

AcPI

Actualizaciones
en
Psicoterapia Integrativa

Editorial

Fieles a nuestra motivación de acercarnos a la exploración de los 360° de la dinámica psicológica, y de sistematizar el conocimiento dentro del Supraparadigma Integrativo, el presente número de AcPI aborda diversas temáticas; tales como el impacto de la alimentación en el bienestar psicológico. En cuanto al espectro autista, se aborda el impacto del estrés y la autoeficacia parental, junto con las particularidades de la adolescencia en este cuadro. También se abordan las características de la mujer y su impacto en las relaciones de apego temprano; la parentalidad positiva, y el sentido de vida. Así también, en busca de la promoción del bienestar psicológico, presenta reflexiones en torno al amor y la crianza. Finalmente, en concordancia con otro de los nortes centrales del EIS que involucra la evaluación de sus planteamientos y desarrollos, se presenta un estudio de la utilidad de la Ficha de Evaluación Clínica Integrativa (FECl) en la pesquisa del riesgo de suicidio.

Los distintos artículos del Vol. 10 de AcPI nos presentan el trabajo de investigación, reflexión teórica y sistematización, de aportes de la disciplina y la clínica... realizados por miembros del equipo de profesionales del ICPSI, alumnos de pos-grado y titulados de nuestros programas de formación de Psicoterapeutas Integrativos EIS, tanto en el área de adultos como en el área infanto-juvenil.

Esperamos que los contenidos entregados sirvan de aporte y de motivación a la reflexión de nuestros lectores; así como para alentarlos en el rescate constante del conocimiento válido, la optimización de nuestra labor profesional y la búsqueda de respuestas a las necesidades de la población consultante y de la sociedad en su conjunto.

Verónica L. Bagladi L.
Directora

INDICE

Editorial	4
Artículos	
Rol de la Alimentación en la Salud Mental: un abordaje desde el EIS <i>Ps. Valentina De Vittorio P.</i>	7
Utilidad de la Ficha de Evaluación Clínica Integral (FECl) en la evaluación del Riesgo Suicida. <i>Mg. Catalina Álamo P., Mg. Texia Bejer T., PhD. Verónica Bagladi L.</i>	32
Factores Personales de mujeres/madres que pueden Favorecer y/o Dificultar el Desarrollo de un Apego Seguro en sus hijos (as) <i>Ps. Constanza Riveros M.</i>	46
Parentalidad Positiva: Una aproximación desde el EIS <i>Mg. Texia Bejer Tajmich.</i>	57
Estrés parental y percepción de autoeficacia parental en progenitores de niños diagnosticados con Trastorno del Espectro del Autismo: lineamientos generales para una propuesta de intervención parental <i>Ps. Alejandra Olivares C.</i>	80
Funcionamiento Asperger en la Adolescencia. Una comprensión del cuadro desde el Enfoque Integrativo Supraparadigmático <i>Ps. Camila Cayazzo A.</i>	98
Reflexiones Integrativas	
Amortopoyesis: hacia un amor evolucionado <i>Mg María Sonia Chalup M.</i>	121
Reportes de Investigación ICPSI	
Función del EIS Búsqueda de Sentido en muestra clínica: pacientes del centro de atención psicológica CONPER. <i>Mg. José Pablo Palacios.</i>	134

Artículos

Rol de la Alimentación en la Salud Mental: un abordaje desde el EIS

Valentina De Vittorio Pica*¹

Abstract

Since the Neolithic revolution, quality and feeding patterns in humans had suffered radical changes along time. This changes have had big consequences for mental and physical health because the current “occidental” diet quality doesn’t meet the body’s nutritional requirements. A new psychiatry sub discipline called Nutritional Psychiatry, has been willing to investigate the existent relationship between diet quality and mental health. The results found until now will be presented and adressed by Supraparadigmatic Integrative Approach, mainly by the Biologic Paradigm.

Keywords: *Diet, Nutrition, Mental Health*

Resumen

Desde la revolución del Neolítico, la calidad y patrones de alimentación en los humanos han sufrido cambios radicales a través del tiempo. Estos cambios han tenido grandes consecuencias para la salud tanto física como mental, debido a que la calidad de la dieta “occidental” actual no estaría respondiendo a las necesidades nutricionales del organismo. Una nueva rama de la psiquiatría, llamada Psiquiatría Nutricional, se ha dispuesto a investigar la relación existente entre la calidad de la dieta y la salud mental de las personas. Los hallazgos encontrados hasta ahora serán presentados y abordados desde el Enfoque Integrativo Supraparadigmático, principalmente desde el Paradigma Biológico.

Palabras Clave: *Dieta, Nutrición, Salud Mental*

AcPI, 10: 7-31

* Psicóloga Clínica, Pontificia Universidad Católica de Chile. Especialista en Psicoterapia Integrativa EIS (ICPSI). vdevittorio@uc.cl

Introducción

La Salud Mental ha tenido un gran desarrollo a lo largo de los últimos años, lo cual puede ser evidenciado en diversos aspectos tales como nuevas técnicas de intervención, una mayor comprensión tanto de la estructura cerebral como de su funcionamiento (gracias a los avances tecnológicos), el desarrollo del campo de la investigación y los nuevos descubrimientos que ha aportado, entre otras. Sin embargo, a pesar de haber grandes avances en el campo de la psicología, la cantidad de trastornos mentales no ha dejado de crecer y los indicadores muestran que la cifra continuará aumentando durante los próximos años a nivel mundial (Sarris & Jacka, 2015). En el caso de la depresión, por ejemplo, la evidencia sugiere que a pesar de haber un incremento en el uso de psicofármacos y una mayor variedad de tipos de psicoterapia, la cantidad de población con depresión no ha disminuido, e incluso, podría estar aumentando (Anthony F. Jorm, 2017). Si bien el escenario no suena muy alentador, los científicos ya han comenzado a buscar nuevos caminos que permitan dar con estrategias y puntos de vista novedosos, con el objetivo de poder utilizarlos en el tratamiento de la salud mental. Uno de estos caminos, es una nueva subdisciplina psiquiátrica llamada Psiquiatría Nutricional, la cual estudia y proporciona evidencia sobre la calidad de la dieta, entendiéndola como un factor de riesgo modificable para las enfermedades mentales (Marx, Moseley, Berk, & Jacka, 2017). Su objetivo es desarrollar evidencia comprensiva, cohesiva y rigurosa, que sirva de base para repensar el papel de la dieta y la nutrición en la salud mental (Sarris & Jacka, 2015). El presente trabajo tiene como objetivo

presentar algunos de los descubrimientos más significativos que se han realizado hasta ahora y posteriormente abordarlos desde el EIS, principalmente desde el paradigma biológico.

Calidad de la dieta en la actualidad

La calidad de la dieta es un factor clave que se suele tener en consideración a la hora de analizar la salud de una persona. Se ha evidenciado que en la actualidad, las sociedades -tanto desarrolladas como sub desarrolladas- tienden a tener una dieta de baja calidad. Esta dieta se caracteriza por tener una deficiencia de nutrientes, un consumo elevado de alimentos altamente procesados y tener una alta densidad energética (tanto de grasa como de azúcar), lo que ha llevado a desarrollar una población tanto sobrealimentada como desnutrida (Sarris & Jacka, 2015). A pesar de que la ingesta de calorías ha aumentado, muchas personas no están ingiriendo la cantidad necesaria de nutrientes esenciales cerebrales, donde se encuentran incluidos elementos como el magnesio, el zinc y vitaminas del grupo B (Parker, Goldman, & Moshfegh, 2014). Sumado a esto, el consumo de verduras ricas en nutrientes y fibra está por debajo del nivel recomendado (Bowman, Friday, Thoering, Clemens, & Moshfegh, 2014). Esta situación, acompañada de otros factores como el tabaquismo, el sedentarismo y el uso recreativo de drogas y alcohol, han llevado a desarrollar una epidemia de mala salud (Sarris & Jacka, 2015).

En Chile particularmente, la situación es bastante alarmante. Las últimas investigaciones han demostrado un alza

dramática en la tasa de obesidad del país, lo que lo ha llevado a posicionarse entre los diez países con la mayor cantidad de población obesa (Collaboration, 2017). En el caso de la población adulta, Chile ocupa el décimo lugar, mientras que la población infantil se posiciona en el quinto. Según la Encuesta Nacional de la Salud 2016-2017, tres de cada cuatro personas (74,2%) estarían afectadas y en el caso de los niños, uno de cada cuatro, siendo la prevalencia más alta en escuelas municipales (30%) (Vio Del Río, 2018). De acuerdo a la evidencia empírica, la alimentación actual en Chile se caracterizaría por ser desequilibrada y con un consumo elevado de azúcares y grasas (Anigstein, 2013) lo cual, sumado al sedentarismo, podría beneficiar la malnutrición debido a un exceso de energía y/o a un déficit de nutrientes esenciales (Caro, 2015). Asimismo, se indica que habría un consumo por debajo del promedio recomendado de pescado y fibra, junto con un consumo elevado de sal (Caro, 2015). En una investigación de Castillo et al, se encontró que, dentro de la población escolar, los hábitos alimenticios no saludables se hallarían transversalmente extendidos en los establecimientos educacionales, tanto municipales como privados, debido a la presencia de consumo de comida rápida, bebidas y golosinas. También, en el mismo estudio se constata que los alumnos de colegios municipales tienen una menor ingesta de frutas, verduras, carnes y productos lácteos en comparación a los alumnos de colegios privados. Esto ocurriría debido al costo de estos productos y estaría marcando un punto importante a considerar en la problemática nutricional: no es solamente el tipo de alimento y su calidad lo que estaría en juego, sino también que tan

accesibles son estos para la mayoría de la población.

Efecto de la dieta en el funcionamiento cerebral

La forma tradicional de entender la conexión existente entre los alimentos y el cerebro se enfocaba principalmente en la importancia de tener una dieta balanceada, ya que, al contribuir a la salud general del cuerpo, se subentendía que también estaría contribuyendo a la salud mental, podría ser descrita con el típico refrán “mente sana en cuerpo sano”. Con los nuevos hallazgos que ha habido durante los últimos años, esta concepción ha sufrido ciertas modificaciones, ya que ahora se considera que una alimentación saludable no solo puede contribuir a mejorar la salud mental, sino que también puede participar en la génesis, tratamiento y prevención de trastornos y síntomas psicológicos. Esta nueva mirada parte de la simple base consistente en que **los alimentos que comemos afectan directamente la función y estructura del cerebro** y en última instancia, el estado anímico (Selhub, 2015). El cerebro humano opera a un ritmo metabólico muy elevado y en el proceso, utiliza una gran proporción del total de la energía y de los nutrientes que son ingeridos. Además, tanto su estructura como su funcionamiento dependen de elementos como los aminoácidos, grasas, vitaminas y minerales (Sarris & Jacka, 2015). Otros elementos indispensables como los factores neutróficos, quienes actúan en los procesos de neuro plasticidad y los mecanismos de reparación, también están afectados por los nutrientes (Moledenjik, y otros, 2011).

La calidad de los alimentos ingeridos habitualmente juega un papel de gran relevancia. Una forma de comprender mejor la relación de la calidad de los alimentos con los efectos en el funcionamiento cerebral es a partir de una analogía entre autos y combustible, donde la calidad del combustible que se use para el auto será proporcional al funcionamiento y rendimiento de éste (Selhub, 2015). Una dieta alta en comida procesada, azúcares y grasas, está asociada a una salud mental pobre (Jacka, 2017). Este tipo de dieta tiene una serie de efectos a nivel cerebral, entre los cuales destacan: el aporte de elementos nocivos los cuales son difíciles de eliminar para el cerebro afecta la adecuada realización de sus funciones -entre ellas la neuroplasticidad-, empeora los síntomas anímicos, y además, promueven la inflamación y el estrés oxidativo (Selhub, 2015) (Marx, Moseley, Berk, & Jacka, 2017).

Relación entre la dieta y la Salud Mental

Para obtener una buena calidad de nutrientes es necesario seguir una dieta de buena calidad, caracterizada por una alta ingesta de vegetales, frutas, alimentos del mar, granos integrales, carne magra, frutos secos y legumbres, junto con la evitación de los alimentos procesados y azucarados. Un clásico modelo de este tipo de dieta es conocido como Dieta Mediterránea. (Sarris & Jacka, 2015).

A lo largo de los últimos años, se han realizado numerosos estudios que demostrarían una correlación entre la calidad de la dieta y los síntomas

psicológicos. Dentro de la población adolescente, encontramos un estudio realizado en Nueva Zelanda para ver si existía una relación entre la calidad de la dieta y la salud mental de la población adolescente étnica. De una muestra de 4249 adolescentes de entre 12 y 18 años, se obtuvo que aquellos que tenían hábitos alimenticios saludables, entre los que se encuentran tomar desayuno, comer almuerzo y cena, comer frutas y vegetales y comer en familia, tenían mejores índices de salud mental. Mientras que aquellos que tenían hábitos alimenticios no saludables entre los que se incluye: consumo de bebidas, comida rápida, snacks procesados, comidas fritas o altas en grasas, comidas altas en azúcar y compras recurrentes de comida en quioscos y tiendas, presentaron una tasa más alta de síntomas psicológicos tanto ansiosos como depresivos (Kulkarni, Swinburn, & Utter, 2014). En otro estudio realizado a adolescentes ingleses, se encontró que había una clara relación entre una dieta poco saludable y problemas de salud mental. La muestra consistió en casi 3000 adolescentes y se hizo un seguimiento 2 años después. Los resultados obtenidos indicaron que los adolescentes que seguían una dieta poco saludable tenían más del doble de probabilidad de presentar síntomas de mal estar psicológico y tenían 50% más de probabilidad de presentar síntomas depresivos (Felice, Rethon, Taylo, Berk, & Stansfeld, 2012). Esta información puede ser de vital importancia debido a que los adolescentes se encuentran en pleno desarrollo y la calidad de la dieta quizás podría afectar su curso.

En poblaciones adultas las investigaciones disponibles tienden a ser

mayoritariamente significativas con respecto a los síntomas depresivos. Sin embargo, también se evidencian algunas que abarcan síntomas ansiosos y el trastorno bipolar.

Por otro lado, en Hong Kong se realizó una investigación analizando la población adulta mayor y sus patrones alimenticios, con el fin de ver si existía una relación entre ellos y los síntomas depresivos. Utilizaron una muestra de 2902 adultos mayores de 65 años y se les realizó un seguimiento a los 3 años. De los resultados obtenidos, aquellos adultos mayores que seguían un patrón alimenticio con una mayor proporción de vegetales y frutas tenían una baja probabilidad de desarrollar depresión (Chan, Chan, & Woo, 2014). Vemos que la dieta afectaría trascendentalmente a todas las edades y que los efectos tienden a ser los mismos entre ellas.

En un estudio longitudinal de 8.5 años que analizó la calidad de la dieta y el riesgo de incidencia de depresión de 15,093 ciudadanos españoles, encontró que aquellos que más se habían adherido a la dieta mediterránea, tenían mayor energía y un riesgo significativamente menor a desarrollar depresión en comparación a aquellos que seguían una dieta menos balanceada o una dieta vegana. Asimismo, se descubrió que mientras más adherencia había a las dietas saludables, menor era el riesgo de desarrollar depresión (Sánchez-Villegas, y otros, 2015). Cabe destacar el aumento de energía reportado en la dieta mediterránea y que ésta en general haya resultado más favorable que la vegana, puesto que indicaría que la vegana tampoco estaría entregando todos los nutrientes necesarios y actualmente tiende a ser una dieta común.

En una investigación desarrollada por Agne`s Le Port et al (2012), se realizó un seguimiento durante 10 años a empleados de la Compañía Nacional de Gas y Electricidad de Francia que evaluaba sus patrones alimenticios. De un total de 9272 hombres y 3132 mujeres, se evidenció que aquellos hombres que tenían patrones alimenticios saludables reportaban menos casos de depresión, mientras que aquellos que seguían patrones “occidentalizados” ricos en azúcar y grasas-no sanas y patrones de comer a deshoras, reportaron un mayor número de casos. En el caso de las mujeres, también hubo menos casos reportados de depresión en aquellas que seguían un patrón alimenticio saludable, mientras que hubo un mayor número de casos reportados en aquellas que seguían patrones altos en azúcares y grasas-no sanas, comer a deshoras y comer alimentos bajos en grasas. En ambos casos, los patrones de comer pescado, fruta y el de comer a una hora regular, estaban asociados a una menor probabilidad de desarrollar síntomas depresivos. Este estudio resulta interesante porque añade las variables de “regularidad en las comidas” y “comida a deshoras”, las cuales están relacionadas a la calidad de la digestión de los alimentos.

En Estados Unidos, uno de los “países símbolo” de la dieta occidentalizada, también se realizó un estudio para determinar si existía alguna relación entre la calidad de la dieta y la sintomatología depresiva, en 639 adultos. Se hizo un análisis de su dieta y de la sintomatología y los resultados obtenidos indicaron que la depresión era un fuerte predictor de la calidad de la dieta. Mientras mayor fuera la sintomatología depresiva, menor era el puntaje (o calidad) de la dieta (Flórez,

Dubowitz, Ghosh-Dastidar, Beckman, & Collins, 2015).

Otras investigaciones también se han abierto a investigar otros síntomas además de los depresivos. Por ejemplo, una investigación que buscaba analizar la relación entre la dieta y los síntomas psicológicos más comunes (ansiosos y depresivos), utilizó una muestra de 5761 adultos noruegos a los cuales se les realizó un cuestionario y se les aplicó la escala HADS para medir los síntomas psicológicos. Los resultados arrojaron que tanto las mujeres como los hombres que tienen una dieta saludable, tienen menor probabilidad de desarrollar síntomas depresivos. En cuanto a la ansiedad, en ambos sexos, quienes llevaban una dieta "occidentalizada" tenían más sintomatología ansiosa, mientras que la relación inversa ocurría para quienes llevaban una dieta saludable (Jacka, Mykletun, Berk, Bjelland, & Tell, 2011).

Por otro lado, en un estudio realizado a estudiantes de la Universidad Apalache, el objetivo era observar si existía una relación entre la salud mental de los estudiantes y su dieta. Se hizo una evaluación de la dieta mediante un cuestionario de auto reporte a casi 2000 estudiantes. Los resultados arrojaron que aquellos estudiantes que presentaban síntomas ansiosos y depresivos tenían una dieta con una baja ingesta de frutas y verduras junto con una ingesta elevada de alimentos altos en azúcar. También se encontró que aquellos en los que había un alto consumo de azúcar, predominaban los síntomas ansiosos y que los estudiantes que tenían menos accesos a frutas y verduras presentaban un mayor índice de síntomas depresivos y ansiosos, en comparación a aquellos que si tenían acceso (Wattick,

Hagedorn, & D. Olfert, 2018). Cabe destacar que aquí aparece la problemática del poder adquisitivo.

En Holanda se realizó un estudio para determinar la asociación entre desordenes depresivos, ansiosos y sus características clínicas con la calidad de la dieta. Tras 9 años de seguimiento de los 1634 participantes adultos, se concluyó que la dieta era más pobre en las personas que padecían trastornos depresivos y ansiosos. También se descubrió que mientras más severos y crónicos fueran los síntomas, peor era la calidad de la dieta y que las personas que tenían los síntomas remitidos tenían una dieta de mejor calidad que aquellas personas que estaban padeciendo los trastornos (Gibson-Smith, Bot, A. Brouwer, Visser, & W.J.H. Penninx, 2018).

Felice Jacka et al (2017), realizaron un estudio analizando la relación entre la dieta, la depresión y la ansiedad, en mujeres australianas. Se trabajó con una muestra de 1046 mujeres entre 20 y 93 años y se hizo un seguimiento de 10 años. Los resultados indicaron que la asociación entre la dieta habitual y los trastornos mentales estaban íntimamente relacionados. El grupo que seguía una dieta que consistía principalmente en verduras, vegetales, carnes, pescados y granos integrales, estaba asociado a una menor probabilidad de desarrollar desórdenes depresivos y ansiosos. Mientras que, las mujeres que seguían una dieta que comprometiera alimentos no saludables y procesados tenían una mayor probabilidad de desarrollar síntomas psicológicos.

Finalmente, en otra investigación que buscaba estudiar la calidad de la dieta en mujeres y la bipolaridad, se evidenció que las personas que llevaban una dieta

“occidentalizada” -carnes procesadas, pizza, chips, hamburguesas, pan, azúcar y cerveza-, tenían mayores probabilidades de tener bipolaridad que aquellas que seguían una dieta tradicional -vegetales, pescado, cordero, frutas, carne, granos integrales- (Jacka, y otros, Diet quality in bipolar disorder in a population-based sample of women, 2010).

