoba, E.A. y Estrada Contreras, O. (2015). Historia de la psicología del deporte. Apuntes de Psicología, 33 (1), 39-46.

Malina R.M, Bouchard C. Growth. (1991) Maturation and Physical activity, Human Kinetics, pp. 501-502.

Márquez, S. (2008). Trastornos alimentarios en el deporte: factores de riesgo, consecuencias

sobre la salud, tratamiento y prevención. *Nutrición hospitalaria*, *23*(3), 183-190.

Moreno, G.A. (2013) La Psicología en el Deporte y el Fútbol Escolar

Núñez, R. (2005). Bienvenidos a la psicología del deporte y el ejercicio físico. En Weinberg y Gould. Fundamentos de la psicología del deporte y el ejercicio físico. Barcelona: Ariel.

Roig, J. (2016). Mujer y deporte. Apuntes, 10, pp. 101–114

Sáez, A. V., & Ayensa, J. I. B. (2021). Factores de riesgo en trastornos de la conducta alimentaria en deportistas de alto rendimiento. Revisión sistemática Risk factors for eating disorders in high performance athletes. Systematic review. *Revista Clínica Contemporánea*, *12*(e13), 1-13.

Sánchez Jiménez, Alveiro, León Ariza, Henry Humberto (2012) Psicología de la actividad física ydel deporte. Hallazgos [en línea]. 9(18), 189-205[fecha de Consulta 19 de Julio de 2021]. ISSN: 1794-3841. Disponible en: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=413835216011

Suay, F.; Salvador, A.; González-Bono, E.; [et al.]. (1996) Testosterona y evaluación de la conducta agresiva en jóvenes judokas. Revista de psicología del deporte,Vol. 5, N 2, p. 77-93. https://ddd.uab.cat/record/63667 [Consulta: 1 agost 2021].

Szabo, A., Griffiths, M. D., Aarhus Høglid, R., & Demetrovics, Z. (2018). Drug, nicotine, and alcoholuse among exercisers: Does substance addiction co-occur with exercise addiction? Addictive Behaviors Reports, 7, 26–31. https://doi.org/10.1016/j.abrep.2017.12.001

Verdugo M. Francisco (2015) Biological maturation process and athletic performance. Rev. chil. pediatr. [Internet]. 2015 Dic [citado 2021 Jul 29] ; 86(6): 383-385. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062015000600001&lng=es. http://dx.doi.org/10.1016/j.rchipe.2015.10.003.

AcPI
Actualizaciones en Psicoterapia Integrativa
Vol. XIV, 2022

Sexualidad, Salud Sexual y Disfunciones sexuales bajo el modelo Integrativo Supraparadigmático

Ps. Camila Maulen Pavez*

Resumen

El abordaje de la sexualidad ha cobrado especial relevancia en nuestro país hace ya algunos años, surgiendo así temas como la Educación Sexual Integral (ESI) y la urgencia de capacitar profesionales en el área de la Sexología. Esto es un tema que se ha potenciado desde la psicología y que ya no es exclusivo del modelo médico, esto debido a la nueva visión de la sexualidad y la salud sexual, del cómo esta abarca al ser humano en todas sus aristas y así propiciar una mirada en 360º. Por esto es por lo que el Enfoque Integrativo Supraparadigmático (EIS) no solo toma importancia y relevancia para visualizar la sexualidad y coincidir con el modelo de Educación Sexual Integral (ESI), sino que también analizar las causales a la hora de plantear la hipótesis diagnóstica en el trabajo con disfunciones sexuales. El presente trabajo intenta visualizar la conexión entre el trabajo en sexualidad, principalmente en salud sexual, además de ordenar y analizar las causas de las disfunciones sexuales bajo el mapa ordenador del Enfoque Integrativo Supraparadigmático, y cómo este orden nos puede ayudar a no dejar de lado la mirada integral del ser humano.

Palabras Clave: Sexualidad, Salud Sexual, Enfoque Integrativo Supraparadigmático (EIS), Educación Sexual Integral (ESI)

Abstract

The approach to sexuality has gained special relevance in our country for some years now, thus emerging issues such as Comprehensive the Integral Sexual Education (ISE) and the urgency of training professionals in the area in Sexology. It is a subject that has been empowered from psychology and that is no longer exclusive to the medical model, this due to the new vision of sexuality and sexual health, of how it encompasses the human being in all its edges and thus propitiating a look at 360º. For this reason, the Supraparadigmatic Integrative Approach (SIA) not only takes importance and relevance to visualize sexuality and coincide with the Integral Sexual Education model (ISE), until it also analyzes the causes when proposing the diagnostic hypothesis in the I work with sexual dysfunctions. The present attempts to visualize the connection between work in sexuality, mainly in sexual health, in addition to ordering and analyzing the causes of sexual dysfunctions under the map of the Supraparadigmatic Integrative Approach, and how this order can help us not to stop from the integral look of the human being.

Keywords: Sexuality, Sexual Health, Supraparadigmatic Integrative Approach (SIE), Integrative Sexuality Education (ESI)

Introducción

Hasta no hace mucho tiempo, la sexualidad era un tema tabú del que nadie hablaba. Sin embargo, el avance de las ciencias y principalmente de la Psicología y la Pedagogía en temas de la sexualidad han visibilizado la necesidad de que se establezcan conocimientos universales acerca de la sexualidad y con esto potenciar las orientaciones técnicas, la educación sexual integral y poner en énfasis los derechos sexuales y reproductivos. Parte de visibilidad esta necesidad es también lo que ocurre con la sexología y la necesidad de capacitar a la psicología de conocimientos integrales, no solo a nivel psicológico, si no también biológicos, sociales, culturales, antropológicos, entre otros. Junto con entender diversas técnicas asociadas a las disfunciones sexuales, esto implica poder identificar cuándo se requiere una asesoría

*Psicóloga clínica adultos, especialista en Sexualidad Humana. Educadora en Sexualidad Integral. Sexóloga © ps.camilamaulenpavez@gmail.com

o consejería en sexualidad, una psicoeducación en sexualidad, o una terapia sexológica con un trabajo interdisciplinario, y con esto detectar a tiempo la necesidad de interconsultas o derivación de patologías. En el área de la sexualidad es muy importante tener claro la importancia del trabajo en red y cuál es el real alcance de nuestros conocimientos desde la psicología.

El presente trabajo ofrece una mirada a los elementos que unen el trabajo en sexualidad, salud sexual y una aproximación al correcto diagnóstico clínico en disfunciones sexuales desde el mapa ordenador que nos ofrece el EIS y evaluar las disfunciones según los paradigmas y así no perder al ser humano frente a nosotros. Esto propicia el correcto diagnóstico para poder trabajar la problemática, derivando o activando la red necesaria para el trabajo en conjunto con otras áreas como por ejemplo la kinesiología, ginecología, psiquiatría, neurología, endocrinología, matronería, solo por nombrar algunas.

Un factor importante es la educación integral en la persona del terapeuta y sus propios conocimientos y creencias en torno a la sexualidad, para esto se propicia la educación sexual integral en psicología, o sea, conocimientos básicos de qué es la sexualidad y sus dimensiones, qué factores influyen, qué es la salud sexual y, por último, pero de mayor importancia saber qué es la sexología y las áreas y temáticas que aborda. Es fundamental que en el trabajo en sexología se dejen afuera los prejuicios y trabajar con la evidencia científica en torno a la sexualidad y el trabajo en disfunciones sexuales, otro punto en común que tiene el trabajo en sexualidad con el modelo del EIS, la relevancia de la evidencia científica y el no perder de vista al ser humano en todas sus áreas vitales.

La idea en este trabajo de poder ordenar las causales de cada disfunción sexual en cada uno de los paradigma del Supraparadigma Integrativo permite a quienes trabajen en esta área visualizar que no hay solo una causa o una vía única, por lo tanto, no hay solo una forma de trabajarla o de aplicar una técnica. Observar el relato, la vivencia y al paciente con su historia de vida que acompaña ese diagnóstico es fundamental bajo el Enfoque Integrativo Supraparadigmático y su noción de ser humano integral y visión en 360 grados, pero sobre todo la importancia de un buen diagnóstico en disfunciones sexuales.

Definición de sexualidad

Para poder trabajar y abordar la sexualidad es importante entender su definición, y todos los elementos que complementan esta definición.

Entendemos entonces por sexualidad *"Un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vive y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. La sexualidad*

puede incluir todas estas dimensiones, no obstante, no todas ellas se vivencian o se expresan siempre. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales." (OMS, 2006)

Toda persona en cada etapa de su vida tiene un modo de vivir la sexualidad, de desarrollar ese aspecto de la vida que viene determinado por su condición ineludible de "ser sexuado". No es lo mismo la sexualidad de un niño, de un adolescente la de un adulto o la de un anciano. Todos tienen sexualidad, pero se expresa de forma distinta a lo largo de la vida. La manera con que cada persona vive y manifiesta su sexualidad va a depender de tres factores: el biológico, el psicológico y el social-cultural. Los tres están estrechamente relacionados entre sí. A estas variables también se ha agregado la dimensión ética.

Las dimensiones de la sexualidad

La sexualidad engloba cuatro dimensiones básicas del ser humano de forma decisiva en su desarrollo: biológica, psicológica, social y ética. Estas cuatro dimensiones están íntimamente relacionadas y condicionadas unas por otras.

-Dimensión biológica de la sexualidad

La dimensión biológica provee del sustrato anatómico fisiológico sobre el que se desarrollarán los distintos matices de la sexualidad de la persona.

La dimensión biológica es crucial en distintos ámbitos de la vida sexual, como son: la procreación, el deseo sexual, la respuesta sexual, etc. Todos ellos están influenciados por la anatomía sexual. Así mismo la alteración física o fisiológica (del funcionamiento), puede acarrear distintos trastornos sexuales o enfermedades, que afecten a la vida sexual de la persona. Esta dimensión incluye factores como:

- Sistema genético, la carga cromosómica del genoma humano "XX" "XY", que se define en la fecundación, es uno de los factores determinantes en la dimensión biológica del sexo de la persona.

- Sistema hormonal. El sistema endocrino, gracias a las glándulas endocrinas es el encargado de mantener los niveles de hormonas necesarias para el correcto funcionamiento de nuestro organismo. Concretamente las hormonas más directamente implicadas en la sexualidad humana son: la testosterona, la progesterona, los estrógenos. Estos tres tipos de hormonas están presentes tanto en las mujeres como en los hombres, aunque en diferentes cantidades y proporciones, de modo que los hombres poseen principalmente testosterona (por eso se conoce como hormona masculina) y una pequeña cantidad de estrógenos y progesterona, al contrario, las mujeres segregan en su mayoría estrógenos y progesterona (por eso se conocen como hormonas

femeninas) y sólo una pequeña cantidad de testosterona. Los niveles de hormonas sexuales también varían de una persona a otra y dependiendo de los momentos de la vida.

- Estructura anatómico-fisiológica: la anatomía física del hombre y la mujer determinan aspectos de la relación sexual, respuesta sexual, excitación, procreación, etc. En esta parte se contemplan tanto la anatomía y fisiología de los genitales masculinos y femeninos, así como los caracteres sexuales secundarios.

-Dimensión psicológica de la sexualidad

La psique humana juega un papel fundamental en nuestro modo de vivir y sentir nuestra sexualidad. Nuestras formas de percibir la belleza, nuestras ideas sobre lo que está bien o mal en cuanto al sexo, nuestra personalidad, nuestras convicciones, el temperamento de cada persona, son factores decisivos en nuestras relaciones sexuales. Nuestra propia identidad sexual, nuestra orientación sexual, depende en gran manera de nuestro modo de vernos y entendernos psicológicamente en relación a lo sexual.

La dimensión psicológica del ser sexual puede dividirse en dos: la intelectual (desarrollo cerebral que posibilita en el ser humano capacidades y potencialidades a nivel de pensamiento y conocimiento que convierten lo sexual de un instinto en un impulso sobre el cual puede ejercer control) y la afectiva (capacidad humana de establecer relaciones de distinto grado de intensidad e intimidad con otros seres de su misma especie, con los cuales se relaciona de una manera que involucra sentimientos y sensaciones). El proceso típico de la dimensión psicológica en los y las adolescentes es la identificación sexual

-Dimensión social de la sexualidad

La dimensión social, engloba el papel fundamental que ejerce la familia, los amigos, la educación recibida en el colegio, la religión, etc. sobre la sexualidad. Las distintas sociedades poseen modelos distintos de entender y vivir la sexualidad. Cada sociedad y cada cultura establecen una normativa cuya finalidad es regular y controlar el comportamiento sexual de sus miembros y unos roles sexuales los cuales implican y, a la vez, definen una imagen determinada de Hombre - Mujer y Relación. La norma, inicialmente externa al ser humano, termina siendo interiorizada por éste, a través del proceso de socialización, llegando a constituir parte de su propia personalidad.

-Dimensión ética

La dimensión ética del Ser sexual hace referencia al conjunto de valores que cada uno construye individualmente a lo largo de su vida, con los cuales se compromete, definiendo estos el “Ser y quehacer” sexual específico de cada persona. La base de la ética individual está en la autovaloración: el ser humano valora a los demás teniendo como referencia el valor que se da a sí mismo. El refuerzo de la autoestima es, por tanto, punto clave en la construcción de esta escala de valores. (Neira, 2010, citado en Portocarrero, 2018).

Funciones de la sexualidad

La sexualidad es una faceta de nuestra vida de gran trascendencia y ya que es inherente al ser humano, somos seres y sujetos sexuados a lo largo de toda nuestra vida. La sexualidad tiene diferentes funciones que podemos resumir en tres:

a. Comunicación y relación

La sexualidad funciona como una forma de comunicación y relación. A través de ella expresamos afecto y amor, así como odio y cólera y establecemos relaciones con los demás. Desde que nacemos comenzamos a aprender a establecer relaciones entre nosotros y los demás. Primero con los padres y familiares, después con amigos. Estas relaciones son imprescindibles para un sano desarrollo de la personalidad. La afectividad y la sexualidad son grandes dinamizadores de nuestras relaciones.

b-. Placer

La conducta sexual no puede explicarse como una conducta reproductora, ya que no toda conducta sexual es reproductora. Las relaciones sexuales o la vivencia sexual permiten la obtención de placer y gratificación sexual entre dos personas o individualmente. Esta gratificación no se debe reducir a unas zonas concretas, sino que implica todo el cuerpo. Las caricias son buenos y eficaces medios de transmitir emociones, sentimientos y ternura en el marco del placer. El placer es, por tanto, un resultado sano y deseable de esa relación, siendo, además, un valor humano a cultivar.

c- Reproducción

Es una función secundaria de la sexualidad. Las personas, habitualmente, no viven su sexualidad para tener descendencia, sino para comunicarse, relacionarse y obtener con ello una mutua satisfacción (Carrillo, 2007).

Sexología

La RAE define la sexología como "Estudio de la sexualidad y de las cuestiones a ella referidas", sin embargo, la definición es más compleja.

Es la ciencia (logia) que estudia el sexo. Sexo viene de sexare (separar) y comprende todo aquello que tiene que ver con la diferencia, con el hecho de ser, sentirse y expresarse como hombre y mujer, el comportamiento sexual y sus diferentes manifestaciones, desde el punto de vista psicológico y fisiológico. Comprende más allá del encuentro físico, busca el entendimiento en lo relacionado a lo que les sucede a sus vidas por el hecho de ser hombres y mujeres, desde la identidad, las conductas y las preferencias, entre otros. Como ciencia y como profesión, implica, desde un enfoque multidisciplinar, a un gran número de disciplinas y especialidades médicas y humanísticas, abarcando así todos los aspectos de la sexualidad.

En 2000, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la OMS y la Asociación Mundial de Sexología (WAS) definieron la sexología clínica y establecieron su dominio: "el *área que se especializa en la prevención y tratamiento de problemas sexuales relacionados con la disfunción sexual y los síndromes de identidad de*

género, comportamiento sexual compulsivo y los síndromes que aparecen después de una agresión sexual. (...) Dependiendo del enfoque terapéutico, un sexólogo clínico puede clasificar su trabajo como: medicina sexual, cirugía sexual, orientación sexual y psicoterapia sexual" (PAHO, 2000, p. 52).

La otra rama de la sexología, la educacional, trabaja en el área de la formación, la información y la prevención de problemáticas relacionadas con el ejercicio de la sexualidad: salud sexual y reproductiva, enfermedades de transmisión sexual, VIH/sida, embarazos no deseados o precoces, abuso sexual, violación y problemáticas surgidas en las distintas etapas evolutivas de la vida, entre otras.

Se pueden distinguir distintos momentos importantes en la configuración del campo de la sexología. En Chile el campo sexológico ha devenido propiamente clínico hace poco más de 20 años. Su desarrollo y consolidación pueden considerarse como parte de un más extendido proceso de medicalización en las sociedades occidentales (Tiefer, 1996), que tiene su principal referencia disciplinaria en los desarrollos de la terapia sexual y la medicina sexual. Sin embargo, a esta configuración le precede un proceso iniciado hace más de cuatro décadas con la creación de la Sociedad Chilena de Sexología Antropológica, en 1965 (Barón y Lagos, 1997), de construcción de un campo adscrito a la institucionalidad científica, sobre todo de reflexión y estudio, que constituyó a la sexualidad como su objeto, que buscó una conexión disciplinaria entre la medicina y las humanidades, y que tuvo vinculación con la política pública. Entre su origen y su configuración actual existió una gran discontinuidad, pues su proyección académica se perdió en el camino. Mientras tanto por ese mismo periodo, en los Estados Unidos, era diseñada e iniciaba su difusión y expansión la terapia sexual, creada por William Masters y Virginia Johnson. Sin embargo, la conexión de los profesionales chilenos es tardía, ya que sucede hacia fines de la década de los ochenta. Aunque había médicos y psicólogos, no lo hicieron en el momento en que se difundió, y en que comenzaba a ser aplicada y a generar su desarrollo institucional en Latinoamérica, lo que sucede una década antes.