Relación entre la dieta y la estructura cerebral

La relación entre la dieta y los síntomas psicológicos no es el único camino que se ha comenzado a recorrer. Los científicos también han querido dar un paso más allá y estudiar la relación que existe entre la alimentación y el efecto en la estructura cerebral. Estos estudios son de una gran importancia puesto que sus resultados podrían estar relacionados con los procesos de neurogénesis y neuroplasticidad cerebrales.

En un estudio realizado por Akbaraly et al (2018) se quiso investigar si la adherencia a largo plazo a una dieta saludable tendría efectos en el volumen del hipocampo en una muestra de 459 individuos de mediana edad. Dentro de la dieta, los alimentos ingeridos en mayor cantidad debían ser vegetales, frutas, frutos secos, granos integrales y legumbres y ácidos grasos omega 3 y poliinsaturados. Por otro lado, las bebidas azucaradas y jugos de fruta, la carne roja y procesada, las grasas trans y el sodio, debían ser evitados o ingeridos en la mínima cantidad posible. Luego de 13 años de seguimiento y de análisis cerebral a través de FMRI, los resultados indicaron que *la adherencia a la dieta estaba relacionada*

significativamente con un mayor volumen en el hipocampo, tanto derecho como izquierdo.

Otro estudio realizado por Jacka et al (2011), investigó la misma relación entre la dieta y el hipocampo, pero esta vez en base a la dieta “occidentalizada”, en 255 adultos mayores entre 60 y 64 años. Luego de 4 años y gracias al uso de fMRI, se constató que aquellas personas que llevaban una dieta “occidentalizada” presentaban un volumen menor en el hipocampo izquierdo en comparación con aquellas que tenían una dieta más saludable de alto contenido nutricional.

Con respecto a otras estructuras cerebrales, en Estados Unidos se realizó un estudio a un grupo de 468 adultos mayores, con el objetivo de descubrir si había una relación entre llevar una dieta mediterránea y la estructura cerebral. Luego de 5 años de seguimiento, los resultados demostraron que aquellos sujetos que más se habían adherido a la dieta, mostraban un mayor volumen tanto de materia gris como de materia blanca. La dieta mediterránea resultó estar asociada con la corteza cingulada, los lóbulos parietal y temporal, el hipocampo y el grosor cortical superior (Gu, y otros, 2015).

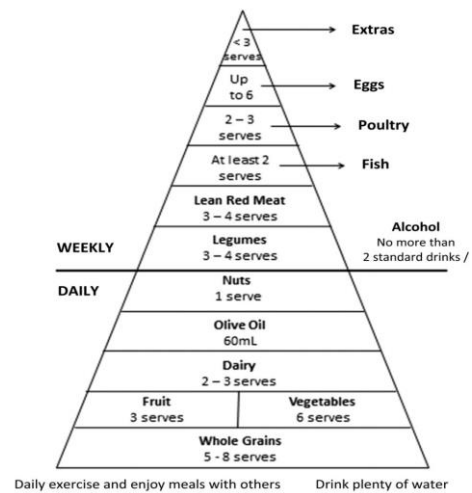
Cambio en la dieta como intervención

Se ha visto que la dieta al parecer estaría relacionada no solo a la salud mental, sino que también a la estructura cerebral. Con esta información se genera la inquietud de indagar si existe información respecto a su uso como tratamiento para trastornos mentales o síntomas psicológicos y qué dice la ciencia al respecto en cuanto a su efectividad.

En el caso de la depresión, se realizó un estudio en donde se implementó una mejora en la calidad de la dieta a un grupo de personas con depresión mayor. La muestra consistía en un total 56 personas, donde 31 pertenecían al grupo de intervención y 25 al grupo control. El programa duraba 12 semanas y el grupo de experimentación recibió 7 sesiones de apoyo profesional por parte de un nutricionista dietético, con el fin de fomentar la mayor adherencia posible. El foco principal consistía en mejorar la calidad de la dieta, aumentando la ingesta de los siguientes alimentos: granos integrales, vegetales, frutas, legumbres, lácteos bajos en grasas y sin azúcar, frutos secos, pescado, carne roja magra, pollo, huevos y aceite de oliva. Además, debían reducir el consumo de los siguientes alimentos: dulces, cereales refinados, frituras, comida rápida, carnes procesadas y bebidas dulces. Dentro de los resultados obtenidos, se evidenció que el grupo de intervención obtuvo una mejora significativa en los puntajes de la escala MARS (que mide la sintomatología tanto depresiva como ansiosa). Además, 10 sujetos del grupo de intervención obtuvieron criterios de remisión versus 2 del grupo control (Jacka, y otros, 2017).

También se han desarrollado otras líneas de intervención, como el caso de un grupo de científicos que elaboró un plan dietético llamado Mod/MedDiet, especializado para los casos de depresión, basado en la combinación de dietas previamente existentes con la nueva evidencia científica que se ha encontrado hasta ahora. Se realizó un ensayo controlado aleatorio para ponerlo a prueba en un grupo de 26 personas mayores de 18 años con depresión versus un grupo

control de 24 personas. Los sujetos del grupo de intervención tuvieron 7 sesiones con un nutricionista dietético personalizado y ambos grupos tenían un grupo de apoyo social. La pirámide alimenticia de Mod/MedDiet luce así:



Los resultados de la investigación indicaron que, con la asesoría de un nutricionista dietético cualificado, se podían mejorar la calidad de la dieta en personas con depresión. También hubo una mejora sintomatológica en aquellas personas del grupo de intervención, quienes reportaron una mejora en su estado de ánimo, la confianza en sí mismos, un mayor bienestar tanto físico como emocional, un aumento de la energía y una mayor claridad a la hora de pensar (Opie, O'Neil, Jacka, Pizzinga, & Itsiopoulos, 2017).

Siguiendo con la depresión y mirando también hacia la ansiedad, se realizó un estudio con adultos iraníes que buscaba ver si habiendo adherencia a una dieta saludable habría algún efecto en los síntomas depresivos y ansiosos. Los sujetos debían cambiar de una dieta caracterizada por el consumo elevado granos refinados, grasas trans y bajo consumo de frutas y verduras, a una dieta caracterizada por el

consumo de frutas y verduras, granos integrales, frutos secos y legumbres, grasas de cadena larga, jugo de frutas, carne y bebidas. Los síntomas ansiosos y depresivos se midieron a través de la escala HADS validada para la población iraní y el total de la muestra era de 3363 personas. Los resultados arrojaron que aquellas personas que más adherencia habían tenido a la dieta estaban relacionadas con una menor prevalencia tanto de depresión como ansiedad. Tenían un 41% menos de probabilidad de desarrollar ansiedad y un 36% para el caso de la depresión, en comparación con aquellos con menor adherencia. Además, en el caso de los hombres, estas probabilidades eran del 45 y 37%, mientras que en las mujeres del 49 y 45% respectivamente (Saneei, y otros, 2016).

Otra área en la cual se ha estado investigando durante el último tiempo, en su relación con la dieta, es la de las funciones cognitivas. Un estudio realizado con adultos mayores en Grecia se propuso analizar si llevar una dieta mediterránea podría tener efectos en las funciones cognitivas. Para esto utilizaron una muestra de 1864 adultos mayores sobre los 64 años, se les aplicaron baterías para medir sus habilidades cognitivas y se les realizó una capacitación sobre la dieta. Los resultados indicaron que aquellas personas que habían tenido más adherencia a la dieta presentaban una prevalencia menor de demencia, *con un 65% menos de probabilidades de desarrollarla*, en comparación con aquellos que habían tenido menos adherencia. Los dominios de memoria, lenguaje, función ejecutiva, y percepción visoespacial fueron más altos en las personas que presentaron una alta adherencia y se concluyó que el aumento

de cada 4 unidades de puntaje de adherencia equivalía a un 1 año menos de deterioro cognitivo. También se concluyó que aquellas personas que presentaron demencia consumían menos cantidad de frutas, verduras y proteínas (Anastasiou, y otros, 2017).

En otro estudio realizado en los centros europeos NU-AGE, se quiso investigar si se podía usar la dieta como una intervención para lograr mejoras en las funciones cognitivas. Para este fin, utilizaron una muestra de 1279 adultos mayores que fue dividida en dos grupos, uno debió seguir la dieta NU-AGE (una dieta estilo mediterránea), mientras que el otro mantuvo su dieta habitual. Se realizaron distintas pruebas cognitivas para tener un registro de sus funciones y un año más tarde fueron reevaluados. Los resultados indicaron que aquellos individuos que presentaron una mayor adherencia a la dieta tuvieron una mejora significativa en su cognición global y en la memoria episódica (Marseglia, y otros, 2018).

Al parecer también se estaría abriendo un panorama más esperanzador para enfermedades con peor pronóstico como el caso del autismo. En una investigación realizada por Christine Pennesi y Laura Cousino (2012), se realizó una dieta especial a 293 niños con autismo, que consistía en una dieta libre de gluten o libre de caseína. Según las autoras, en investigaciones se habría demostrado que los niños con autismo tienden a presentar una reacción inflamatoria intestinal ante estas sustancias, y el propósito era evaluar si con un cambio de dieta se podrían conseguir mejores sintomáticas (producto de una menor inflamación intestinal). De la muestra, 223 niños siguieron una dieta estrictamente libre de gluten y/o caseína,

mientras que el resto no eliminó algunos alimentos completamente. De los resultados obtenidos, aquellos niños que habían realizado la dieta estrictamente tuvieron una mejoría importante en los síntomas relacionados al comportamiento autista, en los síntomas fisiológicos y en el comportamiento social.

Cambiar la dieta como una forma de prevención

El campo de la prevención ha sido otra área en la cual se ha comenzado a incursionar, los científicos han comenzado a investigar si se puede prevenir el desarrollo de diversas formas de sintomatología a través de una modificación en la dieta.

Un estudio de Skarupski et al (2013) investigó si la adherencia a una dieta mediterránea por parte de adultos mayores de Chicago podía predecir los síntomas depresivos en adultos mayores a lo largo del tiempo. La muestra consistió en 3502 personas de 65 o más años y se les realizó un seguimiento por 7 años. Los resultados obtenidos indicaron que aquellos sujetos que mostraron una mayor adherencia a la dieta se relacionaban directamente con una menor aparición de síntomas depresivos, en comparación con aquellas personas que mostraron menos adherencia, independiente de factores demográficos, condiciones médicas y funcionamiento y deterioro cognitivos.

Otros científicos (Opie, y otros, 2016) elaboraron un plan de recomendaciones dietéticas basadas en la evidencia científica actual para ser usadas en la prevención del desarrollo de la depresión. Sus recomendaciones consisten en:

- 1) Seguir una dieta “tradicional” como la mediterránea, noruega o la japonesa
- 2) Aumentar el consumo de frutas, vegetales, legumbres, granos integrales, frutos secos y semillas
- 3) Tener un consumo elevados de alimentos ricos en Omega 3 y PUFA
- 4) Limitar el consumo de comida rápida, alimentos procesados, dulces y alimentos de panadería
- 5) Reemplazar alimentos poco saludables por alimentos con un aporte de nutrientes elevado
- 6) Comer carne roja magra con moderación
- 7) Tener un estado óptimo de Vitamina D
- 8) Consumir aceite de oliva
- 9) Evadir el uso del alcohol

La demencia también ha despertado el interés de los investigadores. En Finlandia, se realizó un estudio para determinar los efectos a largo plazo de la dieta en la mediana edad de las personas, en enfermedades como la demencia y el Alzheimer. Se utilizó una muestra de 385 participantes con una edad promedio de 40 años y se evaluaron sus funciones cognitivas y la calidad de su dieta. Luego de 14 años, los resultados obtenidos indicaron que las personas que tenían mayor adherencia a una dieta saludable desde su mediana edad tenían menos riesgo de desarrollar demencia y Alzheimer más adelante en su vida (Eskelinen, Ngandu, Tuomilehto, Soininen, & Kivipelto, 2011).

Elementos nutricionales específicos y su relación con la Salud Mental

Si bien se ha descubierto que la calidad de la dieta tiene efectos sobre la salud mental, la ciencia ha comenzado a investigar más en detalle aquellos elementos nutricionales que proporciona una dieta saludable y su efecto en la salud mental.

Omega 3

El omega 3 es uno de los elementos más estudiados hasta ahora y los resultados son alentadores. Se ha descubierto que tiene efectos tanto en el tratamiento como en la prevención de distintos trastornos y disfunciones mentales.

El próximo estudio realizado en Japón, buscaba investigar la relación entre el consumo de omega 3 y el riesgo a desarrollar depresión en adultos mayores. Se utilizó una muestra de 1181 personas entre 63 y 82 años, y se aplicó un cuestionario que indagaba la ingesta de 147 alimentos diferentes y una escala para medir la sintomatología depresiva (CES-D). Luego, se hicieron dos seguimientos 5 y 10 años después respectivamente. Los resultados obtenidos arrojaron que aquellas personas que tenían una media de 100 gr de pescado al día (Omega 3), tenían un riesgo reducido a desarrollar depresión (*Matsuoka, y otros, 2017*).

Trastornos más complejos, como los psicóticos, también han sido puestos bajo la mira de los científicos para ver si se ven beneficiados por el omega 3. Nilufar Mossaheb et al, desarrollaron una investigación con 81 jóvenes entre 13 y 25 años con un riesgo elevado de psicosis. Se dividió la muestra en un grupo control n=40 y un grupo de intervención n=41. El grupo control consumía un placebo mientras que el de intervención debía ingerir 1.2 g de omega 3 diarios. El grupo de intervención, luego de 4 semanas ya presentaba una reducción significativa de síntomas positivos, mientras que a las 8 semanas hubo una reducción considerable en el puntaje de la escala que medía estos síntomas. A las 12 semanas hubo una reducción significativa de los síntomas negativos, así como de su puntaje en la escala, junto con una mejora en el

funcionamiento global (*Mossaheb, y otros, 2013*).

En Estados Unidos se realizó un estudio para determinar si el uso de omega 3 tenían efectos en los síntomas ansiosos. Para este fin realizaron un experimento con 68 estudiantes de medicina, a los cuales dividieron en un grupo placebo y uno de intervención. Se analizó la sintomatología ansiosa mediante el Inventario de Ansiedad de Beck y se le indicó al grupo de intervención consumir 2.5gr de omega 3 diarios (el otro grupo consumió un placebo). Luego de 12 semanas, los resultados indicaron que los síntomas ansiosos del grupo de intervención disminuyeron y que tenían un puntaje 20% menor a la media comparados al grupo control (*Kiecolt-Glaser, Belury, Andridge, Malarkey, & Glaser, 2011*).

La siguiente investigación realizada en Japón, quería investigar el uso de omega 3 como factor preventivo de desarrollar trastorno por estrés post traumático, con un grupo de personas que habían sido heridas y hospitalizadas en la unidad de cuidados intensivos del Centro Médico de Desastre Nacional, en Tokyo. El objetivo fue analizar si el uso de omega 3 ayudaba a prevenir el desarrollo del estrés post traumático. Todos los participantes tomaron un suplemento alimentario de omega 3 diario. Luego de 12 semanas, solo 1 de los 8 sujetos fue diagnosticado con trastorno por estrés post traumático (*Matsuoka, Noguchi, Nishi, & Matsumura, 2012*).

Minerales

Nuevos estudios han buscado establecer si existe o no una relación entre ciertos minerales específicos y los síntomas psicológicos.

En Japón un estudio examinó la asociación del magnesio, el calcio, el zinc y el hierro con la prevalencia de los síntomas depresivos en adultos. A una muestra de 1792 personas entre 19 y 69, se les realizó un cuestionario para establecer su historia dietética y se le aplicó una escala (CED-S) para medir la sintomatología depresiva. Los resultados arrojaron que los síntomas depresivos tendrían a decrecer mientras la cantidad de magnesio, calcio, zinc y hierro aumentaba (Takako, y otros, 2014).

En relación al magnesio, un estudio conducido por Yary Teymoor et al (2012) investigó la relación entre el magnesio y los síntomas depresivos en un grupo de 402 estudiantes iraníes. Donde descubrieron una relación consistente en que, a mayor cantidad de magnesio presente, menor era la cantidad de síntomas depresivos

Otro mineral esencial que ha sido motivo de investigación es el zinc. En Guatemala realizaron un estudio con 674 niños donde el objetivo era ver el efecto que tenía sobre ellos usar un suplemento de zinc durante 6 meses. Dentro de los resultados obtenidos, se evidenció que aquellos niños que tenían una mayor concentración de zinc estaban asociados al decrecimiento de los síntomas ansiosos, depresivos y tenían mejores habilidades sociales (DiGirolamo, y otros, 2010). En enfermedades como la esquizofrenia, el zinc también ha demostrado tener un efecto positivo. En un estudio se evaluó la eficacia del sulfato de zinc para usar como un suplemento que refuerce la efectividad en el tratamiento con risperidona. Se formaron dos grupos con 15 sujetos cada uno, en ambos se consumía 6mg de risperidona y en el grupo de intervención además consumían 50mg de zinc elemental. A las 6 semanas se obtuvo como que ambos grupos tuvieron una

mejora sintomatológica de síntomas positivos, negativos, función global y agresividad (producto de la risperidona), pero en el grupo que consumió zinc esta mejora fue significativamente mayor (los puntajes fueron mucho más altos) (Mortazavi, y otros, 2015).

Las funciones cognitivas no se quedan atrás y también han sido estudiadas en relación con los minerales. En una investigación con adultos mayores se investigó la relación entre el hierro y el deterioro cognitivo. A una muestra de 622 pacientes con una edad promedio de 72 años, se le realizaron pruebas de laboratorio para medir la cantidad de hierro, transferrina y ferritina junto con pruebas cognitivas para determinar si había deterioro cognitivo presente. Los resultados arrojaron que las personas que presentaban demencia tenían niveles de saturación de transferrina (proteína que transporta el hierro) significativamente más bajos y también que las personas que presentaban deficiencia de hierro tenían puntajes más bajos en la prueba cognitiva (Mini-Mental State Examination) (Balam Yavuz, y otros, 2011).

Vitaminas

Las vitaminas también han demostrado tener un rol muy importante en el funcionamiento cerebral. Por ejemplo, se realizó un estudio con pacientes que habían presentado un primer episodio psicótico buscando una relación entre la psicosis y la vitamina D. A la muestra, que consistía en 168 pacientes entre 18 y 65 años, se le aplicaron dos pruebas de laboratorio para medir sus niveles de vitamina D, una al comienzo del experimento y otra, 12 meses después. Los resultados arrojaron que, en la segunda

prueba, el 84% de la muestra presentaba deficiencia de vitamina D. Asimismo, se evidenció que las personas que tenían un nivel más elevado en la primera prueba presentaron una mejora en los síntomas negativos 12 meses después (Lally, y otros, 2018).

En el siguiente estudio se evaluaron los niveles de vitamina D de 104 adolescentes que presentaban trastornos mentales complejos. Los diagnósticos de la muestra eran predominantemente desórdenes afectivos (bipolaridad, depresión, bipolaridad no especificada, desórdenes psicóticos desórdenes ansiosos y un caso de TDAH). La edad de los participantes rondaba entre los 12 y 18 años y se les realizaron pruebas de laboratorio para medir sus niveles de vitamina D. Los resultados de las pruebas arrojaron que había una alta prevalencia tanto de deficiencia (33.7%) como de insuficiencia de hierro (38.4%) dentro de la muestra. Aquellos que tenían deficiencia eran 3,5 veces más probable de tener síntomas psicóticos, mientras que aquellos que tenían niveles normales tenían un 79% de probabilidades no presentar síntomas psicóticos (Gracious, Finucane, Friedman-Campbell, Messing, & Parkhurst, 2012).

En una investigación se puso a prueba la eficacia de la famosa vitamina C como suplemento en el tratamiento con fluoxetina en niños con depresión mayor. La muestra de 32 personas se dividió en un grupo de intervención (14) y un grupo placebo (13), donde el grupo de intervención tomaba 1000mg de vitamina C diaria. Transcurridos 6 meses, los resultados indicaron que ambos grupos mejoraron su puntaje en la escala CDRS (Child Depression Rating Scale), sin embargo, los niños del grupo de

intervención tuvieron una disminución significativa de la cantidad de sintomatología depresiva, en comparación con el grupo control (Amr, El-Mogy, Shams, Vieira, & Lakhan, 2013).

Otro complejo de vitaminas de gran importancia son las vitaminas B, debido a su participación en la síntesis de neurotransmisores (Herbison, y otros, 2012). En Australia, se analizó la relación entre las vitaminas B y la salud mental y el comportamiento de adolescentes australianos. Se hizo un follow up de 17 años y se aplicaron cuestionarios para medir la ingesta de vitamina B y la dieta. La muestra consistía en un total de 709 adolescentes y los últimos cuestionarios se aplicaron haciendo referencia al último año. Los resultados indicaron que a mayor cantidad de vitamina B mayor era la probabilidad de presentar bien estar psicológico. Por otro lado, una baja ingesta de vitaminas B1, B2, B3, B5, B6 y folato, estaba relacionada con un mayor índice de delincuencia y agresividad, mientras que una menor cantidad de vitamina B6 y folato estaba relacionada con un mayor puntaje de síntomas depresivos y ansiosos (Herbison, y otros, 2012).