En la década de 1990, en un contexto internacional de creciente desarrollo de la medicina sexual y la terapia sexual, y de institucionalización (Russo, Carrara y Rohden, 2009), la sexología nacional produce un acotamiento, una focalización de su objeto y una delimitación del campo, ya que se especializa en el campo de la clínica, se afianza como una práctica profesional y crea su propio mercado de prestaciones y más allá, comienza a configurar un discurso público propio.

La salud sexual parte integral del bienestar

Para poder entender desde donde surge el trabajo en sexología, y su importancia, es necesario tener conocimiento acerca de la implicancia de la salud sexual.

Al igual que cuando hablamos sobre salud mental antes de hablar de psicoterapia,

estamos poniendo sobre la mesa lo que da pie a la necesidad por sobre las formas. Lo mismo pasa con la salud sexual que implica saber que este es el motivo primario del por qué nace la sexología como terapia o forma de trabajar cuando esta salud se ve afectada por alguna problemática significativa en la vida de la persona.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2006) define la salud sexual como: *"un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad. Requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia"*.

Básicamente la definición de salud sexual señala la importancia de un bien estar en relación a nuestra sexualidad, pero la parte importante de esto es la forma dinámica e integral en que define este bienestar, el cual no se abstiene solo a una forma biológica del ser humano a lo cual muchas veces se enfocan las políticas públicas en torno a la promoción de la salud sexual.

El ser humano es un ser integrado con la sexualidad por lo tanto, todas las formas de vivir y expresar estarán influidas por la vivencia general del ser humano, o sea, su biología, su cognición, sus afectos, sus aprendizajes sociales y culturales, su inconsciente, su sistema relacional familiar, o sea el humano en 360º. Es aquí donde encontramos los primeros ápices del anclaje entre la salud sexual, el trabajo en sexualidad y el Enfoque Integrativo Supraparadigmático, la forma de visualizar al ser humano, a la persona, de forma integral, como un todo, donde distintos paradigmas se comunican e influencian entre sí, haciendo que cada experiencia tenga que ser vista de una forma general y no parcelada como otros enfoques, devaluando la experiencia desde la teoría o tecnicismo.

Hipótesis diagnóstica de disfunciones sexuales bajo el modelo EIS

Históricamente, han predominado dos sistemas de clasificación de las disfunciones sexuales, el sistema de Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) -10 presentado por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1992) y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5), presentado por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 2013). Las cuatro categorías principales de disfunción sexual en ambos sistemas son el deseo, la excitación, el orgasmo y los trastornos de dolor sexual. Ambos sistemas de clasificación y evaluación ven las disfunciones sexuales que implican los constituyentes físicos y psicológicos como elementos separados. Es aquí donde entra la relevancia del modelo EIS, ya que uno de los grandes recursos que el Supraparadigma Integrativo nos ofrece un mapa sobre el cual se ordenan las variables para tener un panorama general, pero por sobre todo dar una mirada amplia respecto a la hipótesis diagnóstica para tomar las mejores decisiones respecto a las técnicas de psicoterapia.

Basado en esto, se genera una propuesta de trabajo para evaluar la hipótesis

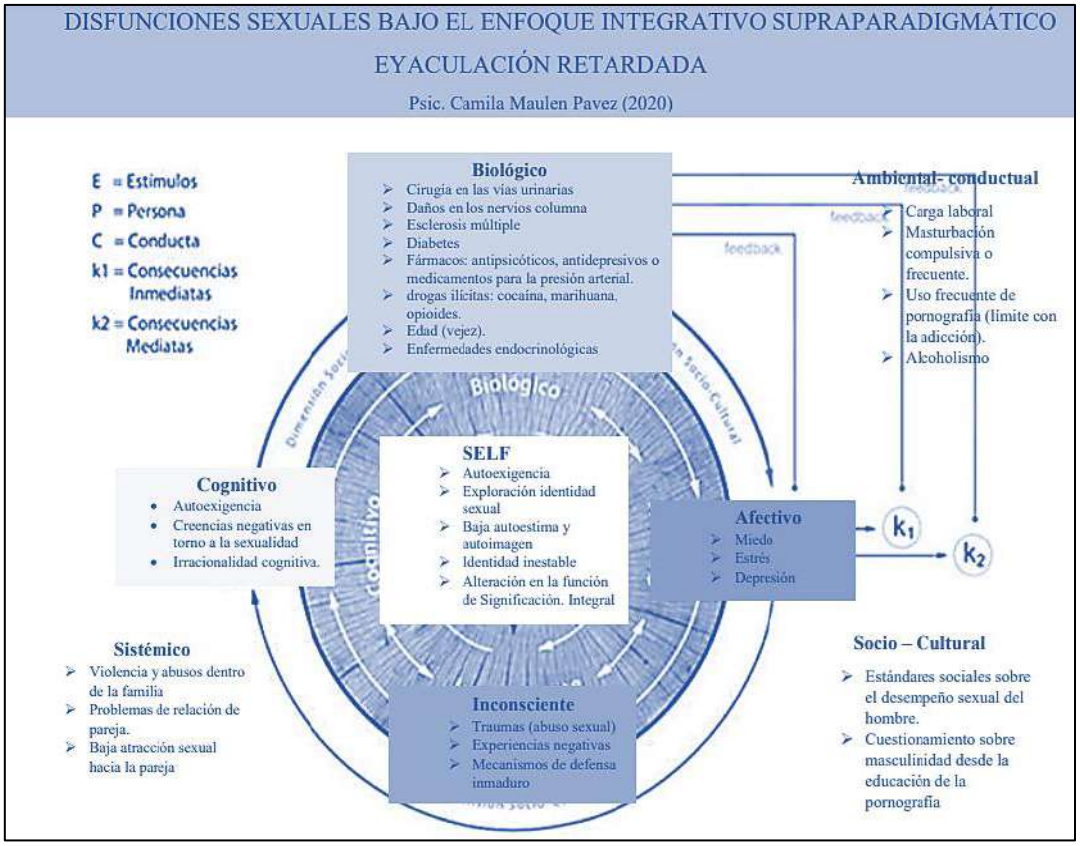
diagnóstica, ordenando los factores propuestos por el DSM V y por investigaciones científicas respecto de cada disfunción sexual.

A continuación, el resultado de ordenar las variables que pueden estar presentes en cada disfunción sexual en el mapa EIS. Estos mapas fueron construidos a partir de la información de cada disfunción sexual señalada en el DSM 5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 5ta edición, y se complementa con información respecto de los últimos estudios de cada una de las disfunciones.

Eyaculación retardada

Respecto a los factores predominantes que existen en esta disfunción sexual (***Fig.1***), se encuentra la historia de vida y los traumas asociados, se señala que dentro de las causas comunes están variables como el estilo de apego, abusos sexuales o malas experiencias sexuales y relacionales anteriores. Esta es una de las disfunciones más complejas de trabajar ya que implica un trabajo largo, e indagar en aspectos profundos personales y familiares.

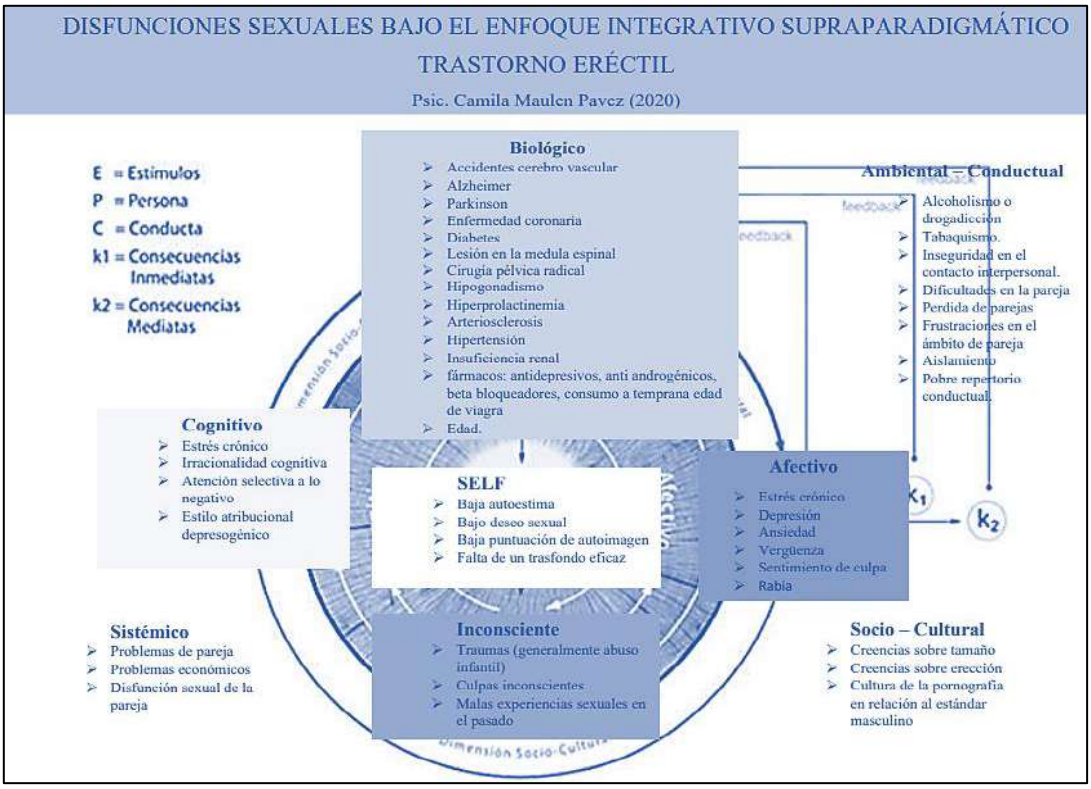
Fig.1.- Eyaculación Retardada: Factores relevantes desde el Supraparadigma Integrativo