El próximo estudio realizado en Chicago con 3503 adultos, concluyó que una ingesta elevada de vitaminas B6 y B12, estaba relacionada con una menor probabilidad a desarrollar depresión (Skarupski K. , y otros, 2010). Mientras que otro estudio realizado en Massachusetts, luego de un experimento de 16 semanas de duración, concluyó que los suplementos de vitamina B12 junto con ácido fólico reducen los síntomas negativos en la esquizofrenia (Roffman, y otros, 2013).

En Japón analizaron la relación entre la vitamina B6 y la depresión en una muestra de 422 personas entre 21 y 67 años. Se realizaron pruebas de laboratorio y cuestionarios para saber la cantidad de vitamina B6 y la sintomatología depresiva. Las pruebas se realizaron el primer año y pasado tres años. Los resultados obtenidos indicaron que las personas que tenían un mayor nivel de vitamina B6 tenían menos riesgo de presentar síntomas depresivos y que aquellas personas que comenzaron el experimento con un nivel de vitamina B6 más alto tendieron a reducir sus síntomas depresivos durante los 3 años (Nanri, y otros, 2013).

Enfoque Integrativo Supraparadigmático

Hace algunos años la psicología probablemente se caracterizaba por poseer una diversidad de teorías, enfoques y modelos de intervención distintos. Estas distintas ramas que se fueron desarrollando, lejos de trabajar en conjunto para llegar a acuerdos comunes y lograr una comprensión más global, tendían a distanciarse y diferenciarse cada vez más entre ellas, logrando poco diálogo y acuerdo entre las distintas posturas. En este contexto surge el Enfoque Integrativo de la mano de Roberto Opazo Castro, como un nuevo camino revitalizante que propone cambiar el foco desde la diferenciación a la integración del conocimiento válido. Más concretamente, el Enfoque Integrativo aporta principios epistemológicos, metodológicos y paradigmáticos e intenta articular fuerzas de cambio (probadas empíricamente) provenientes de los 6 paradigmas - biológico, cognitivo, afectivo, ambiental/conductual, sistémico e inconsciente-; y a su vez, la integración de éstos da origen al Sistema Self, que vendría

siendo el “procesador” de la experiencia humana (Bagladi, 2009).

Los paradigmas, pueden ser entendidos como un conjunto de supuestos compartidos, en términos epistemológicos, metodológicos, causales y clínicos (Opazo Castro, 2017). El enfoque ofrece una comprensión no reduccionista de la dinámica psicológica humana gracias a la integración de los 6 paradigmas en una totalidad coherente y quien lleva la batuta de la organización de los paradigmas es el Sistema SELF, quien cuenta con 6 funciones para procesar la experiencia humana: función de toma de consciencia, función de identidad, función de significación, función de auto-organización, función de búsqueda de sentido y la función de conducción de vida. En cada experiencia, el estímulo que recibe el Sistema SELF es procesado por éste y transformado en un estímulo significado. Cuando un estímulo procesado moviliza la dinámica psicológica de la persona, es llamado estímulo efectivo (Opazo Castro, 2017). El Enfoque Integrativo integra tanto lo nomotético como lo idiográfico a cada persona, ya que los principios generales (nomotéticos) se organizan y configuran de una forma particular (idiográfica) en cada persona, por lo que es preciso conocer los principios y las personas. Además, plantea que la causalidad lineal simple (A – B) es difícil de encontrar en el territorio psicológico; lo que sí se puede encontrar son principios de influencia del tipo si A, entonces es más probable que B (A -> Pr. B) (Opazo Castro & Bagladi Letelier, 2006).

La psicoterapia llevada a cabo y fundamentada desde el Modelo Integrativo Supraparadigmático es llamada Psicoterapia Integrativa EIS.

El Paradigma Biológico

Dado que la dieta y la alimentación operan directamente a un nivel físico/biológico y en base a esas reacciones se pueden generar ajustes o desajustes psicológicos, se analizará el paradigma biológico con mayor detención.

El Paradigma biológico es definido de la siguiente manera:

“El paradigma biológico propone que ciertas características, disposiciones, alteraciones o cambios -cuantitativos y/o cualitativos- a nivel anatómico fisiológico del organismo, pueden influir en la génesis y/o en la modificación de desajustes en el plano psicológico. Sería el caso de características o cambios genéticos, endocrinos, neuroanatómicos, neurofisiológicos, y de la ingesta de sustancias; todo lo cual puede influir en la génesis o en el cambio de específicas cogniciones, afectos o conductas” (Opazo, 2017, p. 221).

Contexto Histórico-Evolutivo de la dieta

La dieta ha sufrido grandes modificaciones con el paso de los años, especialmente los últimos 10.000 desde la revolución del Neolítico y la llegada de la agricultura y la ganadería, y luego con la Revolución Industrial (Cordain, y otros, 2005). Debido a que se cambió una dieta basada en frutas, vegetales, carne magra y comida de mar a una basada en alimentos procesados altos en sodio, grasas, azúcar y bajos en fibras, esto ha traído grandes alteraciones en la salud humana, evidenciadas en un índice glicémico alto, la composición de ácidos grasos, la composición de macronutrientes, la densidad de micronutrientes, el balance de

ácidos base, la proporción sodio-potasio y el contenido de fibra (Jew, AbuMweis, & H Jones, 2009).

Desde una perspectiva evolutiva, los humanos contemporáneos están genéticamente adaptados al ambiente que condicionó la modificación genética y en cual sobrevivieron sus ancestros (Cordain, y otros, 2005). Los cambios producidos por el Neolítico y la Revolución Industrial que afectaron el ambiente, la dieta y el estilo de vida de las personas, ocurrieron a un ritmo más rápido del ritmo al cual el genoma humano es capaz de adaptarse, por lo que los humanos estarían aún adaptados a la dieta de sus ancestros (Jew, AbuMweis, & H Jones, 2009). Esto quiere decir, que no estaríamos adecuadamente adaptados a la dieta moderna actual (por lo menos la occidental). Unida a esta discordancia entre nuestra biología ancestral, genéticamente determinada y los patrones nutricionales, culturales y las actividades de las sociedades occidentales actuales, está el nacimiento de las llamadas “enfermedades de la civilización” (Cordain, y otros, 2005). Estas enfermedades suelen ser de tipo crónicas y no eran manifestadas por nuestros ancestros, al respecto, la evidencia arqueológica ha demostrado que los cazadores-recolectores eran magros y en general estaban libres de los signos y síntomas de las enfermedades crónicas actuales (Jew, AbuMweis, & H Jones, 2009).

La dieta y sus posibles relaciones con el Paradigma Biológico

De acuerdo a Opazo, rara vez en la génesis de un hecho psicológico participa la biología por sí sola, sino que generalmente se necesita de un facilitador biológico más otro agente que lo active. Dentro de los facilitadores biológicos, el que causa de manera más frecuente desajustes

psicológicos serían los genes. La expresión de los genes no solo está sujeta a la interacción que tienen con factores ambientales, sino que también en cómo interactúan estas influencias ambientales con ellos, teoría conocida como epigenética. Ante esta situación, surge la inquietud de si la dieta podría utilizar como una forma de control epigenético en la expresión de ciertos genes relacionados a desajustes mentales. Si bien este es un campo que apenas ha sido investigado, se cuenta con algunas luces. Steven Aaron et al refiere al respecto que la metilación de ADN es un proceso para modular el desarrollo físico y mental, y que numerosas asociaciones han sido observadas entre la metilación y las enfermedades. El efecto de la metilación en la expresión de los genes es potencialmente reversible lo que la hace un posible blanco de intervención terapéutica. Se ha demostrado que los caminos que son utilizados por la metilación están regulados por factores dietéticos, incluidos los micronutrientes, lo que da pie a investigar la posibilidad de utilizar suplementos para controlar o modular epigenéticamente la enfermedad o su riesgo. Por otro lado, una posible explicación para la evidencia que sugiere un rol terapéutico de la dieta en el tratamiento de ciertos trastornos mentales, es que los efectos terapéuticos serían producto de la modificación epigenética actuando en el genoma.

En lo que respecta a la predicción, hemos visto en algunos de los estudios revisados, que en ciertas ocasiones, la calidad de la dieta habitual de la persona o su perfil nutricional, podrían servir como predictores o bien como un factor de riesgo que indiquen la existencia de una probabilidad para desarrollar un desajuste psicológico. Cierta información respecto a la dieta incluso podría ser utilizada en principios de influencia, por ejemplo, “una

adherencia alta a una dieta saludable influye disminuyendo la probabilidad de generar desajustes psicológicos”.

El Paradigma Biológico establece que las personas tenemos una biología y necesidades biológicas tanto nomotéticas (comunes en todas las personas) como idiosincrásicas (particular en cada persona). La dieta también es un factor que podría ser considerada de esta manera, puesto que, si bien hay necesidades biológicas nomotéticas respecto a ella, como ingerir agua, proteína, etc., también existen necesidades idiosincrásicas, por ejemplo, que ciertas personas debido a su biología puedan necesitar distintos tipos de nutrientes en mayor (o menor) cantidad que otras, como es el caso de la vitamina D en las personas con psicosis.

La regulación de la dieta es un tema abarcado dentro del Paradigma Biológico principalmente como un agente preventivo. Las principales recomendaciones consisten en reducir la ingesta de calorías entre un 30 y 50%, aumentar el consumo de pescado, pavo o pollo, frutas y verduras, el consumo moderado de grasa animal (carnes rojas), legumbres, cereales integrales, evitar el azúcar y la sal, recalando que es importante que la dieta sea nutritiva (Opazo Castro, 2017). Las características de la dieta recomendada por el Enfoque son prácticamente las mismas o muy similares a los protocolos dietéticos saludables revisados en los estudios. Ahora bien, el objetivo preventivo que se le atribuye a la dieta dentro del enfoque se enfoca tanto en la relación que hay entre llevar una dieta saludable con la prevención de distintas enfermedades, como cáncer, los problemas cardiovasculares y la diabetes, como en la promoción de una mejor salud general reflejada en una mayor supervivencia, una mejor presión arterial,

niveles bajos de colesterol y retrasar el envejecimiento entre otras. (Opazo Castro, 2017). Con los nuevos avances que se han ido descubriendo, la alimentación al parecer también podría ser usada como un factor preventivo de desajustes psicológicos, como lo ha demostrado la evidencia de algunos revisados, especialmente en cuanto las funciones cognitivas, los síntomas psicóticos, depresivos y ansiosos. Esto sería de gran utilidad, especialmente en aquellos casos de personas con predisposiciones biológicas que generan una vulnerabilidad biológica a desarrollar un desajuste en particular. Por medio de la dieta, se podría ir contra esa “tendencia” a desarrollar el desajuste bajando el riesgo de manifestación de éste.

El temperamento es otra arista abordada por el Paradigma Biológico definido por la APA, 2007 como el fundamento básico de la personalidad, el cual se asume que está biológicamente determinado y que se manifiesta tempranamente durante la vida e incluye características como el nivel de energía y responsividad emocional, entre otras. Sería interesante ver si existe una posible relación entre la dieta y la expresión de los rasgos del temperamento, incluso si a través de ella se pudiese llegar a modular de alguna manera la expresión de éstos, ya que, según lo concluido por algunos de los estudios revisados, el tipo de dieta tendría efectos en la expresión de rasgos como la agresividad, el nivel de energía, los afectos e incluso las habilidades sociales.

Otro tema de mucha relevancia abordado por el Paradigma Biológico es la neurogénesis (o generación de nuevas neuronas) y la neuro plasticidad, que sería la habilidad que tienen las neuronas para cambiar la manera en la que están configuradas y relacionadas unas con otras,

a medida que el cerebro se adapta al ambiente a través del tiempo (Cozolino, 2010, en Opazo 2017). Esto es de suma importancia, ya que la capacidad de cambio que aporta la biología delimita los espacios que la biología aporta para el cambio terapéutico (Opazo Castro, 2017). Además, se sostiene que las neurogénesis más tardías están reguladas por las diversas experiencias de las personas y por factores ambientales, lugar donde la dieta entraría en juego. La evidencia empírica demuestra que la dieta al parecer actuaría como un factor que influiría tanto en la neuro plasticidad como en la neurogénesis. Por ejemplo, los estudios que demostraban que llevar una dieta saludable producía un efecto favorecedor en las funciones cognitivas globales, o bien, en funciones más específicas como la memoria episódica, quizás podría ser considerado resultado de la neuro plasticidad. En otro estudio revisado donde se estudiaba la relación entre la dieta y el tamaño del hipocampo, donde se concluye que las personas que más se adhirieron a una dieta saludable aumentaron el tamaño de su hipocampo, quizás podría ser considerado como un ejemplo de neurogénesis. Sumado a esto, los resultados de otros estudios relacionados a cambios afectivos, en el comportamiento y sintomatológicos, también podrían ser producto de uno de estos procesos. Estos hechos abren una puerta a considerar la dieta como un posible factor facilitador de la neuro plasticidad y la neurogénesis, y por lo tanto, del cambio, lo cual puede resultar de gran ayuda a mejorar el bienestar, especialmente en procesos terapéuticos.

En cuanto a la farmacoterapia y su efectividad se evidenciaría una complejidad importante puesto que las respuestas a los fármacos varían entre las personas debido a la influencia de cada biología particular (Opazo Castro, 2017).

Nuevos caminos se están abriendo en este campo, como han confirmado ciertos estudios que demostraron la combinación de ciertos suplementos nutricionales con fármacos podría aumentar la efectividad de éstos, como es el caso de la fluoxetina y la vitamina C o el zinc y la risperidona. Por otro lado, debido a los efectos secundarios que presenta el tratamiento farmacológico junto con su carácter paliativo y no curativo (*Opazo Castro, 2017*), la dieta podría aparecer como una nueva propuesta futura de intervención y tratamiento que actúa a nivel tanto biológico como psicológico y además efectivamente cura y sana a las personas sin efectos adversos.

Desde una perspectiva de desarrollo personal y la dotación biológica con la que una persona nace, un cambio en la dieta podría fomentar una mejor administración y potenciación de la biología. Esto debido a que la persona al llevar una dieta saludable (idealmente acompañada de ejercicio físico), estaría potenciando un funcionamiento óptimo de su organismo y aprovechando de sacarle el máximo partido a la dotación biológica con la que nació. Implicaría desarrollarse personalmente, porque llevar una dieta saludable en el contexto social e histórico en el que estamos sería todo un desafío, seguramente requeriría de mucho esfuerzo, paciencia y convicción, pero a la vez traería mucho crecimiento, desarrollo e incluso empoderamiento. También podría implicar un cambio en la responsabilidad consigo misma y en relación que la persona tiene con su cuerpo, ya que tomaría consciencia del efecto que tienen en él (y en la persona misma) los alimentos que elige comer (y, por lo tanto, su mayor o menor bienestar). En el caso de tener una concepción “tradicional” sobre las dietas, como, por ejemplo, que “las dietas son para adelgazar”, la toma de consciencia y la

nueva relación establecida con su cuerpo, podría cambiar esa concepción por una nueva más motivante, como por ejemplo la de “llevo esta dieta para mantenerme sana y fuerte”, donde el foco principal sería la salud integral y el bienestar de la persona.

Dentro del Paradigma Biológico reside el concepto movilizador de significación biológica. Un concepto movilizador es capaz de contribuir a motivar al paciente, a movilizarlo hacia el cambio en psicoterapia, hacia el logro de los objetivos terapéuticos que se ha propuesto alcanzar (*Opazo Castro, 2017*). La significación biológica por su parte es la traducción que hace la biología de un estímulo o evento y es en base a esta traducción el efecto psicológico que tendrá la experiencia; puede ser nomotética (donde biología común a la especie impone el significado) o idiosincrásica (donde características biológicas individuales contribuyen a generar los efectos psicológicos) (*Opazo Castro, 2017*). En relación con la alimentación, se esperaría que un cuerpo que este malnutrido tenga una significación biológica diferente a la de un cuerpo bien nutrido, principalmente debido a que las funciones biológicas del primero probablemente se encuentren alteradas o no estén funcionando en su estado óptimo. Asimismo, podría esperarse que una persona con vulnerabilidad biológica a la ansiedad y que además está malnutrida, tenga una significación biológica que exacerbe el efecto ansiógeno, mientras que, si está bien nutrida, este efecto debería estar despotenciado. En caso de existir una relación estado nutricional – significación biológica, estas situaciones hipotéticas podrían servir como un ejemplo ilustrativo de como la alimentación también influiría en la significación que hace el individuo de la experiencia.

Un concepto interesante que también podría ser relacionado a la alimentación es el de la biología/patosintónica, la cual es entendida como aquella que entra en sintonía, respalda y favorece, la génesis y mantención de una determinada patología; ciertas disposiciones genéticas, endocrinas, etc. (Opazo Castro, 2017). Como se revisó en algunos estudios, una dieta saludable o el aumento de ingesta de ciertos nutrientes, podría ayudar a “combatir” una biología patosintónica con predisposiciones a desarrollar ciertos desajustes psicológicos, como los síntomas afectivos, psicóticos y el deterioro cognitivo, limitando o manteniendo a raya su expresión.

Posibles aportes de la alimentación para el EIS y la Psicoterapia Integrativa

La calidad de la alimentación tiene una influencia importante en la salud física y al parecer -como se ha ido viendo- también en la mental. Incorporar la dieta y su calidad en un sentido más específico, podría enriquecer no solo a la comprensión, sino que también al quehacer clínico del EIS. Algunas ideas que surgen al respecto son averiguar y tener en consideración la dieta que tenga un paciente, ya que la dieta habitual de los chilenos tiende a ser la occidental y como se ha visto, sus efectos van en detrimento de la salud mental. Esto se podría hacer ya sea en la entrevista de recepción, en la consulta o realizando un cuestionario (por ejemplo, en el FECl). En caso de haber evidencia suficiente y empíricamente válida, se podría incluir un principio de influencia *“una adherencia alta a una dieta saludable influye disminuyendo la probabilidad de generar desajustes psicológicos”* o alguno que considere la calidad de la alimentación. Recomendar una dieta saludable tanto para prevención

como intervención e incluso evaluar la posibilidad de hacer una interconsulta con un nutricionista. Y finalmente, realizar psicoeducación acerca de la importancia de la alimentación saludable (y la no saludable) y las consecuencias que tiene para la salud tanto física como mental y la neuro plasticidad, se esperaría que en algunos casos se logre una ampliación del awareness del paciente e incluso que pueda servir como estímulo efectivo.

Conclusiones

Este trabajo fue realizado con el propósito de presentar los hallazgos más recientes que ha habido en el área de la alimentación y la salud mental, disciplina conocida como Psiquiatría Nutricional, para luego ser abordados desde el Enfoque Integrativo Supraparadigmático, principalmente desde el paradigma biológico. Debido a que la Psiquiatría Nutricional está “en pañales”, la cantidad de investigaciones disponibles al respecto es reducida y algunas no son representativas debido a que tienen una muestra pequeña. Sin embargo, se espera que con el paso de los años esta disciplina siga creciendo debido al importante rol que cumple la alimentación dentro de la salud (tanto física como mental) y al contexto histórico en el que nos encontramos, caracterizado por tener una dieta poco saludable, a la cual no estaríamos biológicamente adaptados y que está causando una epidemia de enfermedades como el cáncer y la depresión. Asimismo, se espera que esta nueva información pueda aportar de alguna manera con nuevos variables y herramientas para la comprensión de la dinámica psicológica y la práctica psicoterapéutica integrativa.

Finalmente, es necesario introducir algunas notas de cautela en relación con

las investigaciones presentadas en este trabajo.

Por lo pronto, como suele ocurrir con la investigación en estos territorios, es importante estar atentos al “allegiance effect”. En este caso, atentos a que el entusiasmo de los investigadores en relación con el rol de la alimentación puede conducirlos inconscientemente a ir generando hallazgos que sobre enfatizan este rol.

Seguidamente, en estos territorios lo que se asume como “causa” puede ser efecto. Por ejemplo, un estilo alimenticio deficiente puede ser una consecuencia del afecto depresivo y no al revés. Incluso en ocasiones pueden operar “círculos viciosos” en línea con una causalidad circular. Por ejemplo, ánimo depresivo causa una mala alimentación la cual a su vez refuerza el ánimo depresivo.

Finalmente, y respetando los postulados del Supraparadigma Integrativo, es necesario recordar que la “monocausalidad” rara vez opera en los dominios de la psicopatología. Por lo cual, se hace poco probable que la alimentación sea LA causa de depresión, o LA causa de bipolaridad, o LA causa de esquizofrenia... Lo que sí es posible – y aún probable – es que la alimentación sí tenga un rol en la etiología y en la modificación de diversos desajustes psicológicos. En esta dirección, este trabajo contribuye a explorar y a esclarecer esas opciones.

Referencias Bibliográficas

- Akbaraly, Tasnime et al. (2018)** Association of Long-Term Diet Quality with Hippocampal Volume: Longitudinal Cohort Study. *The American Journal of Medicine*, Volume 131, Issue 11, 1372 - 1381.e4
- Amr, M., El-Mogy, A., Shams, T., Vieira, K., & Lakhan, S. (9 de Marzo de 2013).** *Efficacy of vitamin C as an adjunct to fluoxetine therapy in pediatric major depressive disorder: a randomized, double-blind, placebo-controlled pilot study.* Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23510529>
- Anastasiou, C., Yannakoulia, M., Kosmidis, M., Dardiotis, E., Hadjigeorgiou, G., Sakka, P., & Arampatzi, X. (1 de Agosto de 2017).** *Mediterranean diet and cognitive health: Initial results from the Hellenic Longitudinal Investigation of Ageing and Diet.* Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28763509>
- Anigstein, M. (5 de Julio de 2013).** *Alimentación de estudiantes de pregrado.* Obtenido de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182013000300005
- Anthony F. Jorm, S. B. (26 de Enero de 2017).** *Has increased provision of treatment reduced the prevalence of common mental disorders? Review of the evidence from four countries.* Obtenido de *World Psychiatry*: doi: 10.1002/wps.20388
- Association, A. P. (2007).** *APA dictionary of psychology.* Washington: American Psychological Association.
- Bagladi, V. (2009).** *Una aproximación clínica al bienestar humano.* Obtenido de *Revista AcPI*: <http://icpsi.cl/wp-content/uploads/2013/12/bienestarhumano.pdf>
- Balam Yavuz, B., Cankurtaran, M., Haznedaroglu, I., Halil, M., Ulger, Z., Altun, B., & Ariogul, S. (15 de Noviembre de 2011).** *Iron deficiency can cause cognitive impairment in geriatric patients.* Obtenido de

de

<https://link.springer.com/article/10.1007/s12603-011-0351-7>

Bowman, S., Friday, J., Thoering, R., Clemens, J., & Moshfegh, A. (1 de Abril de 2014). *Americans consume less added sugars and solid fats and consume more whole grains and oils: changes from 2003-04 to 2009-10.* Obtenido de https://www.fasebj.org/doi/abs/10.1096/fasebj.28.1_supplement.369.2

Caro, J. (10 de Enero de 2015). *Determinantes sociales y conductuales.* Obtenido de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182015000100002

Chan, R., Chan, D., & Woo, J. (22 de Agosto de 2014). *A Prospective Cohort Study to Examine the Association between Dietary Patterns and Depressive Symptoms in Older Chinese People in Hong Kong.* Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25148515>

Collaboration, N. R. (10 de Octubre de 2017). *Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128.9 million children, adolescents, and adults.* Obtenido de The Lancet: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(17\)32129-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(17)32129-3/fulltext)

Cordain, L., Boyd, E., Sebastian, A., Mann, N., Lindeberg, S., Watkins, B., . . . Brand-Miller, J. (Febrero de 2005). *Origins and evolution of the Western diet: health implications for the.* Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15699220>

Cozolino, L. (2010). *The neuroscience of psychotherapy: Healing the social brain (2nd ed.).* Nueva York: Norton & Co.

DiGirolamo, A., Ramirez-Zea, M., Wang, M., Flores-Ayala, R., Martorell, R., Neufeld, L., .

. . D Stein, A. (29 de Septiembre de 2010). *Randomized trial of the effect of zinc supplementation on the mental health of school-age children in Guatemala.* Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20881069>

Eskelinen, M., Ngandu, T., Tuomilehto, J., Soininen, H., & Kivipelto, M. (27 de Abril de 2011). *Midlife healthy-diet index and late-life dementia and Alzheimer's disease.* Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22163237>

Felice, J., Rothon, C., Taylo, S., Berk, M., & Stansfeld, S. (2 de Noviembre de 2012). *Diet quality and mental health problems in adolescents from East.* Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23160714>

Flórez, K., Dubowitz, T., Ghosh-Dastidar, B., Beckman, R., & Collins, R. (10 de Marzo de 2015). *Associations between depressive symptomatology, diet, and body mass index among participants in the supplemental nutrition assistance program.* Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25769748>

Gibson-Smith, D., Bot, M., A. Brouwer, I., Visser, M., & W.J.H. Penninx, B. (12 de Septiembre de 2018). *Diet quality in persons with and without depressive and anxiety disorders.* Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30240962>

Gracious, B., Finucane, T., Friedman-Campbell, M., Messing, S., & Parkhurst, M. (9 de Mayo de 2012). *Vitamin D deficiency and psychotic features in mentally ill adolescents: a cross-sectional study.* Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22571731>

- Gu, Y., Brickman, A., Yaakov, S., Habeck, C., Razlighi, Q., Luchsinger, J., . . . Scarmeas, N. (25 de Octubre de 2015).** *Mediterranean diet and brain structure in a multiethnic elderly cohort.* Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26491085>
- Herbison, C., Hickling, S., Allen, K., O'Sullivan, T., Robinson, M., Robinson, A., . . . Oddy, W. (23 de Septiembre de 2012).** *Low intake of B-vitamins is associated with poor adolescent mental health and behaviour.* Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23010437>
- Jacka, F., O'Neil, A., Opie, R., Itsiopoulos, C., Cotton, S., Mohebbi, M., . . . Mihalopoulos, C. (30 de Enero de 2017).** *A randomised controlled trial of dietary improvement for adults with major depression (the 'SMILES' trial).* Obtenido de <https://bmcmmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12916-017-0791-y>
- Jacka, F. (21 de Febrero de 2017).** *Nutritional Psychiatry: Where to Next?* Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28242200>
- Jacka, F., Mykletun, A., Berk, M., Bjelland, I., & Tell, G. (28 de Junio de 2011).** *The Association Between Habitual Diet Quality and the Common Mental.* Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21715296>
- Jacka, F., Pasco, J., Mykletun, A., Williams, L., Nicholson, G., Kotowicz, M., & Berk, M. (6 de Septiembre de 2010).** *Diet quality in bipolar disorder in a population-based sample of women.* Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20888648>
- Jew, S., AbuMweis, S., & H Jones, P. (12 de Octubre de 2009).** *Evolution of the human diet: linking our ancestral diet to modern functional foods as a means of chronic disease prevention.* Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19857053>
- Kiecolt-Glaser, J., Belury, M., Andridge, R., Malarkey, W., & Glaser, R. (19 de Julio de 2011).** *Omega-3 supplementation lowers inflammation and anxiety in medical students: a randomized controlled trial.* Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21784145>
- Kulkarni, A., Swinburn, B., & Utter, J. (16 de Julio de 2014).** *Associations between diet quality and mental health in socially disadvantaged New Zealand adolescents.* Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25028085>
- Lally, J., Ajnakina, O., Singh, N., Gardner-Sood, P., Stubbs, B., Stringer, D., . . . Smith, S. (25 de Agosto de 2018).** *Vitamin D and clinical symptoms in First Episode Psychosis (FEP): A prospective cohort study.* Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30154029>
- Le Port, A., Gueguen, A., & Kesse-Guyot, E. (12 de Diciembre de 2012).** *Association between dietary patterns and depressive symptoms over time: a 10-year follow-up study of the GAZEL cohort.* Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23251585>
- Marseglia, A., Weili, X., Fratiglioni, L., Fabbri, C., M. Berendsen, A., Bialecka-Debek, A., . . . Gillings, R. (4 de Abril de 2018).** *Effect of the NU-AGE Diet on Cognitive Functioning in Older Adults: A Randomized Controlled Trial.* Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5893841/>
- Marx, W., Moseley, G., Berk, M., & Jacka, F. (25 de Septiembre de 2017).** *Nutritional psychiatry: the present state of the evidence.* Obtenido de Cambridge

- University:
<https://www.cambridge.org/core/journals/proceedings-of-the-nutrition-society/article/nutritional-psychiatry-the-present-state-of-the-evidence/88924C819D21E3139FBC48D4D9DF0C08>
- Matsuoka, Y., Noguchi, H., Nishi, D., & Matsumura, K. (1 de Enero de 2012).** *The Effect of Omega-3 Fatty Acids on Psychophysiological Assessment for the Secondary Prevention of Posttraumatic Stress Disorder: An Open-Label Pilot Study.* Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4777038/>
- Matsuoka, Y., Sawada, N., Mimura, M., Shikimoto, R., Nozaki, S., Hamazaki, K., . . . Tsugane, S. (26 de Septiembre de 2017).** *Dietary fish, n-3 polyunsaturated fatty acid consumption, and depression risk in Japan: a population-based prospective cohort study.* Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28949340>
- Mihrshahi, S., Dobson, A., & Mishra, G. (19 de Octubre de 2014).** *Fruit and vegetable consumption and prevalence and incidence of depressive symptoms in mid-age women: results from the Australian longitudinal study on women's health.* Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25351653>
- Moledjenik, M., Bus, B., Spinhoven, P., Penninx, B., Kenis, G., Prickaerts, J., . . . Elzinga, B. (16 de Noviembre de 2011).** *Serum levels of brain-derived neurotrophic factor in major depressive disorder: state-trait issues, clinical features and pharmacological treatment.* Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20856249>
- Mortazavi, M., Farzin, D., Zarhghami, M., Hamzeh Hosseini, S., Mansoori, P., & Nateghi, G. (23 de Septiembre de 2015).** *Efcacy of Zinc Sulfate as an Add-on Therapy to Risperidone Versus.* Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4644625/> Mortazavi
- Mossaheb, N., Schäfer, M., Schlögelhofer, M., M. Klier, C., Cotton, S., McGorry, P., & Amminger, P. (15 de Junio de 2013).** *Effect of omega-3 fatty acids for indicated prevention of young patients at risk for psychosis: when do they begin to be effective?* Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23778032>
- Nanri, A., Kimura, Y., Matsushita, Y., Ohta, M., Sato, M., Mishima, N., . . . Mizoue, T. (19 de Mayo de 2010).** *Dietary patterns and depressive symptoms among Japanese men and women.* Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20485303>
- Nanri, A., Pham, N., Kurotani, K., Kume, A., Kuwahara, K., Sato, M., . . . Mizoue, T. (26 de Junio de 2013).** *Serum pyridoxal concentrations and depressive symptoms among Japanese adults: results from a prospective study.* Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23801094>
- Opazo Castro, R. (2017).** *Psicoterapia Integrativa EIS: Profundizando la Comprensión... Potenciando el Cambio.* Santiago de Chile: Andros, Ltda..
- Opazo Castro, R., & Bagladi Letelier, V. (4 de Abril de 2006).** *La etiopatogenia de los trastornos de personalidad desde la psicoterapia integrativa.* Obtenido de https://psiquiatria.com/tr_personalidad_y_habitos/la-etiotopogenia-de-los-trastornos-de-personalidad-desde-la-psicoterapia-integrativa/
- Opie, R., Itsiopoulos, C., Parletta, N., Sanchez-Villegas, A., Akbaraly, T., Ruusunen, A., & Jacka, F. (2 de Marzo de 2016).** *Dietary recommendations for the prevention of*

- depression. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26317148>
- Opie, R., O'Neil, A., Jacka, F., Pizzinga, J., & Itsiopoulos, C. (19 de Abril de 2017).** *A modified Mediterranean dietary intervention for adults with major depression: Dietary protocol and feasibility data from the SMILES trial.* Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28424045>
- Parker, E., Goldman, J., & Moshfegh, A. (1 de Abril de 2014).** *America's nutrition report card: comparing WWEIA, NHANES 2007-2010 usual nutrient intakes to dietary reference intakes.* Obtenido de https://www.fasebj.org/doi/abs/10.1096/fasebj.28.1_supplement.384.2
- Pennesi, C., & Cousino, L. (Marzo de 2012).** *Effectiveness of the gluten-free, casein-free diet for children diagnosed with autism spectrum disorder: based on parental report.* Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22564339>
- Roffman, J., Lambert, S., Achtyes, E., Macklin, E., Galendez, G., Raeke, L., & Silverstein, N. (Mayo de 2013).** *Randomized multicenter investigation of folate plus vitamin B12 supplementation in schizophrenia.* Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23467813>
- Skarupski KA, Tangney CC, Li H, Evans DA, Morris MC. (2013)** Mediterranean diet and depressive symptoms among older adults over time. *J Nutr Health Aging* 2013;17(5):441-5.
- Sánchez-Villegas, A., Hénriquez-Sánchez, P., Ruíz-Canela, M., Lahortiga, F., Molero, P., Toledo, E., & Martínez-González, M. (Septiembre de 2015).** *A longitudinal analysis of diet quality.* Obtenido de BMC Medicine:
- https://www.researchgate.net/publication/282042940_A_longitudinal_analysis_of_diet_quality_scores_and_the_risk_of_incident_depression_in_the_SUN_Project
- Saneei, P., Hajishafiee, M., Hassanzadeh Keshteli, A., Afshar, H., Esmailzadeh, A., & Adibi, P. (18 de Mayo de 2016).** *Adherence to Alternative Healthy Eating Index in relation to depression and anxiety in Iranian adults.* Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27188471>
- Sarris, J., & Jacka, F. N. (26 de Enero de 2015).** *Nutritional medicine as mainstream in psychiatry.* Obtenido de <http://dx.doi.org/10.1016/>
- Selhub, E. (16 de Noviembre de 2015).** *Harvard Medical School.* Obtenido de <https://www.health.harvard.edu/blog/nutritional-psychiatry-your-brain-on-food-201511168626>
- Skarupski, K., Tangney, C., Li, H., Evans, D., & Morris, M. (3 de Junio de 2015).** *Mediterranean diet and depressive symptoms among older adults over time.* Obtenido de <https://ww545>
- Skarupski, K., Tangney, C., Li, H., Ouyang, B., Evans, D., & Clare Morris, M. (2 de Junio de 2010).** *Longitudinal association of vitamin B-6, folate, and vitamin B-12 with depressive symptoms among older adults over time.* Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20519557>
- Stevens, A., Rucklidge, J., & Kennedy, M. (29 de Mayo de 2017).** *Epigenetics, nutrition and mental health. Is there a relationship?* Obtenido de <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/1028415X.2017.1331524>
- Takako, M., Takeshi, K., Eguchi, M., Kuwahara, K., Tsuruoka, H., Kurotani, K., . . . Kashino, I. (3 de Diciembre de 2014).** *Dietary intake*

of minerals in relation to depressive symptoms in Japanese employees: the Furukawa Nutrition and Health Study. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25837213>

Vio Del Río, F. (2018). *Aumento de la obesidad en Chile y en el mundo.* Obtenido de <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182018000100006>

Wattick, R., Hagedorn, R., & D. Olfert, M. (25 de Julio de 2018). *Relationship between Diet and Mental Health in a.* Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30044399>

Yary, T., Aazami, S., & Soleimannejad, K. (14 de Diciembre de 2012). *Dietary intake of magnesium may modulate depression.* Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23238611>

Utilidad de la Ficha de Evaluación Clínica Integral (FECI) en la evaluación del Riesgo Suicida.

*Mg. Catalina Álamo Palma**

*Mg. Texia Bejer Tajmouch***

*PhD. Verónica Bagladi Letelier***2*

Abstract

Introduction: Suicide is a public health problem. Timely research into the risk of suicide is an essential behavior in mental health professionals. To do this the scales of screening of factors associated with this risk can be a great contribution. Aim: To Identify if the FECI in its current composition contains some scale or item that is able to search the risk of suicide. Method: The 15 scales of FECI and one of its qualitative items, Beck's hopelessness scale and PHQ-9 scale Were applied to 40 mental health patients. Results: The behavior of the FECI in its quantitative dimension presented an interesting associativity with the BHS scale. A prominent finding lies in the high correlation between the FECI item on "Trust in the Future" and the BHS scale; Being able to even imply that this only item is able to search the levels of hopelessness captured by BHS. Conclusions: The FECI in its current composition contains the essential elements to detect profiles of risk of suicide and levels of hopelessness, so it would not be necessary to add a new scale such as BHS or other that search suicide risk. Modifications to the classification system of the depressive symptom scale Are suggested in FECI.

Key Concepts *Integrative Diagnosis, FECI; University Mental Health.*

Resumen

Introducción: El suicidio es un problema de salud pública. La pesquisa oportuna del riesgo de suicidio es una conducta esencial en los profesionales de la salud mental. Para ello las escalas de screening de factores asociados a este riesgo pueden ser un gran aporte. Objetivo: Identificar si el FECI en su composición actual contiene alguna escala o ítem que sea capaz de pesquisar el riesgo de suicidio. Método: Se aplicaron las 15 escalas del FECI y uno de sus ítems cualitativos, la escala de desesperanza de Beck y la escala PHQ-9 a 40 pacientes de salud mental. Resultados: El comportamiento del FECI en su dimensión cuantitativa presentó una interesante asociatividad con la escala BHS. Un hallazgo prominente radica en la alta correlación entre el ítem del FECI sobre la "Confianza en el Futuro" y la escala BHS; pudiendo incluso insinuar que este sólo ítem es capaz de pesquisar los niveles de desesperanza captados por BHS. Conclusiones: el FECI en su composición actual contiene los elementos esenciales para detectar perfiles de riesgo de suicidio y niveles de desesperanza, por lo que no correspondería agregar una nueva escala como la BHS u otra que pesquise riesgo suicida. Se sugieren modificaciones al sistema de clasificación de la escala de síntomas depresivos en FECI.

Conceptos Claves *Diagnóstico Integrativo, FECI; Salud Mental Universitarios.*

AcPI,10: 32 –45

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

**Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa. icpsi@icpsi.cl

***Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa. icpsi@icpsi.cl

Intrducción

Según el informe de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE, 2011) Chile es el segundo país con mayor aumento de suicidios, con un 54,9% de crecimiento entre 1995 y 2009.

El año 2008, el Gobierno de Chile por medio del Ministerio de Salud, presentó un Plan de Prevención en Suicidio que tiene por objetivo, reducir la tasa de muerte por suicidio y disminuir la recurrencia de los episodios depresivos, entre otras cosas.

Los argumentos que sustentan este plan radican en que un millón de personas al año se suicidan en el mundo, siendo la tercera causa principal de muerte en adolescentes de entre 15 y 19 años, y que por cada suicidio consumado hay entre 20 y 30 intentos de suicidio. Asimismo, la tendencia nacional es al aumento de las tasas de suicidio, siendo en el año 1997 de un 6,2 x 100.000 habitantes, cifra que en el año 2004 alcanza a 10, 8 x 100.000. El énfasis en la prevención se sustenta a su vez en que el suicidio es una de las principales causas de muerte prematura prevenible (Rojas, 2015)

La Organización Mundial de la Salud (2000) señala que la carga del suicidio puede estimarse en términos de años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD). De acuerdo con este indicador, en 1998 el suicidio fue responsable del 1,8% del total de la carga de enfermedades a nivel mundial. Esto es igual a la carga debida a guerras y homicidios y casi el doble de la carga por diabetes.

Considerando que el suicidio es un tema de preocupación nacional e internacional, que impacta enormemente al individuo, su entorno inmediato y a la sociedad como

globalidad, es menester fortalecer los mecanismos de identificación de personas con riesgo de cometer suicidio para su abordaje temprano.

Si bien son múltiples los factores asociados al riesgo de suicidio, la presencia de una enfermedad mental como la depresión, el trastorno afectivo bipolar, el abuso de alcohol y otras drogas y la esquizofrenia aumenta 10 veces el riesgo de cometer suicidio (Rojas, 2015). Del total de muertes por suicidio, al menos un 50 es por depresión (Baader, 2018), por lo que su pesquisa y tratamiento oportuno es una estrategia fundamental en la prevención de la conducta suicida.

Por este motivo, el rol de los profesionales de la salud mental en la detección y manejo del riesgo de suicidio es fundamental, más aun, cuando la evidencia muestra que quien amenaza con suicidarse sí puede hacerlo y que dos tercios visitaron a un médico el mes previo sin que éstos lo detectaran (sólo 1 de 6). Es decir, existe una alta brecha entre la necesidad real y la detectada, por lo que es necesario perfeccionar la identificación de éstas (Barraclough B y cols. 1974).

En este contexto, la existencia de un instrumento que permita evaluar el riesgo de suicidio puede contribuir significativamente a este fin.

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

los paradigmas que componen el modelo y de las funciones de su Sistema Self.

El F.E.C.I. contempla una dimensión cualitativa, en tanto recoge descripciones y opiniones del paciente en relación a sus diferentes características y problemáticas, y otra dimensión cuantitativa, en tanto permite acceder a puntajes de diferentes escalas de utilidad clínica validadas a nivel internacional (E.P.Q. de Eysenk, el Test de Asertividad de Rathus, Sub-Escala Gambrill y Ritchie, entre otras) y otras elaboradas por el mismo Centro de Desarrollo Psicológico (CECIDEP) en conjunto con el ICPSI a partir de la experiencia clínica (Escalas de Síntomas, Depresión, Ansiedad, Autoimagen, Irracionalidad Cognitiva, Satisfacción de Necesidades, Repertorio de Conductas Sociales, Satisfacción de Pareja, Vulnerabilidad Biológica, Escala de Sentido de Vida, Perfeccionismo) (Opazo, 2001).