Trastorno Eréctil

Para poder trabajar esta disfunción sexual (***Fig.2***)es sumamente importante primero descartar o confirmar variables biológicas como por ejemplo respecto de la musculatura, o si algún otro factor biológico distinto a la anatomía como tal está influyendo en esto, como fármacos, drogas, o enfermedades como por ejemplo la diabetes. Una vez conocida la información el trabajo se debe enfocar según el resultado, por ejemplo, si no es por causa biológica principal, se debe hacer un trabajo en torno a las cogniciones como punto fuerte, sin embargo si es por causas biológicas es importante trabajar como complemento de otra terapia (médica) que ayude a sobrellevar el proceso por ejemplo trabajar las frustraciones, la autoestima, u otras emociones, sin causar otra disfunción como la eyaculación precoz o retardada.

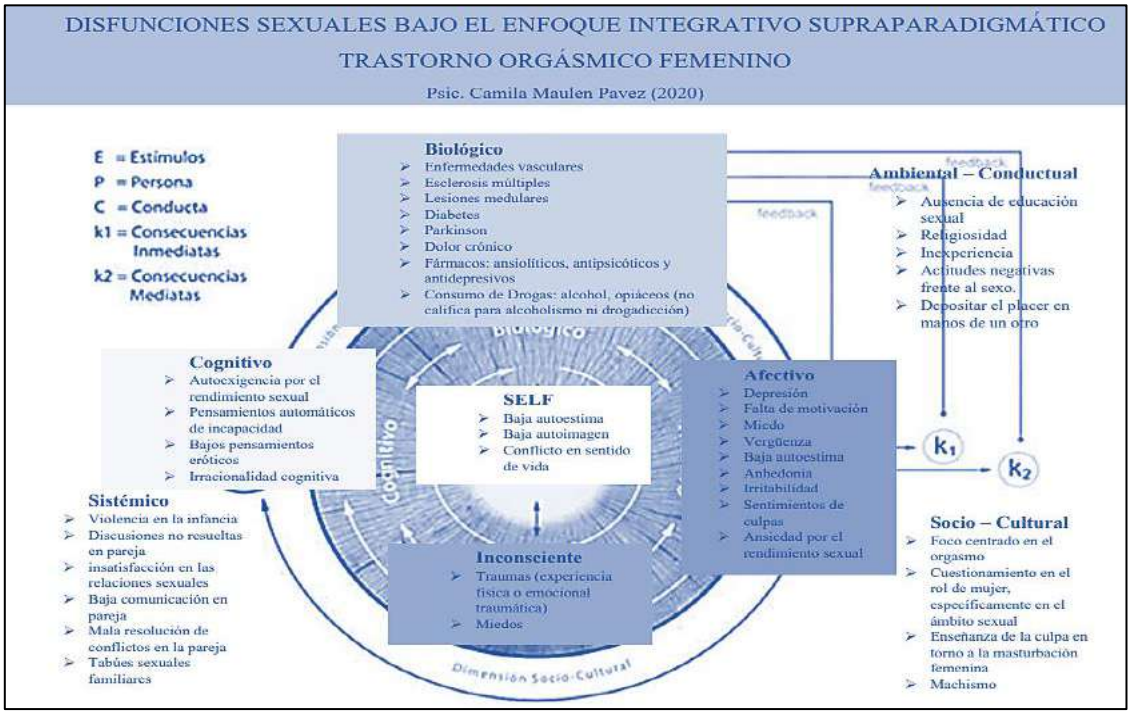
Fig.2.- Trastorno Eréctil: Factores relevantes desde el Supraparadigma Integrativo



Trastorno orgásmico femenino

Dentro de los factores (***Fig.3***)más potentes que causa el trastorno orgásmico femenino está la falta de autoconocimiento y autoexploración, pero es relevante descartar o confirmar que no sea causado por una afección de origen biológico, ya que en este caso la terapia psicológica sería complementaria a otra terapia médica

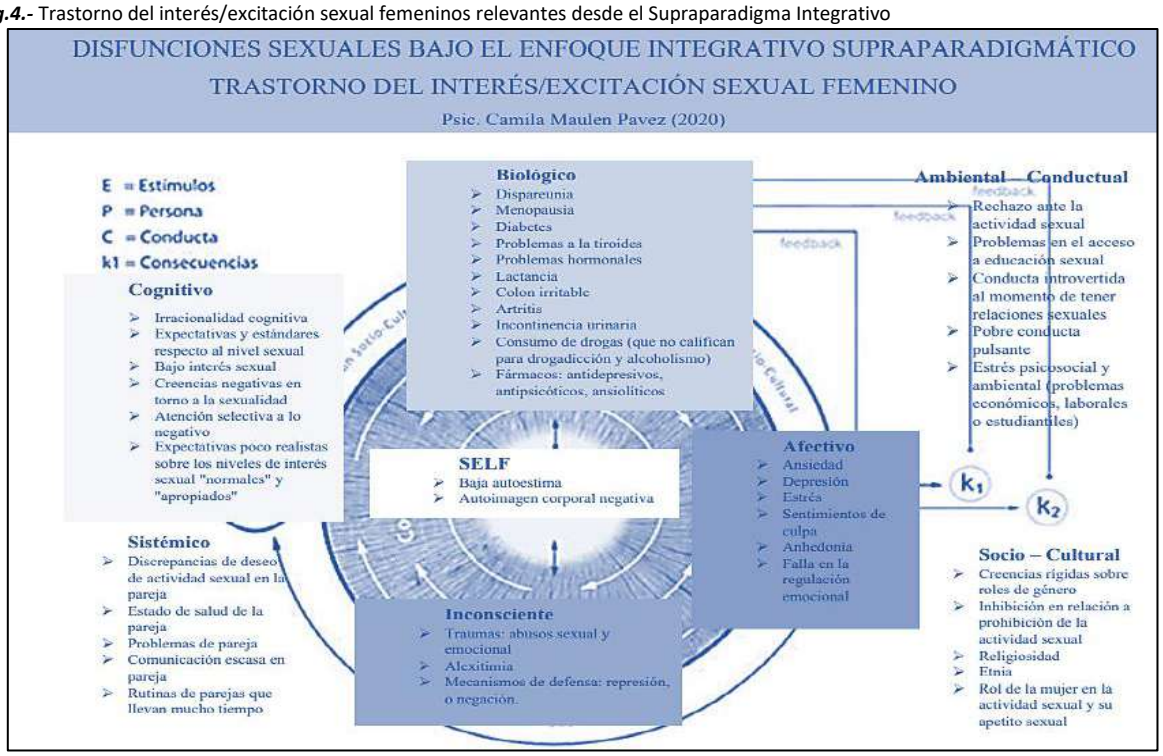
Fig.3.- Trastorno orgásmico femenino: Factores relevantes desde el Supraparadigma Integrativo



Trastorno del interés/excitación sexual femenino

Dentro de las características principales de esta disfunción sexual (***Fig.4***), está el hecho del gran peso de los factores relacionales y familiares, que propician desestabilizar los afectos y perjudican las cogniciones. Sin embargo, una de las causas habituales también tiene que ver con causas hormonales que propician la pérdida del interés y excitación sexual femenina. Si es así el caso lo mejor es complementar el tratamiento psicológico con tratamiento farmacológico complementario.

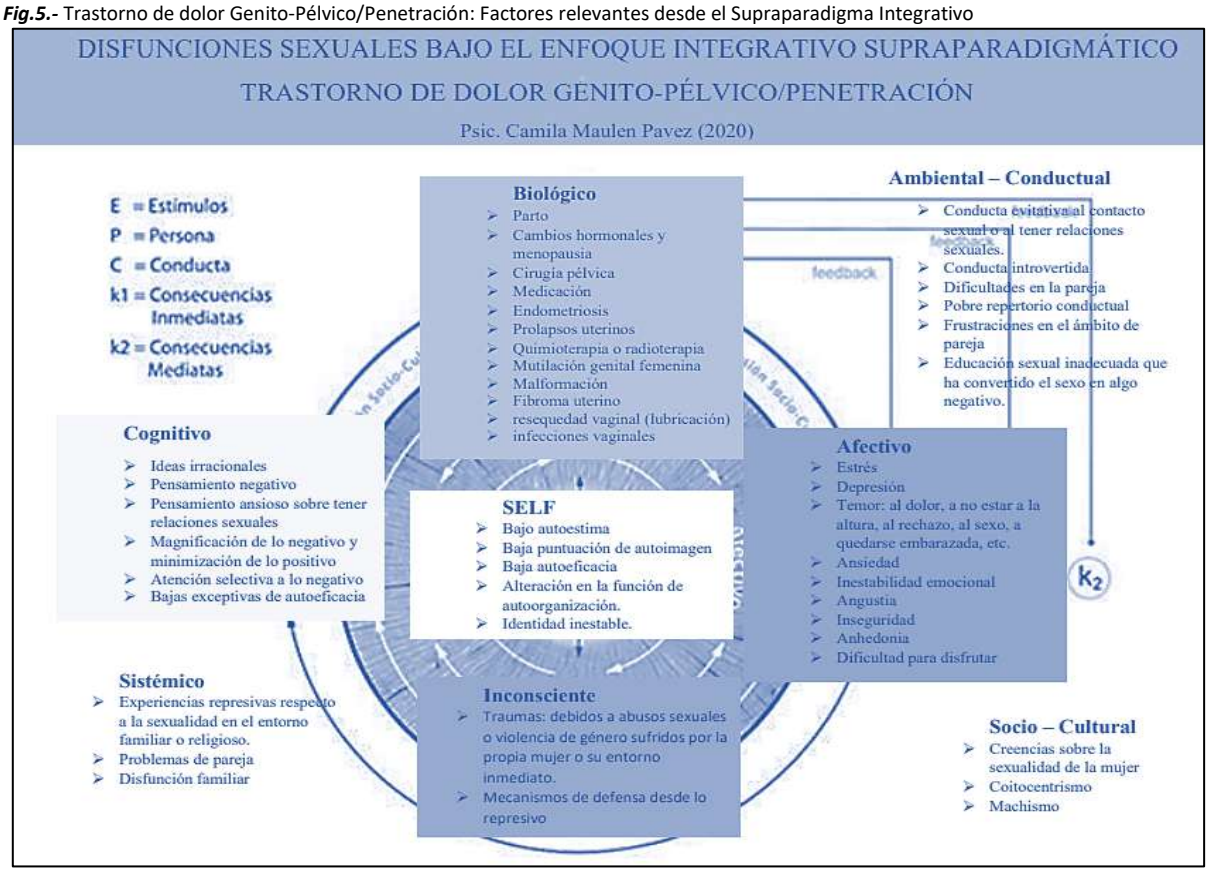
Fig.4.- Trastorno del interés/excitación sexual femeninos relevantes desde el Supraparadigma Integrativo



Trastorno de dolor Genito-Pélvico/Penetración

Sin duda en este caso la terapia psicológica es el complemento a la terapia médica, en este caso las causas habituales tienen origen biológico, pero también puede derivar de traumas, en ambos casos esta disfunción (***Fig.5***), se trabaja con tratamiento de piso pélvico, ya que se debe re-entrenar la musculatura de la vagina. Por otro lado, la relevancia del trabajo psicológico es abordar el trauma o los miedos asociados que acompañan esta disfunción, y pueden resultar obstáculos al trabajo del piso pélvico si no se trabajan en paralelo.

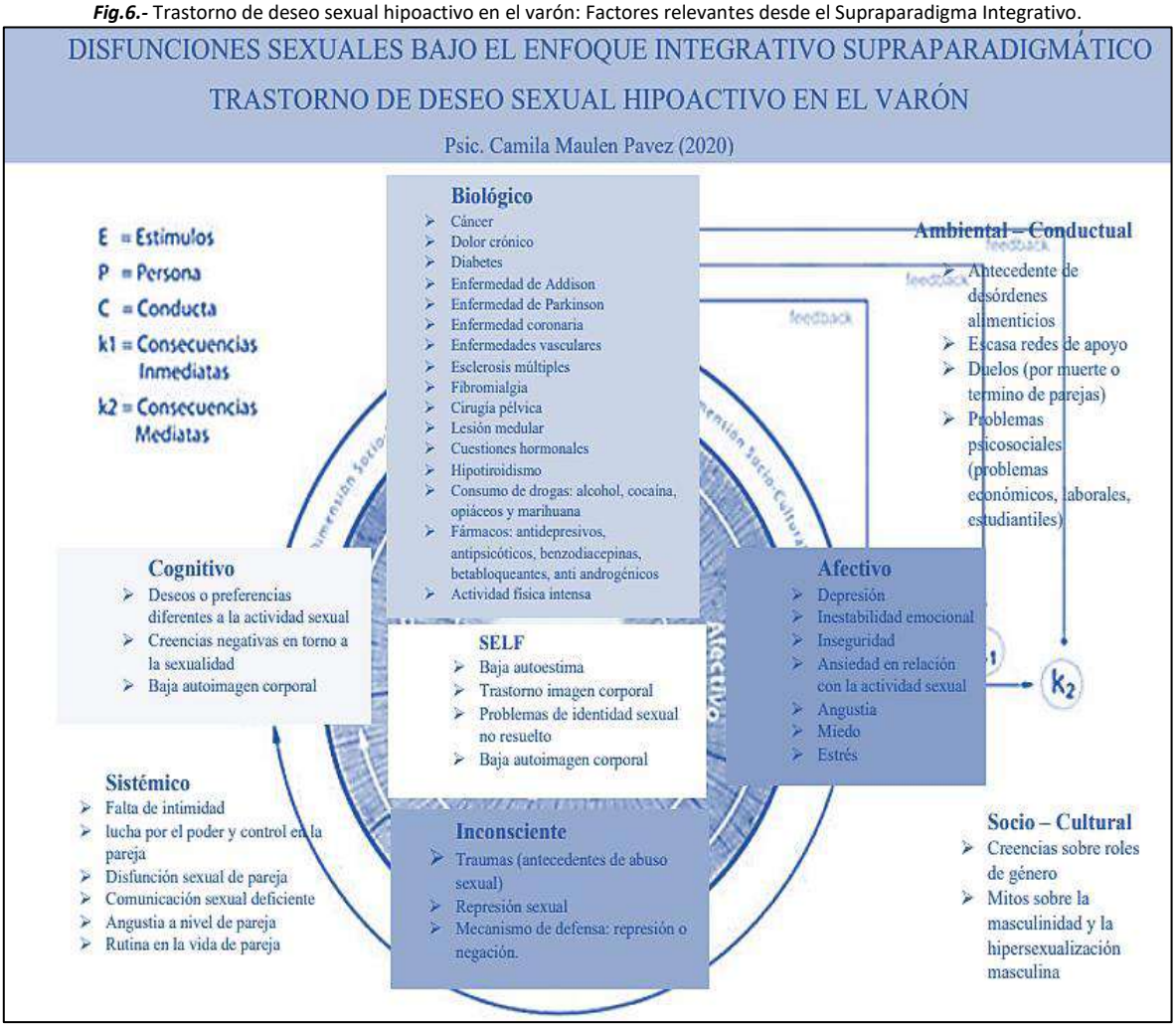
Fig.5.- Trastorno de dolor Genito-Pélvico/Penetración: Factores relevantes desde el Supraparadigma Integrativo



Trastorno de deseo sexual hipoactivo en el varón

Probablemente esta es una de las disfunciones que más cuesta ver en la consulta, ya que culturalmente se ha invisibilizado el hecho de que el hombre también puede no tener deseo sexual o estar experimentando una baja en la libido. Una de las causas principales en este caso (***Fig.6***) es el área biológica, y está asociada a enfermedades preexistentes, cirugías o lesiones. Estas causas como tal no son tan potentes como causales únicas, pero sí detonantes a miedos, dolor, ansiedad, vergüenza, u otros estados emocionales o creencias. Es aquí donde el trabajo de la psicología tiene un gran peso en trabajar esta disfunción desde la educación sexual, trabajando así las creencias limitantes que nacen de prejuicios, mitos y miedos.