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

Desde esta perspectiva, resulta relevante realizar un proceso permanente de actualización del FECI de manera tal de incluir aquellos elementos evaluativos con evidencia que puedan ser útiles a la hora del diagnóstico integral de los pacientes, y en especial de aristas que hasta ahora puedan no estar consideradas en éste.

En este sentido, si bien el FECI contempla la evaluación de síntomas depresivos y otros factores asociados, no existe como tal una escala que evalúe el trastorno depresivo y sus distintos niveles de severidad; y el posible riesgo de suicidio, siendo una temática de suma relevancia, que a nivel nacional está siendo un tema de gran preocupación por el aumento progresivo de las tasas de depresión y del suicidio como causa de muerte en nuestro país.

A partir de allí nace la pregunta que guía esta investigación: ¿El FECI en su composición actual contiene alguna escala o ítems que sean capaces de pesquisar el riesgo suicida?

Método

Participantes

El tipo de muestra fue no probabilística y voluntaria, con un total de 40 usuarios del Centro de Salud Universitario de la Universidad Austral de Chile, que se atendían por motivo de salud mental y que estaban en su proceso inicial de tratamiento (en el rango de las 3 primeras sesiones), y que no cursaban una psicopatología grave como psicosis o estrés post-traumático, en que la aplicación del FECI está contraindicada.

Instrumentos

- Dimensión cuantitativa de la Ficha de Evaluación Clínica Integral: 15 escalas.

- Escala de Desesperanza de Beck (Beck, 1974): Es una escala compuesta por 20 ítems de tipo dicotómico que evalúan el constructo psicológico de desesperanza,

caracterizada por una vivencia negativa respecto del futuro y de la posibilidad de resolver las dificultades presentes. En su trabajo con pacientes con intento de suicidio, Beck identificó que la desesperanza es un mediador de la conducta suicida. Ésta fue validada en Chile por Álamo, Baader, Bejer y Bagladi (en proceso de publicación).

- Escala Patient Health Questionnaire módulo de depresión (PHQ-9): Es una escala tipo likert compuesta por 9 ítems (basados en criterios DSMVI para depresión mayor). Ha demostrado una alta sensibilidad y especificidad para la pesquisa de trastorno depresivo mayor. Fue validada en Chile por Baader & cols. (2012).

- Adicionalmente se consideró el **ítem cualitativo del FECI sobre la confianza en el futuro**, que se estimó puede asociarse a ciertas áreas que evalúa la BHS:

*De las siguientes afirmaciones sobre la **confianza frente a la satisfacción de vida en el futuro** (pregunta 15 del apartado XI Sistema Cognitivo):*

- La opción N°1: *“Tengo mucha confianza de que mi vida hacia adelante será satisfactoria”*
- La opción N°2: *“Tengo alguna confianza de que mi vida hacia adelante será satisfactoria”*
- La opción N°3: *“Tengo bastantes dudas de que mi vida hacia adelante será satisfactoria”*
- La opción N°4: *“No creo que mi vida hacia adelante será satisfactoria”*

Procedimientos

Las encuestas se iniciaron en la medida que el sujeto manifestó la voluntad de participar y dio su autorización mediante la firma del consentimiento informado.

Toda la información estuvo protegida bajo el principio del secreto profesional, en que la información recogida sólo fue de conocimiento de la investigadora y el equipo profesional a cargo del caso, por tanto, quedó dentro de la confidencialidad de los datos. Asimismo, se procedió a la recolección de los datos luego de haber recibido la aprobación del Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad Austral de Chile.

Por otra parte, a cada sujeto que participó del estudio, se le otorgó un informe psicológico con la descripción de sus resultados, un análisis integral, y sugerencias psicoterapéuticas.

Análisis de Datos

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

Resultados

Respecto de la asociatividad entre las Escalas del FECI e ítem cualitativo del FECI y la escala de desesperanza de Beck, se desprenden los siguientes resultados:

Tabla 1

		Correlaciones																			
		Ptje. BHS	Ptje. Neu	Ptje. E	Ptje. PERF	Ptje. IRRAC	Ptje. TF	Ptje. Gritche	Ptje. VBIO	Ptje. P	Ptje. RC	Ptje. L	Ptje. ANS	Ptje. ALEX	Ptje. NEC	Ptje. AI	Ptje. DEP	Ptje. AES	Ptje. AEF	Ptje. ASER	Ptje. SMAT
Ptje. BHS	Correlación de Pearson	1	,400*	-,336*	,054	,118	-,119	,302	,247	-,009	-,179	-,100	,410**	,163	-,346	-,427**	,240	-,327*	-,433**	-,218	-,234
	Sig. (bilateral)		,011	,034	,743	,469	,465	,210	,124	,956	,270	,337	,009	,316	,126	,006	,137	,039	,005	,176	,164
	N	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40

Según la tabla 1 con un $p < 0.05$; se encuentra una relación de índole positiva entre la escala BHS y Neuroticismo, es decir la mayor presencia de desesperanza se asocia con mayor Neuroticismo. Esto se da de igual manera entre la escala BHS y la escala de ansiedad.

Se encuentra relación de orden negativo o inverso entre la escala BHS y extroversión, es decir, la presencia de mayor desesperanza estaría asociada a menor extroversión (mayor introversión). Este fenómeno se presenta también con la escala de Autoimagen, con la escala de Autoestima y la escala de Autoeficacia, es decir, la presencia de desesperanza estaría relacionada con una menor autoimagen, menor autoeficacia y menor autoestima. Con el resto de las escalas no se encontró una correlación estadísticamente significativa.

La tabla 2 muestra que un 90% de los sujetos se encuentra en la categoría 0 y 1 de BHS que indica un bajo riesgo de suicidio (60% y 30% respectivamente); y un 10% se encuentra en la categoría 2 y 3 de la BHS que indican un alto riesgo de suicidio (7,5% y 2,5% respectivamente.)

Tabla 2

BHS_Cat	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido 0	24	60,0	60,0	60,0
1	12	30,0	30,0	90,0
2	3	7,5	7,5	97,5
3	1	2,5	2,5	100,0
Total	40	100,0	100,0	

La tabla 3 indica que un 85% de los sujetos se encuentra en la opción 0 y 1 del FECl (35% y 50% respectivamente) y un 15% se encuentra en el rango 2 y 3 (12,5% y 2,5% respectivamente).

Tabla 3

Item_Confianza	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido 0	14	35,0	35,0	35,0
1	20	50,0	50,0	85,0
2	5	12,5	12,5	97,5
3	1	2,5	2,5	100,0
Total	40	100,0	100,0	

Con un $p < 0.01$; se encuentra una relación estadísticamente significativa entre la escala BHS y el ítem del FECl sobre "Confianza en el Futuro", en que la presencia de desesperanza detectada en la escala BHS se condice con la ausencia de confianza en el futuro sugerido en el ítem del FECl (Tabla 4).

Tabla 4

Correlaciones		BHS_Cat	Item_Confianza
BHS_Cat	Correlación de Pearson	1	,671**
	Sig. (bilateral)		,000
	N	40	40
Item_Confianza	Correlación de Pearson	,671**	1
	Sig. (bilateral)	,000	
	N	40	40

** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

Si estimáramos categorías emergentes, podríamos sugerir que la categoría 0 y 1 de BHS que señalan bajo riesgo de suicidio por bajo nivel de desesperanza, pudiesen estar representadas por la opción 0 ó 1 del ítem "Confianza en el Futuro" del FECl, y la categoría 2 y 3 de la BHS que indica alto riesgo de suicidio asociado a alta desesperanza, estaría representado por la opción 3 ó 4 del ítem "Confianza en el Futuro" del FECl.

Adicionalmente, se procedió a hacer un análisis por grupos (*t de student*) considerando las distintas categorías que arroja la escala BHS para identificar y describir el perfil en los resultados de las escalas del

FECI en cada una. A continuación, se describen los resultados de este análisis por grupo:

Tabla 5

Estadísticas de muestra única ^a BHS_Cat = 0				
	N	Media	Desviación estándar	Media de error estándar
Ptje.BHS	24	1,79	,884	,180
Ptje.Neu	24	13,88	3,938	,804
Ptje.E	24	11,83	3,985	,814
Ptje.P	24	4,38	2,651	,541
Ptje.L	24	9,08	3,476	,709
Ptje.AI	24	32,71	4,750	,970
Ptje.AES	24	34,00	6,115	1,248
Ptje.AEF	24	18,92	3,092	,631
Ptje.ASER	24	2,67	18,514	3,779
Ptje.SMAT	24	29,13	22,203	4,532
Ptje.NEC	24	31,83	7,938	1,620
Ptje.ANS	24	6,42	2,933	,599
Ptje.DEP	24	6,13	3,288	,671
Ptje.ALEX	24	35,63	8,004	1,634
Ptje.TF	24	9,96	3,483	,711
Ptje.IRRAC	24	41,21	8,536	1,742
Ptje.PERF	24	52,75	8,779	1,792
Ptje.Gritchie	24	47,08	10,257	2,094
Ptje.RC	24	50,63	8,085	1,650
Ptje.VBIO	24	16,46	8,668	1,769

La tabla 6 indica el perfil psicológico según el diagnóstico integrativo del grupo que se sitúa en la categoría de "Sin Riesgo de Suicidio" en la Escala BHS (n=24). Este perfil se caracteriza por presentar la mayor parte de las escalas del FECI en rango Medio, a excepción de la tolerancia a la frustración que se encuentra en el rango bajo y la vulnerabilidad biológica que aparece en el rango alta.

Tabla 6

Prueba de muestra única ^a BHS_Cat = 0						
	Valor de prueba = 0					
	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
					Inferior	Superior
Ptje.BHS	9,933	23	,000	1,792	1,42	2,16
Ptje.Neu	17,262	23	,000	13,875	12,21	15,54
Ptje.E	14,546	23	,000	11,833	10,15	13,52
Ptje.P	8,085	23	,000	4,375	3,26	5,49
Ptje.L	12,803	23	,000	9,083	7,62	10,55
Ptje.AI	33,734	23	,000	32,708	30,70	34,71
Ptje.AES	27,240	23	,000	34,000	31,42	36,58
Ptje.AEF	29,976	23	,000	18,917	17,61	20,22
Ptje.ASER	,706	23	,487	2,667	-5,15	10,48
Ptje.SMAT	6,426	23	,000	29,125	19,75	38,50
Ptje.NEC	19,646	23	,000	31,833	28,48	35,19
Ptje.ANS	10,718	23	,000	6,417	5,18	7,66
Ptje.DEP	9,126	23	,000	6,125	4,74	7,51
Ptje.ALEX	21,804	23	,000	35,625	32,25	39,00
Ptje.TF	14,008	23	,000	9,958	8,49	11,43
Ptje.IRRAC	23,650	23	,000	41,208	37,60	44,81
Ptje.PERF	29,437	23	,000	52,750	49,04	56,46
Ptje.Gritchie	22,488	23	,000	47,083	42,75	51,41
Ptje.RC	30,674	23	,000	50,625	47,21	54,04
Ptje.VBIO	9,302	23	,000	16,458	12,80	20,12

Tabla 6 De acuerdo al análisis de T muestra única, es posible afirmar que todos los resultados, exceptuando los de la escala de Asertividad, son estadísticamente significativos y representativos de la muestra

No obstante, estas dos escalas aparecen en este rango en todos los grupos clasificados por categoría BHS, por lo que se puede señalar que no son escalas representativas de un grupo en particular, sino que de la población estudiantil en general.

En el caso de la escala de satisfacción matrimonial que también figura en el rango bajo, cabe indicar que la media se ve afectada por que hay un número importante de sujetos que no la respondieron (n=14) por no estar en pareja al momento de consultar en el CESU, lo que afecta en general la media de las categorías, por ende, tampoco es representativa.

Por esta razón, estas 3 dimensiones (Tolerancia a la Frustración, Satisfacción Matrimonial y Vulnerabilidad Biológica) no serán incluidas en las siguientes descripciones de categoría BHS.

Tabla 7
Estadísticas de muestra única*

	N	Media	Desviación estándar	Media de error estándar
Ptje.BHS	12	5,25	1,545	,446
Ptje.Neu	12	15,42	4,252	1,228
Ptje.E	12	8,58	4,188	1,209
Ptje.P	12	5,00	3,693	1,066
Ptje.L	12	7,92	3,679	1,062
Ptje.AI	12	31,83	5,289	1,527
Ptje.AES	12	31,75	8,081	2,333
Ptje.AEF	12	17,08	2,234	,645
Ptje.ASER	12	-4,08	24,916	7,193
Ptje.SMAT	12	29,67	22,884	6,606
Ptje.NEC	12	30,42	6,374	1,840
Ptje.ANS	12	6,50	3,580	1,034
Ptje.DEP	12	4,67	3,143	,907
Ptje.ALEX	12	38,67	7,266	2,097
Ptje.TF	12	8,83	3,010	,869
Ptje.IRRAC	12	44,33	5,836	1,685
Ptje.PERF	12	53,00	6,661	1,923
Ptje.Gritchie	12	48,83	10,794	3,116
Ptje.RC	12	48,83	7,626	2,201
Ptje.VBIO	12	16,17	8,376	2,418

La tabla 8 indica el perfil psicológico según el diagnóstico integrativo del grupo que se sitúa en la categoría de “Riesgo de Suicidio Bajo” en la Escala BHS (n=12). Este perfil se asemeja al de la categoría 1, con la principal diferencia en los rasgos de personalidad en que la Extroversión se encuentra en el rango bajo y el Psicoticismo en el rango alto; y en la esfera de la percepción de sí mismo en que la autoestima y autoeficacia están en rango bajo.

Tabla 8

	Valor de prueba = 0					
	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
					Inferior	Superior
Ptje.BHS	11,773	11	,000	5,250	4,27	6,23
Ptje.Neu	12,559	11	,000	15,417	12,71	18,12
Ptje.E	7,100	11	,000	8,583	5,92	11,24
Ptje.P	4,690	11	,001	5,000	2,65	7,35
Ptje.L	7,453	11	,000	7,917	5,58	10,25
Ptje.AI	20,851	11	,000	31,833	28,47	35,19
Ptje.AES	13,611	11	,000	31,750	26,62	36,88
Ptje.AEF	26,485	11	,000	17,083	15,66	18,50
Ptje.ASER	-,568	11	,582	-4,083	-19,91	11,75
Ptje.SMAT	4,491	11	,001	29,667	15,13	44,21
Ptje.NEC	16,530	11	,000	30,417	26,37	34,47
Ptje.ANS	6,289	11	,000	6,500	4,23	8,77
Ptje.DEP	5,143	11	,000	4,667	2,67	6,66
Ptje.ALEX	18,436	11	,000	38,667	34,05	43,28
Ptje.TF	10,166	11	,000	8,833	6,92	10,75
Ptje.IRRAC	26,314	11	,000	44,333	40,63	48,04
Ptje.PERF	27,565	11	,000	53,000	48,77	57,23
Ptje.Gritchie	15,672	11	,000	48,833	41,98	55,69
Ptje.RC	22,183	11	,000	48,833	43,99	53,68
Ptje.VBIO	6,686	11	,000	16,167	10,85	21,49

Tabla 8 De acuerdo al análisis de T muestra única, es posible afirmar que todos los resultados, exceptuando los de la escala de Asertividad, son estadísticamente significativos y representativos de la muestra (BHS_Cat = 1)

La tabla 9 indica la media del grupo que se sitúa en la categoría de “Riesgo de Suicidio Moderado” en la Escala BHS (n=3) según el diagnóstico integrativo del grupo. El perfil basado en la media se diferencia de forma significativa de las dos anteriores, y se caracteriza por presentar un Alto Neuroticismo, Baja Deseabilidad Social, Baja Autoimagen, Baja Autoestima, Baja Autoeficacia, Baja Asertividad, Baja Satisfacción de Necesidades, Ansiedad Alta, Depresión Alta, Alta Alexitimia, Bajo Perfeccionismo. Todo lo demás (exceptuando las 3 dimensiones señaladas que se excluirían) se encuentra en rango medio (Extroversión, Psicoticismo, Irracionalidad Cognitiva, Discomfort emocional, Repertorio de Conductas).

No obstante, la tabla 10 refleja que según el análisis de t de student de muestra única, sólo son estadísticamente significativos y por ende representativos del grupo, los resultados de las escalas de Neuroticismo, Autoestima, Autoeficacia, Ansiedad, Depresión, Alexitimia, Tolerancia a la Frustración, Irracionalidad Cognitiva, Repertorio Conductual y Gambрил y Ritchie.

Tabla 10

	Prueba de muestra única*					
	Valor de prueba = 0					
	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
Inferior					Superior	
Ptje.BHS	34,000	2	,001	11,333	9,90	12,77
Ptje.Neu	9,519	2	,011	17,667	9,68	25,65
Ptje.E	3,787	2	,063	10,333	-1,41	22,07
Ptje.P	2,750	2	,111	3,667	-2,07	9,40
Ptje.L	3,286	2	,081	7,667	-2,37	17,71
Ptje.AI	2,000	2	,184	18,667	-21,49	58,82
Ptje.AES	8,427	2	,014	27,667	13,54	41,79
Ptje.AEF	7,015	2	,020	15,333	5,93	24,74
Ptje.ASER	-,728	2	,542	-11,000	-75,97	53,97
Ptje.SMAT	1,000	2	,423	12,000	-39,63	63,63
Ptje.NEC	10,140	2	,010	27,667	15,93	39,41
Ptje.ANS	22,517	2	,002	13,000	10,52	15,48
Ptje.DEP	4,422	2	,048	9,667	,26	19,07
Ptje.ALEX	122,000	2	,000	40,667	39,23	42,10
Ptje.TF	5,568	2	,031	10,333	2,35	18,32
Ptje.IRRAC	17,429	2	,003	40,667	30,63	50,71
Ptje.PERF	9,911	2	,010	49,333	27,92	70,75
Ptje.Gritchie	19,654	2	,003	52,000	40,62	63,38
Ptje.RC	6,499	2	,023	50,667	17,12	84,21
Ptje.VBIO	3,311	2	,080	25,000	-7,48	57,48

Tabla 10 a. BHS_Cat = 2

En la categoría de BHS correspondiente a Alto Riesgo de Suicidio no se pueden hacer mayores análisis ya que la muestra fue de un solo sujeto (n=1)

Considerando la relación entre la depresión y el fenómeno del suicidio, se procedió a estimar la relación existente entre la escala de síntomas depresivos y el cuestionario PHQ-9.

Tabla 11.

	N	Media	Desviación estándar	Error estándar	95% del intervalo de confianza para la media		Mínimo	Máximo
					Límite inferior	Límite superior		
					0	18		
1	5	5,80	2,168	,970	3,11	8,49	3	8
2	17	7,47	3,412	,827	5,72	9,22	0	14
Total	40	6,03	3,423	,541	4,93	7,12	0	14

En la tabla 11 se encuentran los resultados del análisis de anova de comparación de medias, dentro de los cuales se describe que en la categoría 0 de PHQ-9 “Sin Depresión” (n=18) la media en puntaje de la escala de depresión del FECD es 4,72 (Depresión Media); la categoría 1 de PHQ-9 “Síntomas Depresivos” (N=5) la media del grupo en la escala de depresión del FECD es 5,8 (Depresión Media), y la categoría 2 de PHQ-9 “Depresión Mayor” (n=17) tiene en promedio 7,47 en la escala de depresión del FECD (Depresión Media). Adicionalmente, llama la atención que el mínimo y máximo de puntaje en la categoría 1 y 2 de PHQ-9 los puntajes en Escala depresión del FECD sean de 0 a 14. Se desprende por tanto que no existe relación estadísticamente significativa entre los puntajes de depresión y las distintas categorías de PHQ9, tal como lo muestra la tabla 12.

Tabla 12
ANOVA

dep	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Entre grupos	66,329	2	33,164	3,141	,055
Dentro de grupos	390,646	37	10,558		
Total	456,975	39			

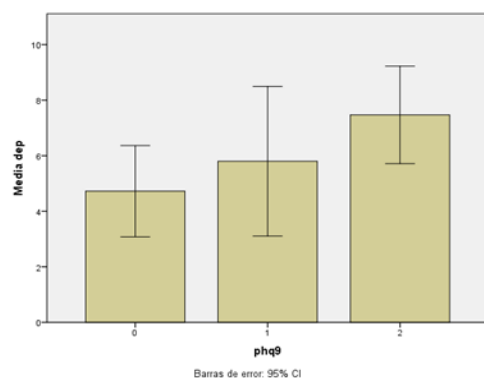
Por último, la tabla 13 y el gráfico 1, muestran que la única diferencia estadísticamente significativa existente en los puntajes de la escala de depresión del FECD y las categorías de la escala PHQ-9 es entre la categoría 0 de PHQ-9 “Sin depresión” y el nivel “Alto Depresión” ($p \geq 0,051$).