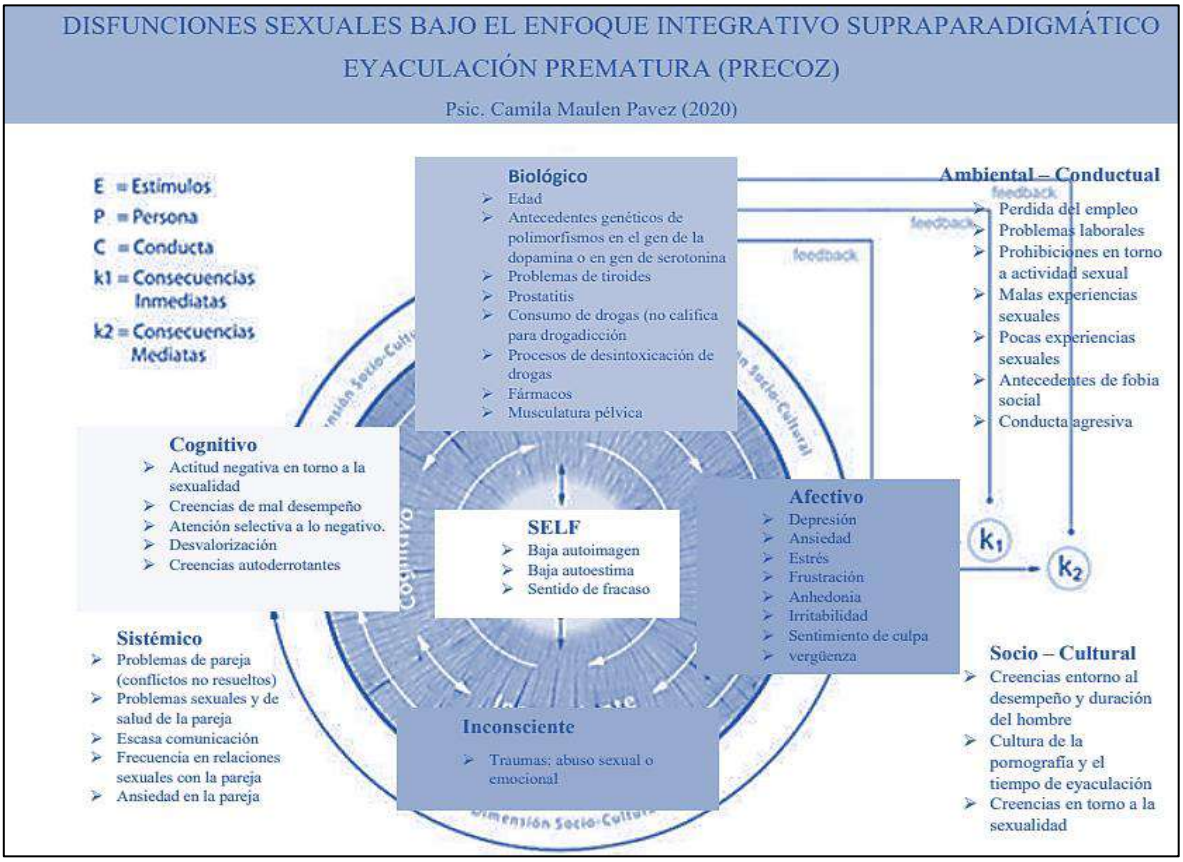
Fig.6.- Trastorno de deseo sexual hipoactivo en el varón: Factores relevantes desde el Supraparadigma Integrativo.



<u>Eyaculación prematura (precoz)</u>

Los factores preponderantes en esta disfunción sexual (***Fig.7***) están asociados a factores externos, como las fuentes donde se aprende de sexualidad, las creencias sobre lo que es la sexualidad y el desempeño del hombre en cuanto a duración. Debido a esto es que muchas veces la ansiedad juega el papel de antagonista del placer que conducen al desarrollo de esta disfunción sexual, sin embargo, un aspecto importante de la eyaculación prematura o precoz es que no existen tiempos como tal y cada vez que se actualizan los nuevos estudios el tiempo de duración para considerar algún tipo de trastorno es menor. Aquí la importancia de una buena psicoeducación sexual es fundamental antes de poder trabajar otros aspectos (rasgos o sintomatología ansiosa y obsesiva), ya que muchas veces basta con entender lo que ocurre y/o derribar una falsa creencia y no hay más terapia.

Fig.7.- Eyaculación prematura (precoz): Factores relevantes desde el Supraparadigma Integrativo



Es necesario señalar que sólo se plantean 7 de las 10 disfunciones, estas son: eyaculación retardada, trastorno eréctil, trastorno orgásmico femenino, trastorno del interés/excitación sexual femenino, trastorno de dolor genito-pélvico/penetración, trastorno de deseo sexual hipoactivo en el varón, y eyaculación prematura (precoz). Se dejan afuera la *disfunción sexual inducida por sustancias/medicamentos,* ya que se explica mejor por las variables adicción y el tipo de sustancias o medicamentos que consume (en este caso la disfunción sexual es un resultado del consumo). También se deja afuera *otra disfunción sexual especificada*, ya que no cumple criterios con alguna de las disfunciones sexuales conocidas por lo que las variables no son estables o clasificables. Y por último se deja afuera también la *disfunción sexual no especificada*, ya que aquí entran variables que no se explican mejor por variables conocidas, por lo que no tiene pautas que indiquen las causas de su origen.

Relevancia del psicólogo para realizar un buen diagnóstico de disfunciones sexuales

La conducta sexual siempre tiene un impacto individual en la persona. Puede ser satisfactorio y relajado, pero muchas otras

veces la ignorancia y/o la culpabilidad producen una ansiedad que entorpece la respuesta sexual. Es por lo que gran parte de las disfunciones sexuales tienen causas psíquicas y la mayoría pueden tratarse con éxito, de ahí la importancia que tiene la terapia

sexual llevada a cabo por el psicólogo especialista en sexología.

Los problemas de salud sexual y/o disfunciones sexuales provienen de diferentes causas (orgánicas, psicológicas y sociales). Estas causas deberán identificarse antes para poder darle un tratamiento adecuado.

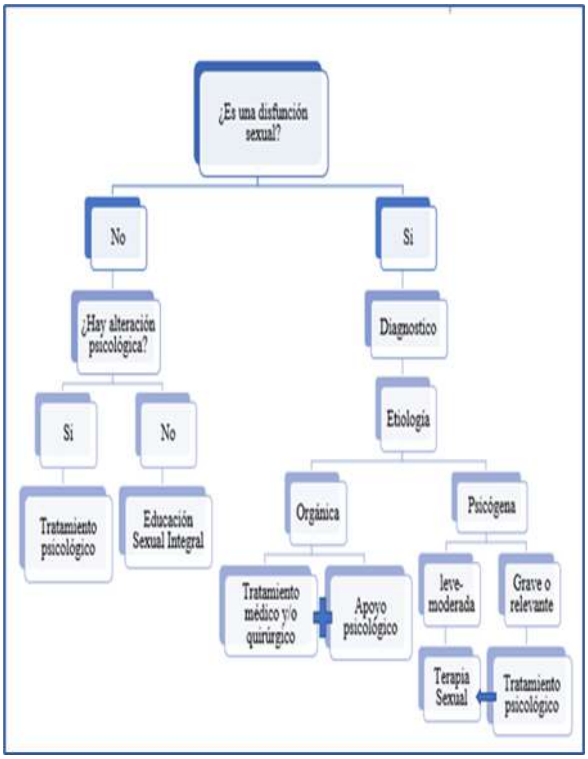
Actualmente se recomienda un enfoque donde se dé relevancia a los síntomas o síndromes clínicos que alteran la salud sexual del individuo o de la pareja.

El psicólogo clínico especialista en sexualidad o sexólogo ha de elaborar inicialmente la historia del problema, factores asociados a la problemática como historia personal, familiar, social, antecedentes mórbidos, evaluación de la conducta sexual, en este caso se propone ordenar los factores en los paradigmas en el mapa EIS tal como se propone en el título anterior, y al final valorar un diagnóstico con un posible tratamiento. Esto tiene mucha importancia ya podemos descartar una disfunción sexual, o simplificar el tratamiento a una psicoeducación en sexualidad que aliviará
la problemática, o entregar información oportuna que tal vez requiera otro tipo de apoyo terapéutico (otras patologías mentales como trastornos de personalidad, o adicciones)

El terapeuta sexual descarta inicialmente si el problema sexual planteado tiene una causa biológica o médica y si sospecha que pudiera ser así lo derivará al especialista pertinente (urólogo, ginecólogo, andrólogo, etc.). Si se descarta una patología orgánica se continúa la terapia sexual y se intentará modificar un problema de comportamiento. (OPS, WAS, 2000)

A continuación (***Fig.8***), se presenta la construcción de un esquema que será útil a la hora de realizar un correcto diagnóstico de disfunciones sexuales, y despejar variables.

Fig.8.- Diagnóstico de disfunciones sexuales



Adaptado de Kaplan, H. (1983). Evaluación de los Trastornos Sexuales: aspectos médicos y psicológicos. Barcelona: Grualbo

CONCLUSIONES

La tarea para el psicólogo clínico en el trabajo de la sexología es amplia, tenemos tres grandes áreas que son importantes a la hora de trabajar: el psicólogo clínico como educador en sexualidad integral, el psicólogo clínico como terapeuta en sexología, y el psicólogo clínico como investigadores en sexología.

Los avances en el conocimiento de los distintos aspectos de la sexualidad, el surgimiento la expansión y descontrol de las ITS en población como los jóvenes, el reconocimiento del placer sexual, la salud y la toma de decisiones reproductiva, las políticas públicas contra la violencia de género, el reconocimiento de las derechos sexuales como humanos, los avances científicos en salud sexual, y el potenciar la aceptación desde desmitificar prejuicios y creencias sobre la sexualidad, son algunas de las temáticas que tiene como responsabilidad de educar el psicólogo clínico con sus pacientes desde: Promover un comportamiento sexual responsable mediante, eliminar el temor, prejuicio, discriminación y odio relacionado con la sexualidad y las minorías sexuales donde se conocería y respetarían las identidades sexuales, y las diferentes conductas sexuales y orientaciones sexuales, eliminar la violencia de género en las que se reconocerían la violencia sexual en diversas formas y las diferentes formas de prevención de las mismas.

La necesidad de avanzar en conocimientos respecto al trabajo en sexualidad que conllevan tanto en la educación sexual como del tratamiento en disfunciones sexuales requiere actualizar la parcialización del trabajo, esto implica, reconocer la importancia del trabajo interdisciplinario, integral e integrativo. Aquí es que surge la gran importancia y el tremendo aporte del enfoque Integrativo Supraparadigmático y su visión en 360 del ser humano, expandiendo así la pesquisa a la hora de poder dar un correcto diagnóstico y aplicar el tratamiento que corresponde, y esta es la tarea para el psicólogo clínico con el trabajo en sexología. El enfoque nos ofrece, la posibilidad de evaluar las hipótesis diagnósticas para poder distinguir las variables relevantes a trabajar a la hora de iniciar un tratamiento, pero también nos puede ofrecer pautas para trabajar ciertas áreas como el sistema SELF, Paradigma cognitivo y afectivo, desde los elementos como la autoestima, autoimagen, autoconcepto, creencias limitantes, ansiedad, entre otras. Esto es complementario al trabajo que pueden hacer otros profesionales en el área biológica.

La tarea de plantear nuevos tratamientos y formas de trabajar las disfunciones sexuales a nivel terapéutico queda pendiente para una nueva investigación, es aquí que entra la tarea del psicólogo clínico como investigador en sexología. La investigación es necesaria para aumentar la comprensión del sexo, la sexualidad, la salud sexual y el comportamiento sexual, así como para evaluar la eficacia de estrategias de prevención, programas, cursos y tratamientos. Por esto la gran tarea y responsabilidad del psicólogo

clínico como investigador es promover la investigación sobre la salud sexual de personas y grupos de población. La evaluación iría encaminada a recopilar datos para tomar decisiones y valorar la eficacia de programas de educación sexual, promover la sexología como una disciplina de investigación y con relación a otras disciplinas (medicina, enfermería, sociología, antropología, epidemiología, etc.). Se pretende crear una mejora en los conocimientos en los conocimientos de la sexualidad y de la salud sexual, y por último difundir los conocimientos científicos para crear una base a nuevas experiencias de calidad para el futuro, como lo es este trabajo.

REFERENCIAS

Asociación Americana de Psiquiatría (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. (DSM-5) 5ª Ed: *Disfunciones Sexuales,* Arlington: Editorial Medica Panamericana

Basson, R. (2000). The Female Sexual Response: A Different Model, Journal of Sex & Marital Therapy, recuperado de Taylor & Francis Online sitio web https://doi.org/10.1080/009262300278641

CE, C (2019). Sexo ATR a todo ritmo: la educación sexual que queremos (pp 40-44). Buenos Aires: Editorial Planeta.

Chia, M. y Arava, D. (1996) El hombre multiorgásmico, Neo Person, Madrid

Estupinya, P. (2013). S=EX, La ciencia del sexo. Barcelona: Editorial Debate

Fisher, H. (2004). Por qué amamos. Madrid: Santillana Ediciones

Opazo, R. (2017). Psicoterapia Integrativa. Profundizando la comprensión, potenciando el cambio. Santiago de Chile: Ediciones ICPSI

Organización Panamericana de la Salud; Asociación Mundial de Sexología, (2000). Promoción salud sexual de las Recomendaciones para la acción. Antigua Guatemala.

Organización Mundial de la Salud. (2006). Definición de Salud sexual (Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health, 28–31 January 2002, Geneva), de OMS Sitio web: https://www.who.int/topics/sexual_health/es/

Organización Mundial de la Salud. (2018). La salud sexual y su relación con la Salud reproductiva: un enfoque operativo (Sexual health and its linkages to reproductive health: an operational approach). Ginebra: Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

Rodríguez, J.; Marzo, J.; Piqueras, J. (2017). Nuevos tratamientos conductuales que usan dispositivos de ayuda a la masturbación para la eyaculación precoz: Estado del arte. Madrid: Revista de Psicología de la Salud.

Rubio, E. (2014). Lo que todo clínico debe saber de sexología. México: Nieto Editores

Salas, M. (2016). Terapia sexual: hacia un modelo integrativo multidimensional (Tesis de magíster), Universidad de Chile, Santiago, Chile.

Wodovosoff, J. (2017). Sexología. La importancia del tratamiento integral de urología. Buenos Aires sitio web:
https://www.urologiabuenosaires.com/singlepost/2017/06/11/Sexolog%C3%ADa-La-importancia-del-tratamiento-integral

.

Comentario de Libros

Manual de Psicoterapia Integrativa EIS

Potenciando el Cambio en la Clínica Aplicada

Roberto Opazo Castro (PhD.) y Verónica Bagladi Letelier (PhD.)
Editores

Andros Ltda., Santiago, Chile, Abril, 2022

Comentarios:

Ps. María de los Ángeles Herane Tschorne

Escribir sobre el libro "Manual de Psicoterapia Integrativa EIS, potenciando el cambio en la clínica aplicada" implica un importante desafío, ya que quisiera poder transmitir con fuerza la relevancia de este impresionante trabajo, de 1496 páginas, para el ámbito de la psicología clínica aplicada.

En este manual, los autores logran compartir con el lector, de una manera cercana y clara, con base en la evidencia científica, los conocimientos que han ido consolidando a través de los años. El leer los distintos capítulos del libro, se adscriba uno o no como parte del Enfoque Integrativo Supraparadigmático, nos obliga a analizar y reflexionar sobre nuestro trabajo psicoterapéutico, motivándonos a una mejora constante.

Los autores de este libro han compartido de una manera generosa con los lectores sus planteamientos, con profunda rigurosidad y fundados en la investigación, lo cual es un aporte muy nutritivo al campo de la psicología clínica aplicada. Como profesionales del área de la salud mental estamos impelidos a estar constantemente actualizándonos, buscando nuevos modos de potenciar el cambio, siempre en base a la evidencia, para que la o las personas alcancen un mayor bienestar, y este manual nos otorga un material de un excelente nivel para enriquecer nuestra práctica profesional.

María de los Ángeles Herane Tschorne

Magíster en Psicología Clínica, Pontificia Universidad Católica de Chile
Estudios Avanzados en Sexualidad y Relaciones Interpersonales, Universidad de Salamanca
Psicoterapeuta Sistémica Infanto Juvenil, UC
Email: mherane@uc.cl

Ps. María Sonnia Chalup de Hochstatter

Vivo en Bolivia, en Santa Cruz de la Sierra, donde hace unos meses llegó a mí - muy gentilmente - de mano de sus Editores, el libro *Manual de Psicoterapia Integrativa EIS: Potenciando el Cambio en la Clínica Aplicada*, con hermosa dedicatoria que me llenó de gran felicidad. Se trata de un esfuerzo titánico de Roberto Opazo Castro (PhD) y Verónica Bagladi Letelier (PhD), el sustento imprescindible de la aplicación del Modelo Integrativo Supraparadigmático para conseguir una efectividad de la psicoterapia, rescatar todas las fuerzas de cambio válidas, y ponerlos al servicio de una psicoterapia… haciéndola más integrativa, potente y efectiva.

Leer el Manual, es como consultar una enciclopedia. Aplicable, clínicamente, a los casos que vamos atendiendo; pues va contribuyendo, muy significativamente a nuestro quehacer, desde el Supraparadigma Integrativo, para lograr resultados terapéuticos superiores a los "empatantes" resultados obtenidos - hasta ahora - por los diferentes enfoques que penetran en la psicoterapia.

Mi etapa de formación profesional, en los 80's, fue eminentemente clínica, y básicamente psicoanalítica; aunque también me instruyeron en Skinner, Bandura, Piaget, Rogers, Frankl, Bertalanffy, Perls, Beck, Pavlov y tantos otros. El problema es que nunca los integraban, y más bien los oponían.

Fue el 2010 que, realizando mi maestría en Psicología Clínica, conocí el Supraparadigma Integrativo, a su Director y sus docentes… calzándome como anillo al dedo. Fue un gran encuentro, una línea altamente deseada por mi persona, y me comprometí al 100% como con ninguna escuela de la Psicología. Al conocer el Supraparadigma, me llené de gozo y de una apertura mental nunca antes vivida; y lo abracé totalmente. Es la propuesta más inteligente y abarcativa, la más ambiciosa de la Psicología, que busca producir el cambio en la dirección deseada para los pacientes, como para la enseñanza de los alumnos universitarios.

Me convertí en admiradora y seguidora del Enfoque Integrativo Supraparadigmático EIS, tanto en la práctica clínica, como en la investigación; comparto plenamente cada uno de sus fundamentos, epistemológicos, metodológicos y clínicos. Debo reconocer que no solo por su teoría y su praxis, sino porque admiro profundamente a sus autores, Roberto y Verónica, personas llenas de creatividad, generosidad, brillantez, sapiencia y geniales en sus expresiones, únicas y sagaces, con gran vocación de ayuda a los pacientes; y valoro también a los nuevos psicólogos que se van integrando al Modelo. En 2019 logramos que el Programa de Maestría en Psicoterapia Integrativa se realizara en la Universidad Autónoma Gabriel Rene Moreno, la que culminó con gran éxito y del cual fui Coordinadora.