Tabla 13

Comparaciones múltiples

(I) phq9	(J) phq9	Diferencia de medias (I-J)	Error estándar	Sig.	95% de intervalo de confianza	
					Límite inferior	Límite superior
0	1	-1,078	1,643	1,000	-5,20	3,04
	2	-2,748	1,099	,051	-5,50	,01
1	0	1,078	1,643	1,000	-3,04	5,20
	2	-1,671	1,653	,956	-5,82	2,47
2	0	2,748	1,099	,051	-,01	5,50
	1	1,671	1,653	,956	-2,47	5,82

Gráfico 1



Discusión

El comportamiento del FECl en su dimensión cuantitativa presentó una interesante asociatividad con la escala BHS, en tanto refleja que cuando existe desesperanza también estaría presente un alto neuroticismo y un nivel alto de ansiedad; así como también estarían bajos los niveles de extroversión, autoimagen, autoestima y autoeficacia.

El análisis de grupo efectuado para conocer el perfil más preciso de aquellos sujetos que se encuentran en la categoría de riesgo de suicidio moderado da cuenta de una dinámica psicológica más amplia que pudiese influir en la génesis y/o mantención de la desesperanza y riesgo de suicidio asociado.

Este perfil se caracteriza por la influencia importante del *paradigma biológico*, en aquellas dimensiones de personalidad donde prevalece un alto neuroticismo y una baja extroversión; y en síntomas clínicos de alta ansiedad y alta depresión. Esto es altamente concordante con lo descrito en la literatura.

Otro paradigma que emerge como relevante en esta comprensión es el *afectivo*, sobresaliendo la baja tolerancia a la frustración, el alto discomfort emocional y una baja autoestima.

En el *paradigma cognitivo* aparecen dos dimensiones propias de este grupo, la alta

irracionalidad cognitiva y la baja expectativa de autoeficacia.

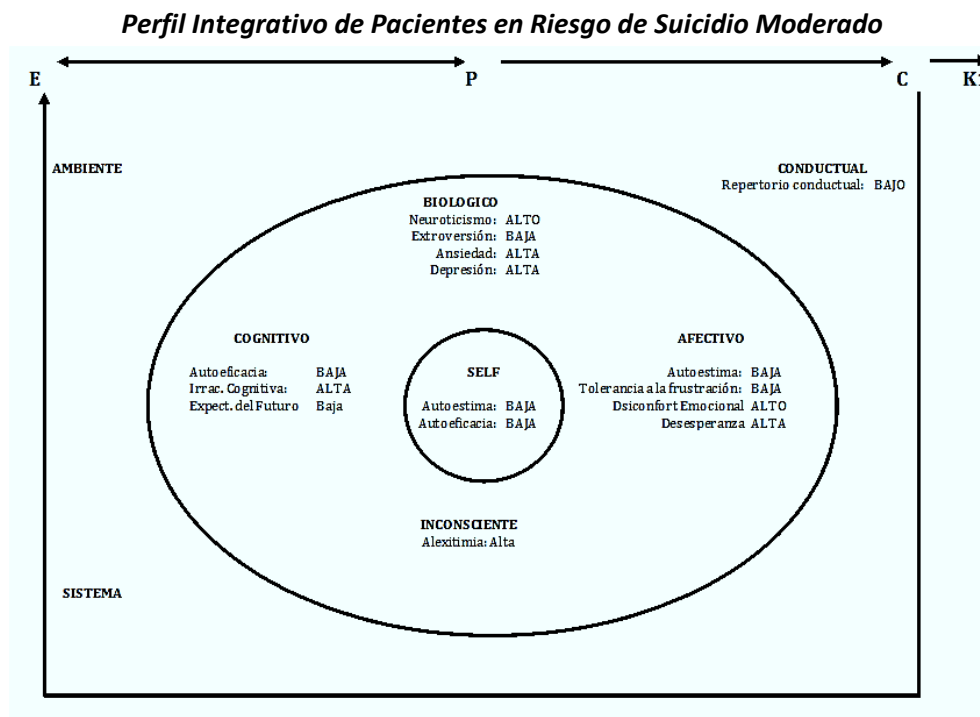
En el *paradigma ambiental conductual* resalta el bajo repertorio conductual y en el *paradigma inconsciente* la alta alexitimia.

En la misma línea de análisis, no surgen categorías significativas en el paradigma sistémico, lo que puede explicarse principalmente porque no existe en la constitución actual del FECl un cuestionario orientado a identificar función/disfunción familiar de la familia de origen y/o de la familia actual; sino sólo un cuestionario sobre satisfacción conyugal. No obstante, el FECl en su dimensión cualitativa, sí recoge aspectos del funcionamiento familiar como las características de los progenitores y la calidad de las relaciones familiares que pudiesen indicar las características del sistema familiar para inferir si son de riesgo o no.

Un hallazgo prominente radica en la alta correlación entre el ítem del FECl sobre la "Confianza en el Futuro" y la escala BHS; pudiendo incluso insinuar que este sólo ítem es capaz de pesquisar los niveles de desesperanza captados por BHS, lo que sería aún más fehaciente si esto se presenta en conjunto con altos síntomas depresivos y/o ansiosos.

El resumen de lo descrito, representado según el Modelo Integrativo se presenta en el diagrama 1.

Diagrama 1.



Desde esta perspectiva, están comprometidas todas las funciones del Sistema Self, pero predominantemente la toma de consciencia, la identidad, la significación, la auto-organización y la búsqueda de sentido. Se mantiene relativamente funcional la capacidad de conducción de vida, ya que, si bien hay un déficit en el repertorio conductual, hay una adecuada asertividad, perfeccionismo y control de impulsos en este grupo.

Este bosquejo del funcionamiento integrativo de los sujetos con riesgo de suicidio moderado resultante de la dimensión cuantitativa del FECl, puede ser ampliamente complementado si, en base a la teoría y literatura existente, se tomasen otros ítems cualitativos del FECl tales como:

- El **Diagnóstico** previamente hecho al paciente, con particular énfasis en los **"Intentos de Suicidio"**, ya que la evidencia muestra de manera

contundente que uno de los principales factores de riesgo para cometer suicidio es la historia de intentos de suicidio previo. En este mismo apartado del FECl, resultaría significativo si el paciente señala haber sido diagnosticado con Esquizofrenia, Alcoholismo, Adicción a Drogas, ya que estudios con autopsias psicológicas han encontrado que alrededor del 90% de las personas que cometieron suicidio presentaba un trastorno diagnosticable antes de la muerte, principalmente del ánimo (unipolar y bipolar), por uso de alcohol/sustancias, esquizofrenia (a menudo comórbidos) y los trastornos de la personalidad en el eje II (Gómez, 2012).

- La existencia de **Eventos Traumáticos**, especialmente abuso sexual infantil u otro tipo de maltrato (Sarchiapone, 2009 en Gómez, 2012).
- La **Calidad del Sueño**, cuando esta es "Muy poco reparador"

- La **Historia Social**, especialmente las preguntas 5 y 6 relativas a la cantidad y calidad de los amigos cercanos, y actividades sociales.
- **Situaciones Perturbadoras** del último año, con énfasis en los problemas de tipo familiar (separación matrimonial, muerte de un familiar cercano, etc.) y cambios abruptos (cambio de residencia, cambio de colegio) por la vinculación que ha ido mostrando la investigación en torno a los factores gatilladores de un intento de suicidio. (Gómez, 2012)
- **Relación de Pareja Actual**, es muy importante identificar si la relación de pareja es un factor de estrés o de insatisfacción vital, ya que hay una alta relación entre conflicto relacional de pareja y activación de la conducta suicida, especialmente en el grupo de adolescentes.
- **Sentido de Vida**, principalmente para detectar áreas potenciales de ser disuasivas ante la idea de suicidio; o si no señala ninguna tomarlo como señal de gravedad.
- **Nivel de Motivación por la Terapia**, reflejará la expectativa frente al tratamiento y por ende la posibilidad de activarse para el cambio desde un locus interno de control, lo que indica cierto grado de esperanza.
- La **Edad**, muchos de los factores de riesgo para el suicidio se relacionan con la etapa del ciclo vital del individuo, por ello es necesario considerar la edad del sujeto, la crisis vital de desarrollo asociada y los factores particulares de su grupo etario ante el riesgo suicida. Según Gómez (2012), en Chile los segmentos de 10-19 años y 20-39 años han presentado

incrementos superiores al 100% en las tasas de suicidio.

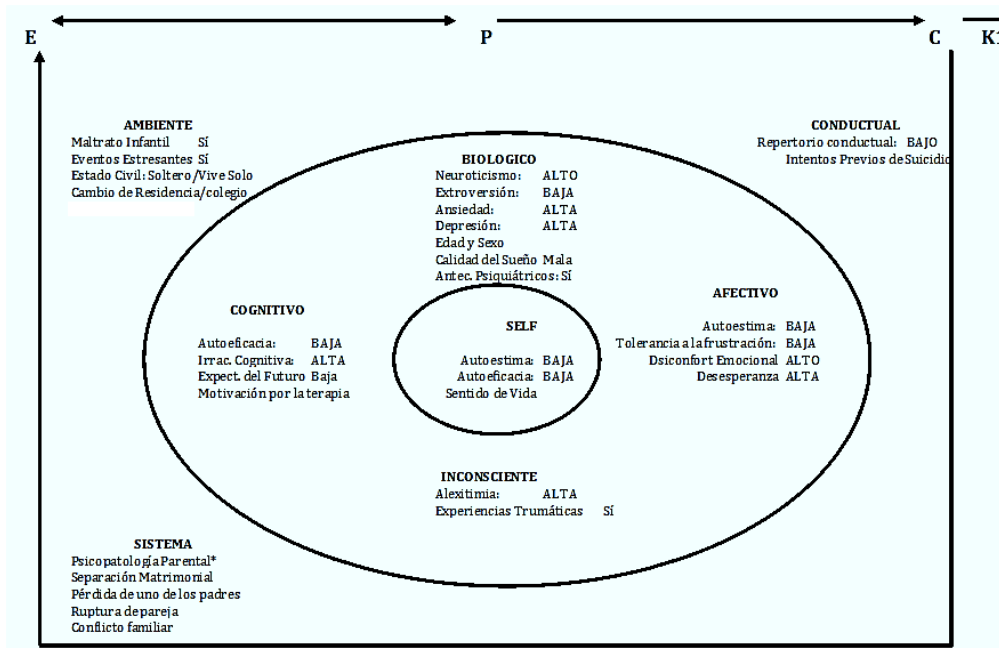
- El **Sexo**: Las estadísticas nacionales e internacionales reflejan una mayor tasa de suicidios en la población masculina, y un mayor % de intentos de suicidio en mujeres. Sin embargo, entre 1997 y 2008 las mujeres experimentaron un alza de 1,8 a 5,0 por 100.000. (Gómez, 2012). Cabe señalar que el conflicto con la identidad sexual o la orientación homosexual o bisexual se ha asociado al riesgo de suicidio, pero esto no se evalúa directamente en el FECl. Sumando el criterio sexo y edad, los grupos de mayor riesgo son mujeres entre los 15 y 20 años y hombres mayores de 45 años.
- El **Estado Civil**, frecuentemente los estudios sobre suicidio dan cuenta de que las personas solteras, especialmente los hombres, tienen mayor riesgo de suicidio cuando viven solos comparativamente a cuando están casados o conviven (Gómez, 2012).

Otros aspectos relevantes de evaluar que no se contemplan en el FECl, pero se podrían consultar a partir de la descripción que los pacientes hacen de sus progenitores, es si hay **Antecedentes Psiquiátricos** dentro de la **Familia**, especialmente problemas de consumo de alcohol (u otras drogas), Bipolaridad, Depresión, y/o algún evento de intento de suicidio en la familia o bien la historia de un suicidio consumado (Gómez, 2012).

El diagrama 2 sintetiza los aspectos relevantes del FECl a considerar en la evaluación del riesgo de suicidio en base a la constitución actual del instrumento.

Diagrama 2.

Factores de Riesgo Suicida a considerar en el FECl según el Modelo Integrativo Supraparadigmático



Por otra parte, para profundizar la pertinencia del FECl en la pesquisa de riesgo de suicidio se analizó la sub-categoría de síntomas depresivos de la escala de síntomas clínicos en función de la relación que tiene dicha escala con el cuestionario PHQ-9 validada a nivel internacional y nacional para detectar trastorno depresivo mayor. En este procedimiento, los resultados del análisis de anova para la comparación de medias arrojaron una relación no significativa entre ambas escalas. Sin embargo, se estima que la causal de esto radica en que la escala de síntomas depresivos del FECl parece tener rangos más estrictos de puntuación para determinar una categoría de “alta depresión”, por tanto, muchos de los casos que puntuaron con trastorno depresivo mayor en la escala PHQ9 obtuvieron un puntaje correspondiente al rango “medio” de depresión en escala de síntomas del FECl.

Esto sugiere que, si se modificaran los criterios de puntuación de la escala de síntomas del FECl, disminuyendo la exigencia para clasificar en rango alto (tabla 40), la relación entre esta escala del FECl y el cuestionario PHQ9 tendrían una relación estadísticamente más significativa. El rango actual para clasificar en “alta depresión” en la escala de síntomas del FECl es “igual o mayor a 10 puntos (≥ 10)”; mientras que el rango propuesto a partir de este estudio sería “igual o mayor a 7 puntos (≥ 7)”, quedando el rango medio entre 5 y 6 (5-6) puntos y el rango bajo se mantendría entre 0 y 4 (0-4).

Tabla 40.
 Propuesta de nueva puntuación de escala de síntomas clínicos, dimensión depresión.

	BAJO	MEDIO	ALTO
DEPRESION	0-4	5-6	≥ 7

Otro criterio que se pudiese considerar para definir que el rango de depresión es alto, es que dentro del puntaje total a lo menos un síntoma fuese anhedonia (“le cuesta disfrutar/Prácticamente no disfruta”) y/o alteración del ánimo (“Desánimo”).

Tabla 41 Propuesta de evaluación de impacto de los síntomas

Intensidad \ Frecuencia	LEVE	MODERADO	INTENSO
TODOS LOS DÍAS			
CASI TODOS LOS DÍAS			
ALGUNAS VECES			
UNA VEZ POR SEMANA			

Algunas proyecciones que derivan de esta investigación para considerar en futuros estudios son el a) Intencionar la evaluación de riesgo de suicidio en la tabulación del FECl a partir de las sugerencias vertidas en esta investigación y hacer seguimiento de caso a los pacientes que cumplan con el conjunto de factores de riesgo para el suicidio según el FECl; y b) aplicar el FECl completo a grupos de pacientes con algún tipo de conducta suicida (dentro del espectro) y comparar los resultados del FECl con pacientes que no presentan conducta suicida alguna. Esta proyección, si bien tendría utilidad en la comprensión del fenómeno de la conducta suicida, es más delicada ya que hay que considerar el impacto que puede tener el completar el FECl en un estado de riesgo suicida, ya que puede suscitar el hacer “balance” negativo de la vida y ser un factor gatillador de un intento de suicidio. Por

ende, las definiciones éticas y metodológicas deben ser muy rigurosas.

Luego de la amplia revisión de los resultados se desprende por tanto que **el FECl en su composición actual contiene los elementos esenciales para detectar perfiles de riesgo de suicidio y niveles de desesperanza**, por lo que no correspondería agregar una nueva escala como la BHS u otra que pesquise riesgo suicida, sino **enfaticar la revisión intencionada de estos puntos en los terapeutas que sugieran a sus pacientes responderlo.**

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Baader, T., Molina, J.L., Rojas, C., Venezian, S., Farías, R., Fierro, C., et al. (2012)** Validación y utilidad de la encuesta PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) en el diagnóstico de depresión en usuarios de atención primaria de Chile. *REV CHIL NEURO-PSIQUIAT* 2012; 50 (1): 10-22
- Barraclough, B., Bunch, J., Nelson, B., & Sainsbury, P. (1974).** A hundred cases of suicide: Clinical aspects. *Br J Psychiatry*; 125: 355-73.
- Beck, A. T., Brown, G., Berchick, R. J., Stewart, B. L. & Steer, R. A. (1990).** Relationships between hopelessness and ultimate suicide: A replication with psychiatry outpatients. *American Journal of Psychiatry*, 147, 190-195.
- Beck, A. T., Steer, R. A. & Brown, G. (1993).** Dysfunctional attitudes and suicidal ideation in psychiatric outpatients. *Suicide Life-Threatening Behavior*, 23(4), 11-20.
- Beck, A. T., Weissman, A., Lester, D. & Trexler, L. (1974).** The measurement of pessimism: The hopelessness scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42, 861-865.

Bejer, T. (2004). "Confiabilidad y validez de constructo de las escalas de la ficha de evaluación clínica integral (FECI): autoimagen, satisfacción matrimonial, satisfacción de necesidades, tolerancia a la frustración y perfeccionismo". (Tesis para optar al grado de magíster en psicología clínica: mención psicoterapia integrativa). Universidad Adolfo Ibáñez, Santiago de Chile.

2018

<http://impresa.lasegunda.com/2018/05/24/A/J13CVTMD/EG3D0CQH>

Experto en suicidio adolescente explica señales de alerta. Extraído el 7 de junio de

Factores Personales de mujeres/madres que pueden Favorecer y/o Dificultar el Desarrollo de un Apego Seguro en sus hijos (as)”

Ps. Constanza Riveros Marín³

Abstract

The objective of this article is to make a compilation regarding different considerations about attachment theory, maternal patterns and maternal personal factors to conclude in an analysis of the personal factors that favor or hinder the development of a secure attachment from the Supraparadigmatic Integrative Approach.

Keywords: *attachment, attachment styles, pregnancy, maternal-fetal link, paradigms, Supraparadigmatic Integrative Approach.*

Resumen

El presente artículo tiene como objetivo realizar una recopilación con respecto a diferentes consideraciones sobre la teoría del apego, patrones maternos y factores personales maternos para concluir en un análisis de los factores personales que favorecen o dificultan el desarrollo de un apego seguro a partir del Enfoque Integrativo Supraparadigmático.

Palabras claves: *apego, estilos de apego, embarazo, vínculo materno-fetal, Enfoque Integrativo Supraparadigmático*

Introducción

El objetivo de este artículo es mostrar variadas investigaciones y aportes teóricos con respecto a factores personales que favorecen y/o dificultan el desarrollo de un Apego Seguro.

Se comenzará por una revisión de algunas consideraciones sobre la teoría del apego, desde John Bowlby hasta investigaciones más recientes, en un contexto principalmente de la mujer, el proceso de embarazo, el rol materno, patrones maternos, implicancias del proceso psicológico, el vínculo materno fetal y un análisis desde el Enfoque Integrativo Supraparadigmático, dando énfasis en los 6 paradigmas y el sistema Self.

Algunas Consideraciones sobre la Teoría del Apego.

John Bowlby –psicoanalista inglés que originalmente se entrenó en la tradición analítica kleiniana y que posteriormente contribuyó a articular la llamada escuela de las relaciones objetales – fue el teórico central que dio origen a la teoría del apego, la cual fue desarrollada como una variante de la teoría de las relaciones objetales. El autor define la teoría como un intento por explicar tanto la conducta de apego-con su episódica aparición y desaparición – como los apegos duraderos que los niños y otros individuos tienen con otras personas determinadas (Bowlby, 1989, p.42). El apego da cuenta de un sistema comportamental innato, propio de los seres humanos, que se activa en situaciones de amenaza o aflicción y que tiene la finalidad de

recuperar el bienestar, a través de comportamientos destinados a recibir apoyo, cuidado y protección del cuidador primario (Roncallo, 2015). Estas conductas tienen como resultado el logro o la conservación de la proximidad con otro individuo claramente identificado al que se considera mejor capacitado para enfrentarse al mundo (Bowlby, 1989).

La teoría del apego describe y conceptualiza la tendencia de los seres humanos, en especial de las madres, a crear fuertes lazos afectivos o vínculos con sus hijos, primordialmente en la temprana infancia. La calidad de estos vínculos influye tanto en el desarrollo socioemocional como en el desarrollo mental de los niños. El apego es definido como cualquier conducta que tiene como resultado el logro o conservación de la proximidad con el otro individuo, claramente identificado, al que se considera más capacitado para enfrentar al mundo (Bagladi, 2009)

En el Modelo Dinámico Maduracional de Patricia Crittenden, el apego es el patrón de una relación específica, una estrategia de autoprotección y un patrón de procesamiento de la información. De esta forma, son estrategias autoprotectoras, que se aprenden en interacción con las figuras de apego, y los síntomas son aspectos funcionales de la estrategia diádica o consecuencias de ella (Inostroza, s/f).

En la entrevista realizada al Psicólogo Felipe Lecannelier en el sitio Web Mamadre, éste expresa la idea de seguridad en el apego como una motivación que tiene el infante para

buscar consuelo, protección y regulación en momentos de estrés. La seguridad en el apego sucede cuando los adultos reaccionan de modo adecuado frente a una situación estresante. Él define la expresión “de un modo adecuado” cuando la reacción del adulto calma el estrés del niño (a), sintiéndose seguro y confiado en la disponibilidad de los padres, es esta seguridad la cual ha sido comprobada como el motor principal del desarrollo presente y futuro de un apego seguro. (Bruno, 2014). De acuerdo a la investigación de la Revista Chilena de Pediatría sobre las representaciones maternas y los estilos de apego (Grimalt, 2012), el último conforma un sistema de regulación diádica entre el cuidador y el infante, siendo indispensable la presencia y disponibilidad del cuidador, ya que dependiendo de las experiencias reiteradas (positivas, negativas o ambas), el niño va desarrollando una serie de representaciones mentales acerca de la naturaleza de la relación con su figura de apego y acerca de su propia existencia. Los estilos o patrones de apego en la diada van construyendo distintos modelos mentales que moldean el procesamiento de la experiencia cognitiva y afectiva de los seres humanos.

A continuación, se describirán los 3 estilos de apego principales, ya descubiertos y definidos por investigaciones y teóricos solo con el fin de recordar e introducir hacia el análisis posterior: Apego seguro, inseguro-avoidante e inseguro-ambivalente.

El apego seguro describe a sujetos que son capaces de reconocer sus estados de necesidad, pudiendo recurrir en búsqueda

de apoyo; su modelo mental internalizado es positivo tanto respecto a sí mismo como de los demás.

El patrón de apego inseguro-avoidante, falla en el reconocimiento de la angustia o incomodidad, por tanto, no busca ser consolado; su modelo mental implica una percepción de los otros negativa, en términos de la receptividad y disponibilidad al cuidado, y una percepción también negativa de sí mismo, como alguien que no merece ser cuidado.

El patrón de apego Inseguro Ambivalente mostraría un modelo mental caracterizado por la internalización de una relación poco predecible e inestable con sus figuras de apego temprano, manifestando una respuesta emocional hipersensible y expresiones intensificadas de angustia. Así, existiría una tendencia a buscar cuidado y afecto de la figura de apego, al mismo tiempo que sentimientos de temor a ser ignorados o abandonados.

Patrones de Apego en la Madre

Según Bagladi (2009), la importancia del vínculo de apego formado en las relaciones tempranas es porque se relaciona con la salud mental y física de los niños, como también con su bienestar posterior. En la vida adulta, las experiencias de apego se convertirán en esquemas, mapas o guiones cognitivos, respecto a cómo el individuo se ve a sí mismo (autoimagen y autoestima) y a su entorno (relaciones interpersonales).

Los modelos de apego existentes en una generación de cuidadores tienden a transmitirse a la siguiente generación, de forma que los niños (as) viven durante los

primeros años de desarrollo las mismas pautas de apego que vivieron, a su vez, sus cuidadores. A este fenómeno Bagladi lo llama: ..“transmisión transgeneracional del apego”. Las pautas de apego que los adultos despliegan hacia sus hijos se desarrollan en la infancia temprana, y están directamente relacionadas con el modo en que fueron tratados por sus padres, en especial, respecto a la satisfacción o no de sus necesidades y requerimientos (Bagladi, 2009, p.36).

De acuerdo a lo anterior y complementando con el periodo de embarazo de la madre, las representaciones que pueden surgir en este periodo se relacionarán posteriormente con la capacidad para regular los estados de estrés del bebé y con la calidad del cuidado y tipo de vinculación que establecerá posteriormente con éste (Grimalt, 2012). El inicio del vínculo prenatal emerge a partir de las representaciones o imágenes internas que la madre ha introyectado de sus propios cuidadores, como la construcción que hace desde sus experiencias tempranas y de adultez acerca de su hijo(a), siendo el embarazo un período clave para la emergencia de dichas representaciones. Los modelos representacionales que trae la madre sobre sí misma, van adaptándose y re-organizándose en la construcción de un nuevo mundo vivencial, en el que se entrelazan modelos sobre su ser mujer, sobre su rol materno, como pareja, nidos temáticos (experiencias tempranas de apego), como en la calidad, cantidad y coherencia de las representaciones maternas, dependiendo del estilo vincular.

Es por esto que en la madre con un vínculo seguro se vivencian representaciones de confianza en sí misma y en los otros, durante el proceso del parto y en la crianza posterior. La definición que hace la mujer entorno a su rol materno es construido a partir de sus propias características, intereses y actividades, así como también, por las características, intereses y actividades imaginadas del y para el futuro bebé. (Grimalt, 2012). En cambio, la mujer con vínculo inseguro-evitativo, muestra preocupación por llegar a transmitir estados (pensamiento y emociones) negativos al hijo(a) durante el embarazo. Se resiste a las representaciones imaginadas del futuro hijo(a) por su creencia de miedo e inseguridad a de que no exista correspondencia entre lo que se imagina del niño y la realidad de éste. Es por esto que permanece la creencia de transmitirle al bebé la desilusión de no ser como se esperaba. Por otra parte, se esfuerza en tener conductas y actitudes dirigidas a promover el bienestar del hijo, como estar calmada, no discutir y evitar situaciones estresantes, porque tiene la creencia de que los estados mentales y emocionales de la madre son transmitidos al feto. Y la madre con vínculo Inseguro Ambivalente, presenta tendencia hacia pensamientos pesimistas en torno al desarrollo positivo del embarazo, razón por la cual, busca estrategias que le proporcionen una matriz de apoyo y seguridad para el cuidado y protección de ella y del futuro hijo(a). Los cambios emocionales propios de la gestación son vivenciados de manera intensa y poco autorregulada, lo que la hace poner la seguridad en los otros, evidenciando una falta de confianza básica en sí misma;

tiene fantasías con respecto al parto de un intenso dolor físico que se podría traducir en un posible daño y muerte de ella o del bebé. Siente miedo de fallar en la protección y cuidado del bebé y con no ser una buena madre (Grimalt, 2012). Lo cual sugiere una vez más como las vivencias tempranas de la madre pueden afectar en el desarrollo de un apego seguro en sus hijos(as).

Factores Personales de la Madre/Mujer que Influyen en el Desarrollo de un Apego Seguro.

Según Roncallo, existe evidencia de que el tipo y calidad de las representaciones que la madre genera durante el embarazo, se relacionan estrechamente con su propia historia de apego (Roncallo, et al, 2015).

Los correspondientes trastornos parecen surgir con mucha mayor frecuencia a causa de tener los propios padres dificultades emocionales de las cuales tan sólo, en parte, poseen conciencia y que no pueden controlar (Bowlby, 1979). Es decir, según Opazo la influencia inconsciente sobre las cogniciones, afectos y conductas pueden afectar notoriamente el desarrollo de un apego seguro. En términos etiológicos, resulta difícil el precisar si una estimulación subliminal, si un esquema sub-yacente, si un contenido reprimido, producirá o no un efecto específico en niveles cognitivos, afectivos o conductuales. (Opazo, 2011, p. 114).

De acuerdo a lo anterior, el estado psicológico de la madre influye en el feto, tanto a nivel neurocomportamental y en

las alteraciones en el desarrollo que se manifiestan así mismo en el periodo post-natal, afectando significativamente la relación madre-bebé. Cabe destacar una vez más la importancia de que este vínculo no surge en el período posterior al nacimiento, sino que tiene su origen en la etapa prenatal.

La investigación de la Revista Chilena de Pediatría (2012), pone énfasis en que el vínculo seguro favorece la capacidad para recordar el pasado y de integrar lo vivido en una perspectiva autónoma de sí misma, en un relato coherente y consistente de los recuerdos infantiles, logrando integrar diferentes experiencias tempranas en una globalidad que abarca experiencias de aprendizaje entorno a lo positivo y negativo. La madre define las características de sí misma en relación a las características y relación que mantuvo con su propia figura materna, ya sea por semejanzas o diferencias. De esta forma presenta una representación equilibrada, coherente y flexible del niño(a), así como una concepción de sí misma capaz de proveer cuidado y seguridad. Se observarán padres autónomos mostrándose accesibles a sus hijos, lo cual favorece el contacto cuando éstos se muestran necesitados. El mundo emocional de estos padres es equilibrado en su rol parental, como del hijo(a), integrando aspectos específicos de su historia de crianza. Logran una visión coherente de sus experiencias con las figuras significativas de la infancia, lo que es asumido en forma consciente y reflexiva.

Cuando la madre presenta un apego inseguro ambivalente, la imagen de sí

misma y su hijo (a) se manifiesta de forma ambigua y con dificultades para realizar contención emocional, proyectando fantasías de muerte y daño. Alguna de las características de personalidad es que suelen ser insensibles a las demandas del niño(a), teniendo dificultad para interpretar las demandas de su hijo(a), lo que genera respuestas inapropiadas en la díada (Díaz, 2004).

La madre con apego inseguro evitativo se esfuerza por evitar tener representaciones tanto del feto, como de sí misma como futura madre. Es descrita como inconsistente en las respuestas de cuidado; y es por esto que aspira a convertirse en una madre muy diferente, como manera de compensar las carencias de cuidado en la infancia y como consecuencia la inseguridad que percibe en la vida adulta. Este mecanismo de diferenciación contiene una idealización del propio estilo maternal, proyectándose con altas expectativas respecto a sí misma como madre.

Las características principales de este estilo de maternidad son la dificultad de articulación de los distintos episodios de la historia vital; no logrando otorgar un significado global a sus experiencias. Debido a esto, es que se les dificulta efectuar un proceso de análisis y reflexión objetiva sobre las experiencias del pasado. Otra de las características importantes es la falta de continuidad e inconsistencia del modelo parental con respecto a la protección y seguridad del niño(a). De esta forma particularmente en la madre, la lleva a tener miedo de no responder a las necesidades de protección del hijo(a), presentando aprehensividad

en relación a la posibilidad de muerte, daño o incapacidad de llevar a cabo la función materna. La presencia de pensamientos negativos, como temor y pérdida, se extienden a distintos planos, de modo que un pequeño malestar se transforma en un peligro de vida, expresando todo con exageración. El estilo maternal transmitido es considerado inconsistente e insegurizador, por lo que la diferenciación con ella es un tema central. A diferencia de los otros tipos vinculares, no busca apoyo en amigos o familiares, confiando más en sí misma que en los otros. Intenta dar significado y reformular la experiencia temprana de rechazo con los propios padres durante el proceso de gestación del niño(a), obteniendo significados reparadores, es por esto que las experiencias pasadas son compensadas a partir de vivencias positivas en el presente, con la finalidad de dar un sentido positivo y de aprendizaje a las experiencias de abandono vivenciadas en la infancia (Revista Chilena de Pediatría, 2012).

Se entrega poca información de la historia personal y si lo hace, es a través de la intelectualización, no integrando lo emocional. Tienden a confiar muy poco en lo que sienten y mucho en las explicaciones que se dan, llevando la experiencia a un nivel de abstracción que le da sentido y continuidad al sí mismo (Grimalt, 2012).

Complementando con la investigación de la Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente el apego ansioso-evitativo suele darse en madres que ignoran o rechazan al niño(a), hablan

de él o ella en términos negativos, mostrándose molestas con su hijo(a).

De acuerdo a las madres con apego desorganizado, éstas han sido con frecuencia víctimas de un trauma que no han resuelto, mostrándose ansiosas y temerosas, proyectando sus miedos en circunstancias presentes y son incapaces de reconocer las demandas de su hijo(a) dando respuestas inconsistentes (Díaz, 2004).

Con respecto a factores transversales y favorables en los estilos maternos, Crittenden (citado en Inostroza, s/fecha) expone diferentes factores personales y parentales, como la sensibilidad materna, capacidad de mentalización de los padres y apego paterno (factores proximales). Así como también coexisten los factores que se reflejan en las condiciones de salud mental de los padres. Según la autora existen ciertas temáticas con respecto a la expresión del apego en adultos, como la dependencia, el afecto, compromiso, apertura y cercanía, siendo temas personales de cada madre/padre que influyen directamente en el relacionamiento con el infante. A continuación, se describen brevemente los factores anteriormente señalados: la dependencia se relaciona con actitudes hacia la posesividad, compartir tiempo y actividades; el afecto como una actitud de la expresión de amor, el compromiso como el grado de seriedad e implicancia en la relación, la apertura como una expresión abierta de pensamientos y sentimientos, y la cercanía con una actitud frente a la intimidad y lejanía, es decir límites.

Para la autora existen algunos factores personales desfavorables (errores afectivos) entorno a la comunicación afectiva materna:

1. Indicaciones contradictorias (ambigüedad entre el lenguaje verbal y el contacto físico o no verbal con el hijo (a)).
2. Desorientación o adulto confundido y asustado del infante, Confusiones de rol y retraimiento como la expresión de la distancia física y verbal hacia el niño (a).

Uno de los aportes favorables para los padres, según la entrevista realizada al psicólogo Felipe Lecannelier (Bruna, 2014), guarda relación con la necesidad de aclarar a los padres que la seguridad en el apego es algo continuo, donde los niños(as) se van sintiendo en diferentes momentos de su vida más seguros de la disponibilidad emocional y física de los padres, siendo las últimas, factores personales fundamentales en el posible desarrollo de un apego seguro. En su efecto, en la Revista Médica de Chile (Behar, 2012) con respecto a la Teoría del Apego y los trastornos de la conducta alimentaria, en el apego seguro la ansiedad de separación se revierte mediante el reaseguramiento con la cuidadora disponible, que se muestra receptiva, cálida y conectada a las necesidades del bebé. La privación de la madre supone ausencia del vínculo materno y trastorno del comportamiento en la infancia temprana, favoreciendo la vulnerabilidad para la emergencia de los TCA (trastornos de la conducta alimentaria), en los cuales no existe el reconocimiento materno de las necesidades del hijo(a) en la interacción, configurándose una vinculación angustiante, insegura, rabiosa, en la cual

la madre puede estar presente, pero se perfila insensible, ausente afectivamente y rechazante, auspicando constantemente la amenaza de abandono (2012).

A continuación, se realizará una sistematización descriptiva de los factores personales parentales entorno al EIS. Por esto se comenzará señalando brevemente en qué consiste el Enfoque.

Enfoque Integrativo Supraparadigmático (EIS):

El Enfoque Integrativo se fundamenta en una “macro teoría” que constituye un conjunto de principios epistemológicos, metodológicos y paradigmáticos, los cuales conforman el cimiento de la Psicoterapia Integrativa (Fernández & Opazo citado en Bunster, 2017)

De acuerdo a Opazo (citado en Bunster, 2017) se diferencia de otros enfoques por la apertura de variadas fuentes de conocimiento y de intervención clínica, destacando a su vez del eclecticismo por aportar un trasfondo teórico, el cual permite ordenar la información proveniente de los diferentes enfoques y guiar la investigación. Así mismo, para Opazo (citado en Bunster, 2017) el enfoque Integrativo busca la integración a niveles paradigmáticos, asumiendo como centro de la integración el sistema SELF. A partir de la construcción teórica, es que la psicoterapia integrativa considera en su accionar clínico seis paradigmas: biológico, cognitivo, afectivo, inconsciente, ambiental/conductual y sistémico. A partir de esto, en cada

persona se considera el Self como principio organizador de la experiencia. Por una parte, expresa la coherencia y equilibrio homeostático del sistema psicológico, y por otra, se relaciona con la toma de conciencia de cada individuo acerca de sí mismo, de su historia y de su entorno, aportando un sentido de identidad (Bagladi, 2009).

Paradigmas, Sistema SELF y factores personales parentales en apegos inseguros:

Paradigma Biológico

- *Predisposición biológica hacia la psicopatología*
- *Estado psicológico de la madre influye en el feto y en la diada.*
- *Probable presencia de Neuroticismo e Introversión alto.*

Paradigma Afectivo

- *Dificultades emocionales parcialmente conscientes de los padres, que predisponen a futuros trastornos en los hijos(as).*
- *Repertorio afectivo lábil e inconsistente.*
- *Ambigüedad e inestabilidad en la expresión emocional.*

Paradigma Cognitivo

- *Pensamientos negativos de temor y ansiedad*
- *Expectativas idealistas y fantasiosas*
- *Sesgos cognitivos*

Paradigma Inconsciente

- *Campo de consciencia estrecho*
- *Presencia de alexitimia (desconexión emocional)*
- *Dificultad en el awareness*

- *Uso de mecanismos de defensa como: idealización, proyección, intelectualización.*

Paradigma Ambiental Conductual

- *Historias de apego inseguras y ambivalentes*
- *Presencia de estrés y situaciones traumáticas*
- *Dificultad en la confianza básica de las redes de apoyo y sistemas psicosociales (familiar, laboral, social)*
- *Relaciones interpersonales escasas*
- *Conducta asertiva disminuida*

Paradigma Sistémico

- *Historia de sistemas familiares disfuncionales*

Sistema SELF

- *Sentido de Identidad poco claro y con tendencia a la inestabilidad. Dificultad para diferenciar la identidad materna con la del propio hijo(a).*
- *Autoimagen parental ambigua y negativa. Autoestima baja*
- *Dificultad para el autoconocimiento como persona y rol de madre. bajo nivel de aceptación.*
- *SELF idealista e intelectualizado, con un bajo enraizamiento emocional, psicológico y relacional positivo.*
- *Distorsión de los significados y necesidades del niño (a), reflejando un análisis de la realidad incompleto.*
- *Capacidad de auto-organización disminuida y poco funcional.*
- *Rigidización frente a los cambios.*
- *Dificultad para proyectar un sentido de vida saludable.*
- *Descontrol de impulsos y baja tolerancia a la frustración.*
- *Bajo índice de resolutivez*
- *Dificultad para satisfacer las propias necesidades*
- *Conflictos de pareja*

Paradigmas y factores personales parentales en el desarrollo de un apego seguro

Paradigma Biológico

- *Salud mental de los padres*
- *Sensibilidad materna*
- *Capacidad de mentalización de los padres (estructura yoica)*

Paradigma Afectivo

- *Padres autónomos y accesibles*
- *Favorecen contacto frente a las necesidades del niño*
- *Madre o cuidadora disponible, receptiva, cálida y conectada con las necesidades del bebé.*
- *Mundo emocional equilibrado en el rol materno-filial.*

Paradigma Cognitivo

- *La madre representa una imagen del niño(a) equilibrada, coherente y flexible*
- *Autoconcepto de la madre como capaz de proveer cuidado y seguridad.*

Paradigma Inconsciente

- *Capacidad materna para integrar las experiencias vividas de forma autónoma.*
- *Relatos experienciales coherentes.*
- *Recuerdos de experiencias tempranas consistentes, logrando integrar diferentes experiencias en un marco global.*

Paradigma Ambiental Conductual

- *Historia de confianza básica en ella misma y en los otros, lo cual fortalece la experiencia del parto y crianza.*

Paradigma Sistémico

- *Desarrollo en el núcleo familiar de las siguientes temáticas: independencia v/s dependencia; afectividad como expresión del amor; cercanía y apertura; tiempo; e intimidad v/s lejanía (espacio).*

Sistema SELF

- *Construcción de la identidad del rol materno empático entorno a ella y a su hijo(a).*
- *La definición de su rol materno se construye en función de la propia figura materna, ya sea en diferencias o semejanzas.*
- *integración de la historia de crianza*
- *Visión coherente de experiencias con sus figuras significativas en la infancia, lo que asume de forma consciente y reflexiva.*

Conclusiones

En cuanto a lo abordado con anterioridad, cabe proponer que las prácticas de atención temprana se extiendan al período prenatal como estrategia de prevención, repercutiendo favorablemente en la salud materno-infantil.

Para esto, las investigaciones plantean un modelo de intervención interdisciplinar, centrado en el vínculo materno-fetal como factor protector del vínculo en el período post-parto y como potenciador de práctica de parentalidad positiva que fomente un desarrollo psicológico saludable (Roncallo, 2015). De esta forma plantear el apego como un proceso en desarrollo amplía la oportunidad de prevención y reparación de los factores personales que influyen continuamente en el desarrollo del niño(a). Es importante señalar cómo la teoría del apego ha evolucionado, inicialmente desde una perspectiva de la experiencia del niño con su madre, a la vivencia en la díada, en el apego temprano de la madres y/o los padres hasta las últimas investigaciones sobre cómo el cerebro humano constantemente

madura simultáneamente al desarrollo como ciclo vital del niño(a) y en el entorno social-ambiental. Por último, de acuerdo a Schore (2003) es que actualmente se piensa en el cerebro humano como un órgano bioambiental o biopsicosocial.