Comentar el libro *Manual de Psicoterapia Integrativa EIS*, no es nada fácil. Pues se ven avances desde el modelo inicial, hacia la constante creación de nuevos elementos que aportan al quehacer de la psicoterapia, para realizar una particular y distintiva forma de implementarla en los distintos ámbitos del funcionamiento psicológico, y más allá de la

psicoterapia. Es, de hecho, la teoría psicológica más comprensiva, exhaustiva y completa; desde mi óptica, la más humana, creativa y viable. Valoro, los excepcionales psicólogos que son los Editores, y la experticia que poseen en la corriente que han creado; también considero muy loable la tarea de los escritores-autores - de los artículos allí escritos - que proporcionan conocimiento y guía para la práctica psicoterapéutica.

Mi consulta clínica, y mi docencia universitaria, con este Manual de Psicoterapia se vieron enriquecidas… desde este maravilloso trabajo. Comenzando con la Maestría en Psicoterapia Integrativa, viví el salto cualitativo, al decir de Piaget, tanto en lo teórico como en lo práctico, y pude escribir desde este enfoque dos libros en la línea de evolutividad, los cuales ya van en la tercera edición. El primero, " La persona en desarrollo, desde la concepción hasta la adolescencia"; y, el segundo, "La persona en desarrollo II, adultez, madurez, adultez mayor y muerte y duelo". Asimismo, orienté la tesis doctoral hacia los "Factores Clínicos Diferenciales y esenciales de los adultos mayores, desde el Enfoque Integrativo Supraparadigmático", con la guía inigualable de la Dra. Verónica Bagladi Letelier.

Mi experiencia clínica, de investigadora y escritora, tienen el privilegio de tener a mi alcance los libros escritos por Roberto Opazo y Verónica Bagladi. Al leer el libro del que hablamos, encontramos capitalizados los hallazgos válidos de todas las corrientes y enfoques, integrados en una práctica clínica muy abarcativa y altamente efectiva. El actual Manual de Psicoterapia Integrativa EIS, es la labor que estaba pendiente; ya que, los terapeutas, nos movemos por modelos no solo teóricos sino de acción; y, por tanto, se ha convertido en un texto de consulta imprescindible para el ejercicio en la práctica clínica y educativa, que orienta no sólo la organización conceptual, sino metodológica y empírica del quehacer psicológico aplicado.

A lo largo de los 23 capítulos del Manual, se observan tanto el rigor científico como la experiencia; de este equipo de colegas comprometidos con la línea del Supraparadigma, no solo porque lo ejercen, sino porque la gran mayoría de ellos son profesores de maestrías y especialidades que dictan a nivel internacional, aportando significativamente con herramientas técnicas y metodológicas para la terapia.

Quienes han tenido la fortuna de conocer en persona a sus Coeditores, Roberto Opazo y Verónica Bagladi, entienden lo encantador y profundo que resulta escucharlos, así como leerlos. Con tanta pertinencia y claridad, que uno se ve lanzado a procurar una práctica clínica con más seguridad y aplomo que nunca.

En el libro "Manual de Psicoterapia Integrativa EIS- Potenciando el cambio en la clínica aplicada", sus editores dan las líneas del accionar terapéutico, proporcionando los nuevos e importantes aportes en los recientes descubrimientos. En los temas que se abordan, como el psicodiagnóstico integral, los conceptos movilizadores, las terapias de trastornos como el tipo ansioso, depresivo, bipolar y de personalidad, adicciones y problemas de pareja, así como la clínica infantil, las relaciones de apego con sus repercusiones a largo plazo, el manejo de los vínculos parentales… son cuestiones en las que he estado trabajando en mi

consulta todos los días. Y ellos, me han aportado con esa mirada interdisciplinaria no solo de los autores pasados sino explorando el futuro de la psicoterapia.

Este Manual super útil y valioso (no explicito todos los capítulos ni todas las áreas que abarca), tiene mucho que enseñarnos de integrativo, transdisciplinario e interdisciplinario. Mucho más aún del arte de la atención psicoterapéutica, la cual no se encuentra revelada en otros libros de psicología. Aportan con resultados reales, con evidencias científicas, ayudando a superar aquello que a los psicoterapeutas les resulta difícil superar: el efecto placebo, los factores comunes y el abordaje de los temas según el propio placer y criterio, sin reparar en lo que señalan las evidencias. Con este Manual, cambia enteramente aquello que el grueso de los terapeutas realiza en su práctica - desde énfasis tan solo ecléctico, humanista y artístico; a la vez, normaliza el desorden, que se deriva de todo tipo de integraciones, a gusto de cada cual, resultando ser el remedio peor que la enfermedad.

Mayoritariamente, los terapeutas no carecen de estudio ni de capacidad, sino que ciertamente la dinámica psicológica y sus acontecimientos, son en sí mismos, uno de los objetos de estudio y de atención más complejos que se pueden abordar. Por lo que los psicoterapeutas - de cualquier orientación - navegamos en mares de variables, las que rápidamente nos desvían, nos hacen difícil esclarecer cuál es cuál, cuál mueve a cuál, qué funciona y qué no funciona, qué aporta y qué no aporta. Por ello, pasa a ser casi inevitable el que nos equivoquemos mucho al abordar nuestro objeto de estudio: la dinámica psicológica.

Por ello, en este Manual de Psicoterapia Integrativa EIS tenemos una especie de Arca de Noé, guiados por una teoría sólida, que nos aproxima mejor a lo grande y a lo minúsculo, a lo trascendente y a lo transitorio, aportando respuestas que necesitan todos. Sumado a un pensamiento crítico, integrando ciencia, humanismo y arte… y desagraviando el criterio de la OMS de que los psicólogos nunca se ponen de acuerdo. Con el aporte guiador del Supraparadigma Integrativo, se van generando puentes y aproximaciones aportativas, y una gran integración frente al conocimiento válido.

He podido evidenciar, en este Manual, los avances y logros obtenidos en la Psicoterapia Integrativa EIS en diferentes ámbitos de la psicología clínica. Así como el aporte a la prevención y promoción de la salud integral:

> En la primera parte, se ofrecen importantes actualizaciones del Enfoque Integrativo Supraparadigmático, actualizaciones del Supraparadigma Integrativo y de la Psicoterapia Integrativa EIS. Todo esto, con un importante avance del Enfoque, en su comprensión y abordaje del desarrollo psicoevolutivo, aplicando los planteamientos y acciones a la infancia y la familia.
>
> En la segunda parte, se exponen temáticas clínicas de relevancia central, seleccionadas por consideración a los aportes del EIS más destacados; y basados en las necesidades de propuestas de intervención psicoterapéutica más completas y actualizadas. Profundiza en el psicodiagnóstico Integral del EIS, en diferentes ámbitos de aplicación, esencial para toda psicoterapia. Luego se adentra en el accionar clínico de los Conceptos Movilizadores, como aporte a la Psicoterapia. Siguiendo sus páginas,

uno penetra al interior de varias aplicaciones de la Psicoterapia Integrativa EIS a cuadros problemáticos relevantes como la ansiedad, conflictos de pareja, trastornos personalidad, bipolaridad, crianza integral de los niños, y factores de incidencia en el afrontamiento de desastres y emergencias… entre otros.

Los Capítulos contribuyen a la práctica del terapeuta con muchos recursos técnicos, tales como la administración del apego, técnicas de meditación, integración de la psicofarmacología a la Psicoterapia Integrativa EIS para una intervención apropiada. Y la adopción de nuevos formatos de atención clínica, tales como los digitales que surgieron como demanda en la pandemia mundial, trabajando con nuevas tecnologías en el contexto terapéutico.

Cada uno de los autores, con estilo propio y notorio esfuerzo, han usado su experiencia de alto nivel como maduros y expertos profesionales. Un alcance muy loable de los Editores pues hacen, de sus discípulos, sus colegas. Les confían el Supraparadigma y los dejan elevarse a nivel de profesores, capaces de enriquecer la Psicoterapia Integrativa EIS, convirtiéndose en sujetos de calidad, de formación amplia y segura, dándose por entero para que los pacientes sean los principales beneficiados.

Este libro, sin lugar a dudas, es un resultado – constatable - de lo que se puede lograr con la potenciación interaccional, con la integración entre autores y Editores, con la humildad con la que ofrecen su valiosísimo producto, que no miden cuánta vida han dejado en él, ni cuánta trascendencia alcanzará, ni a cuántos ayudará. Pero lo hacen, con todo rigor y voluntad, dejando sus sueños y sus enormes esfuerzos plasmados en él. Por ello, les dedico toda mi gratitud y admiración.

Ps. María Sonnia Chalup de Hochstatter

Doctor en Psicología de la Universidad Gabriel René Moreno
Magíster en Psicoterapia Integrativa de la Universidad Andina Simón Bolívar
Santa Cruz, Bolivia
Email: soniachalup@gmail.com