Referencias Bibliográficas

Bowlby, J. (1989). Una Base Segura, Aplicaciones clínicas de una teoría del apego. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica S.A.

Bruna, J. (2014). Felipe Lecannelier: “la cercanía y el contacto físico con un adulto son la base del desarrollo del cerebro del niño”. Santiago de Chile. Mamadre.cl.<https://www.mamadre.cl/felipe-lecannelier-la-mayoria-de-los-consejos-de-crianza-son-en-beneficio-del-adulto-y-del-niño/>

Bunster, A. (2017). Una Aproximación Científica a la Terapia de Flores de Bach y su aporte como recurso complementario a la Psicoterapia Integrativa. AcPI-Actualizaciones en Psicoterapia Integrativa. Vol. IX, 44-80.

Behar, R. (2012). Perspectiva evolucionista de los trastornos de la conducta alimentaria. Revista Médica de Chile, 517-523.

Bowlby, J. (1974). Vínculos afectivos, Formación, desarrollo y pérdida. Madrid: Ediciones Morata, S.A.

Bagladi, V. (2009). Una aproximación clínica al bienestar humano. AcPI-Actualizaciones en Psicoterapia Integrativa. Vol. I, 20 – 58.

Díaz, J. Rodríguez, B. (2004). El vínculo y psicopatología en la infancia: Evaluación y Tratamiento. Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente, 82-90.

Grimalt, L. (2012). Estilos de apego y representaciones maternas durante el

embarazo. *Revista Chilena de Pediatría*,
239-246.

Inostroza, J. (s/fecha). Apego y Psicopatología
- Modelo Dinámico Maduracional de
Patricia Crittenden, (diapositivas PPT).

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

**Roncallo, C. Sánchez, M. Arranz, E. (Agosto de
2015).** www.scielo.cl. Obtenido de
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_
arttext&pid=S1989-38092015000200004](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1989-38092015000200004)

Schore, A. (2003). *Affect Dysregulation and
Disorder of the Self* (pp. 71-86). New York:
W.W. Norton & Company. Traducción Ps.
André Sassenfeld J.

Parentalidad Positiva: Una aproximación desde EIS

Texia Bejer Tajmuchi.*⁴

Abstract

Being a parent is something complex and difficult these days. Thus, it is necessary to be able to generate more appropriate strategies to help parents in the parenting process. The purpose of this paper is to collect those that exist around positive parenting and analyze it in the light of the Supraparadigmatic Integrative Approach. This with the later purpose of being able to establish strategies of help to the parents who consult. Positive parenting focuses on the children's rights approach and promotes attention, the development of capacities, the exercise of the role, without any type of violence, offering the necessary recognition and guidance while including the establishment of the limits that allow the full development of the child or / and adolescent.

Keywords: Positive parenting, child rights approach, EIS

Resumen

El ser padres es algo complejo y difícil en estos días. Es así, que es necesario poder generar estrategias más adecuadas para ayudar a los padres en el proceso de crianza. El presente trabajo tiene como finalidad poder recopilar información en torno a la parentalidad positiva y analizarlo a la luz del Enfoque Integrativo Supraparadigmático. Esto con el propósito posterior de poder establecer estrategias de ayuda a los padres que consultan. La parentalidad positiva se centra en el enfoque de derechos de los niños y promueve la atención, el desarrollo de las capacidades, el ejercicio del rol, sin ningún tipo de violencia, ofreciendo el reconocimiento y la orientación necesaria sin dejar de incluir el establecimiento de los límites que permitan el pleno desarrollo del niño, niña y/o adolescente.

Palabras clave: Parentalidad positiva, enfoque de derechos del niño, EIS

AcPI,10: 57-79.

* Mg. Psicoterapia Integrativa EIS (UAI-ICPSI). Especialista en Psicoterapia Integrativa Infanto-Juvenil EIS (ICPSI). icpsi@icpsi.cl

Introducción

En el mundo actual, el ser padre o madre no es tarea fácil, la forma en que se relacionan padres e hijos ha cambiado notoriamente en 20 años, desde una visión de un hijo que tiene que ser sumiso y obediente, a un hijo que es escuchado y considerado. Como mencionan Capano y Ubach (2013) *“La consideración que se tiene por el niño y el adolescente en nuestra sociedad ha cambiado, las ideas y las acciones sobre éstos son distintas. Seguramente la lucha de más de 70 años por la reivindicación de los derechos de niños, niñas y adolescentes y el advenimiento de la Convención de los Derechos del Niño ([CDN] Asamblea General de las Naciones Unidas 1989) entre otras causas, han influido en el cambio de paradigma”*. Esta declaración hace hincapié en las formas de ser padre y madre en la actualidad, las que requieren nuevas maneras de relacionarse y de vincularse con los hijos. Del mismo modo, se plantea la necesidad de que los roles parentales y las competencias en torno a ellos se redefinan frente a estas nuevas posiciones.

El concepto de competencias parentales hace referencia a las capacidades que requieren los padres para ejercer dicho rol. Este concepto implica la constante capacidad de aprendizaje que deben tener los padres en torno a la crianza, la vida familiar, las etapas del desarrollo de los niños, etc. Gómez y Muñoz (2015), las definen como “la adquisición y continua evolución de conocimientos, actitudes y destrezas para conducir el comportamiento parental propio, a través de diversas situaciones de la vida familiar y la crianza y en las distintas dimensiones y necesidades (físicas, cognitivas, comunicativas, socioemocionales) del desarrollo

del niño o niña, con la finalidad última de garantizar su bienestar y el ejercicio pleno de sus derechos humanos.”. Estas competencias se irían formando a través del desarrollo psicosocial de las personas, interactuando factores biológicos - hereditarios y las experiencias vitales y el contexto sociocultural, en que se desenvuelven las personas. (Programa Abriendo Caminos Chile Solidario (2009)).

En relación con cuáles serían dichas competencias, existen propuestas de diversos autores, no obstante, las que plantea Loizaga en 2010 las compilaría en cuatro grandes grupos. Estos abarcarían los diferentes aspectos de los padres y la parentalidad. En el cuadro N°1, se aprecia 4 grandes competencias parentales: vinculares, formativas; protectoras y reflexivas. Las competencias vinculares, estarían compuestas por la capacidad de mentalización de los padres, la sensibilidad parental, la calidez emocional de los padres y el involucramiento con los hijos. Las competencias formativas, son las que llevarían a la estimulación del aprendizaje, a dar orientación y guía en la educación, a establecer disciplina positiva y a fomentar la socialización. Las competencias protectoras, dan cuenta de la capacidad de garantizar la seguridad física, emocional y/o psicosexual, el cuidado y satisfacción de necesidades básicas. También incluyen la organización de la vida cotidiana y la búsqueda de apoyo social. Y las competencias reflexivas, que involucran la capacidad de anticipar escenarios vitales relevantes, el poder monitorear las influencias en el desarrollo del niño(a), el automonitoreo parental o contar con la capacidad para generar meta-parentalidad y el autocuidado parental (Loizaga, 2010).

Cuadro Nº 1

COMPETENCIAS PARENTALES

Competencia Parental	Componente
1. VINCULARES	Mentalización
	Sensibilidad parental
	Calidez emocional
	Involucramiento
2. FORMATIVAS	Estimulación del aprendizaje
	Orientación y guía
	Disciplina positiva
	Socialización
3. PROTECTORAS	Garantías de seguridad física, emocional y psicosexual
	Cuidado y satisfacción de necesidades básicas
	Organización de la vida cotidiana
	Búsqueda de apoyo social
4. REFLEXIVAS	Anticipar escenarios vitales relevantes
	Monitorear influencias en el desarrollo del niño/a
	Metaparentalidad o automonitoreo parental
	Autocuidado parental

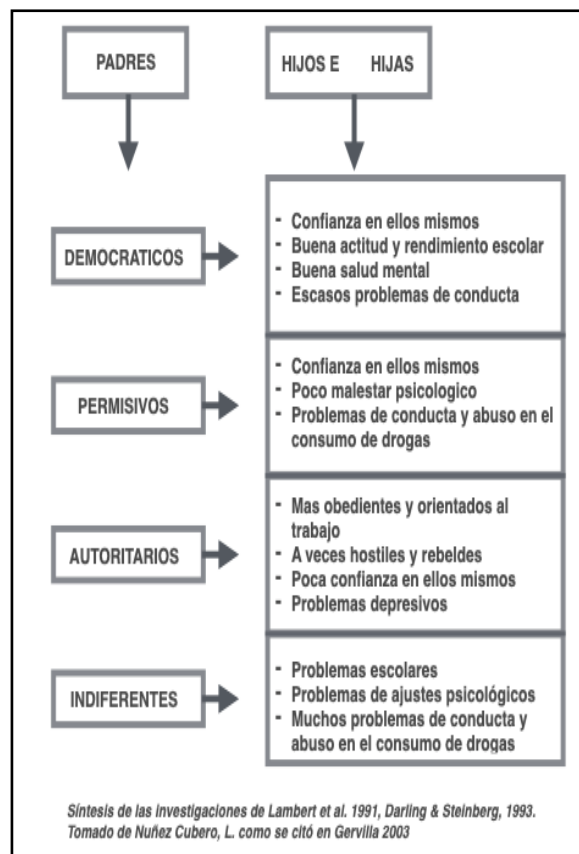
Loizaga, 2010

Otro concepto importante, es el de estilos parentales. Dichos estilos determinan la forma en que los padres responderán a las necesidades de los niños en lo cotidiano, e incluye la toma de decisiones de las figuras parentales en torno a la crianza. Dichos estilos también incluyen las actitudes que los padres tienen frente a sus hijos y que influyen en el clima emocional dentro del contexto familiar (Cornellas, 2003; Darling & Steinberg, 1993; González, Tornaría, Vandemeulebroecke y Colpin, 2001).

Conjuntamente, hay que considerar que el ejercicio de la parentalidad se da en una sociedad particular, con formas específicas de manejo de las transgresiones y normas. Así, la sociedad también determina los patrones conductuales, la significaciones y representaciones de lo que es ser padre, madre, hijo o hija. Por otro lado, los estilos de crianza y

las interacciones familiares inciden en cómo se constituyen los valores, creencias y cuáles son las conductas adecuadas al rol parental. Estas construcciones de significados y representaciones cristalizan en conductas al momento en que el sujeto se transforma en padre o madre, lo que permite que el adulto sea capaz de poner las normas y límites en la crianza de los niños, niñas y/o adolescentes. Es por esto que los ambientes psicosociales y culturales pueden facilitar o dificultar el ejercicio del rol parental (Bronfenbrenner, 1987; Musitu y Cava 2001; Gervilla, 2008; Rodrigo, 2015).

Cuadro Nº 2:
 Relación entre estilos educativos parentales y características de los hijos en la adolescencia



Un aspecto importante, es que los estilos educativos de los padres pasan a ser de importancia en el desarrollo de la autoimagen y sentido de autoeficacia de los niños, niñas y/o adolescentes, volviéndose figuras centrales en la construcción de estos aspectos en los hijos. Ya Baumrind en el año 1966, planteó cuatro tipos de estilos educativos parentales en función del grado de control que ejercen sobre los hijos: el estilo autoritario, el permisivo, el democrático y el indiferente; y los asoció a características específicas de personalidad de los hijos (Capano y Ubach, 2013).

Además afirmó que los padres que se manejaban desde un estilo autoritario le daban importancia mayor a la obediencia de los hijos, lo que limita y circunscribe la autonomía de los mismos. Los padres que funcionaban desde el estilo permisivo se encontraban en el extremo opuesto, no ejercían prácticamente ningún control y permitían mayor grado de autonomía en los hijos. Los que ejercían el estilo democrático eran padres que se encontraban a mitad de camino entre los estilos mencionados anteriormente, intentaban controlar el comportamiento de sus hijos, funcionando desde la razón y el razonar con ellos y no desde la imposición o la fuerza. (Capano y Ubach, 2013).

En el cuadro Nº 2, se aprecia la relación entre los estilos educativos paternos indicados y las características de los hijos en la adolescencia. Como se observa, el estilo democrático, es el que tiende a generar mejores características adaptativas en los niños, niñas y/o adolescentes, se aprecian con mejor formación y conductas adaptadas al entorno. Y el estilo indiferente, genera niños, niñas y/o adolescentes menos adaptados y con mayores problemas.

Aunque en esta línea hay múltiples estudios y se han desarrollado varias teorías, el concepto de estilo educativo, hace referencia a la función formadora en los estilos parentales, dejando de lado las tres restantes, que son de suma importancia en el rol de la parentalidad. Así surge el desafío de generar algún concepto que abarque las diferentes áreas de la parentalidad, que también describa lo cotidiano de ser padre/madre y favorezca el desarrollo integral de los hijos.

En los últimos años, se ha ido configurando el concepto de parentalidad positiva, como un concepto más amplio que permite concebir la parentalidad como una interacción entre sistemas, concibiéndola como flexible y bidireccional. Dicho concepto propone que los padres, madres e hijos sean los protagonistas a la hora de poner normas y valores familiares, utilizando estrategias tales como la negociación y adaptación conjunta, y facilitando la flexibilidad para que el sistema familiar se adecue a los cambios maduracionales de los hijos/hijas y a las etapas vitales de las familias (Bagladi, 2017). Esta conceptualización, tiene como fondo los derechos del niño y el bienestar superior de ellos. Desde esta postura se promueve la atención, el desarrollo de las capacidades, el ejercicio del rol, sin ningún tipo de violencia, ofreciendo el reconocimiento y la orientación necesaria sin dejar de incluir el establecimiento de los límites que permitan el pleno desarrollo del niño, niña y/o adolescente.

Desde esta perspectiva un padre que ejerce este tipo de parentalidad, es el que atiende, potencia, guía y reconoce a sus hijos como personas con pleno derecho. No obstante, no hay que confundir esto con permisividad, si bien es más flexible y orientado hacia las necesidades de los hijos, debe implementar límites necesarios para que los niños, niñas y/o

adolescentes puedan desarrollarse plenamente. (Rodrigo y col., 2010).

Así, el ejercicio de la parentalidad, por un lado, promueve vínculos afectivos sanos, protectores y estables, dentro de entornos educativos estructurados, con rutinas y hábitos, que permitan la transmisión de normas y valores, y que den oportunidades de estimulación, aprendizaje y apoyo. Además, debe ser capaz de reconocer las capacidades y las limitaciones reales de los hijos y acompañarlos en la vida cotidiana. Todo esto debe darse en ambientes carentes de violencia de cualquier tipo. Y, por otro lado, considera las necesidades de las figuras parentales para que puedan realizar adecuadamente la labor de ser padres. Esto es a través de promover la adquisición de información, orientación y reflexión sobre el modelo educativo familiar, promover la confianza en sus capacidades como padres, en brindar apoyo informal y formal para superar las dificultades y reducir el estrés parental y familiar. (Rodrigo, 2015).

Al pensar en las áreas que incluyen las competencias de los padres dentro de este tipo de parentalidad, hay que pensar que es un ejercicio amplio de las diferentes competencias en la interacción con los hijos. En el cuadro N° 3 se aprecia, que habría cuatro grupos de competencias de parentalidad positiva: Educativas, Agencia parental, Autonomía personal y Desarrollo personal (Rodrigo y col., 2008). Cada una con una descripción de las características necesarias para que exista adecuadamente dicha competencia.

Cuadro N° 3

Áreas de competencias en la parentalidad positiva
(Rodrigo, Máiquez, Martín y Byrne, 2008)

Competencia	Descripción
Educativa	<ul style="list-style-type: none"> • Calidez y afecto en las relaciones • Control y supervisión del comportamiento infantil • Estimulación y apoyo al aprendizaje • Adaptabilidad a las características del niño o niña
Agencia Parental	<ul style="list-style-type: none"> • Autoeficacia parental • Locus de control interno • Acuerdo en la pareja • Percepción ajustada del rol parental
Autonomía Personal	<ul style="list-style-type: none"> • Implicación en la tarea educativa • Responsabilidad ante el bienestar del niño o niña • Visión positiva del niño o niña y de la familia • Buscar ayuda de personas significativas • Identificar y utilizar los recursos para cubrir necesidades como madres y padres y como adultos
Desarrollo personal	<ul style="list-style-type: none"> • Control de los impulsos y afrontamiento estrés • Asertividad y autoestima • Habilidades sociales • Resolución de conflictos interpersonales • Capacidad para responder a múltiples tareas • Planificación y proyecto de vida

Existen programas para poder desarrollar la parentalidad positiva, en Chile existe el Manual de apoyo para la formación de competencias parentales de Mideplan (2009), y en España el Programa-Guía para el Desarrollo de Competencias Emocionales, Educativas y Parentales. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social. (2009). En los que se plantea que existen principios básicos para el desarrollo de la parentalidad positiva, que orientan y guían a los adultos para fomentar el bienestar de los niños, niñas y/o adolescentes. (Rodrigo y col., 2010). Dichos principios, son guías generales que se adaptan a las características individuales de la población con la que se trabaja o de las personas a las que se está ayudando. Los lineamientos generales son:

Vínculos afectivos cálidos: Este tipo de vínculos ejercen la función de ser una especie de barrera de

protección para el niño, niña y/o adolescente ya que generan una forma duradera de aceptación y sentimientos positivos, que ayudaran a enfrentar las dificultades de la vida. Este tipo de vínculos surge en el núcleo de la familia, incluida la familia extensa, que aporta a una red de seguridad a lo largo de todo el proceso del desarrollo.

Entorno estructurado: Este tipo de entornos, da guía y orientación para el aprendizaje de normas y valores. Esto por medio de la instauración de hábitos y rutinas que permiten la organización de las actividades diarias. Este punto aparece como importante al momento de darle al niño, niña y/o adolescente la sensación de un ambiente seguro y predecible que le permita establecer los límites necesarios para desarrollarse.

Estimulación y apoyo: Esto es necesario, tanto para el aprendizaje a nivel familiar como educativo formal, ya que permite promover alta motivación y el desarrollo de las capacidades del niño, niña y/o adolescente. Esto requiere que los padres conozcan las características y habilidades de sus hijos/hijas, además de darse tiempo para compartir tiempo de calidad con ellos. Esto último es muy importante ya que permite que el niño, niña y/o adolescente, sienta que cuenta con los adultos.

Reconocimiento: Los padres son figuras centrales en el mundo de los niños, niñas y/o adolescentes. Así, es vital que ellos sean capaces de reconocer las relaciones, actividades y experiencias de sus hijos, del valor que ellos tienen, sobre sus preocupaciones y necesidades y tener en cuenta sus puntos de vista. Esto a través de escucharlos, valorarlos como sujetos plenos de derecho y con opinión y experiencias propias.

Capacitación: Apunta a potenciar el valor de los hijos e hijas, a que se sientan protagonistas, competentes, capaces de producir cambios e influir con su opinión o de accionar a los demás. Es significativo el establecimiento de espacios de escucha, reflexión y explicaciones de los mensajes que llegan a la familia y a ellos.

Educación sin violencia: Descartar toda forma de castigo físico o psicológico. Eliminando de esta manera la posibilidad de que imiten modelos de interacción inadecuados, degradantes y violatorios de los derechos humanos. Elogiar su buen comportamiento, y ante su mal comportamiento reaccionar con una explicación y, si es necesario, con una sanción que no los violente (ni física, ni emocionalmente) y que se adecue a la edad del niño, niña y/o adolescente (Rodrigo, 2010).

Cuando se fomenta el desarrollo de vínculos afectivos sanos y entornos educativos adecuados, transmitiendo valores y normas de manera flexible y centrándose en la estimulación y capacidades de los hijos, acompañándolos en su día a día, en un entorno libre de violencia de cualquier tipo, se está ejerciendo parentalidad positiva. El poder generar espacios en que se promueva y potencie este tipo de parentalidad, parece esencial en una sociedad que desea criar niños sanos física y psicológicamente, y que logren ser adultos bien desarrollados. Estos espacios pueden darse en los lugares que cuente con grupos constituidos de población infantil y adolescente y en la cual se pueda acceder a los padres, madres o adultos significativos, tales como el centro educativo al que pertenecen y asisten los hijos, los centros sociales y comunitarios, clubes deportivos, centros de salud, etc. En dichos lugares se pueden establecer propuestas de apoyo, a través de la formación y psicoeducación.

PARENTALIDAD POSITIVA Y EIS

El Enfoque Integrativo Supraparadigmático (EIS) fue creado por el psicólogo Roberto Opazo en el año 1983. A diferencia de otros modelos que buscan la integración a nivel de técnicas y/o teorías, el EIS la busca a nivel de paradigmas: biológico, ambiental-conductual, cognitivo, sistémico, afectivo e inconsciente; siendo el Self

el eje integrador de todos ellos. A nivel dinámico-funcional, el sujeto psico-factura los diferentes estímulos (internos y/o externos), siendo un proceso dialéctico en el sentido que interactúan sujeto/objeto de un modo bidireccional (Opazo, 2017 pág. 994)

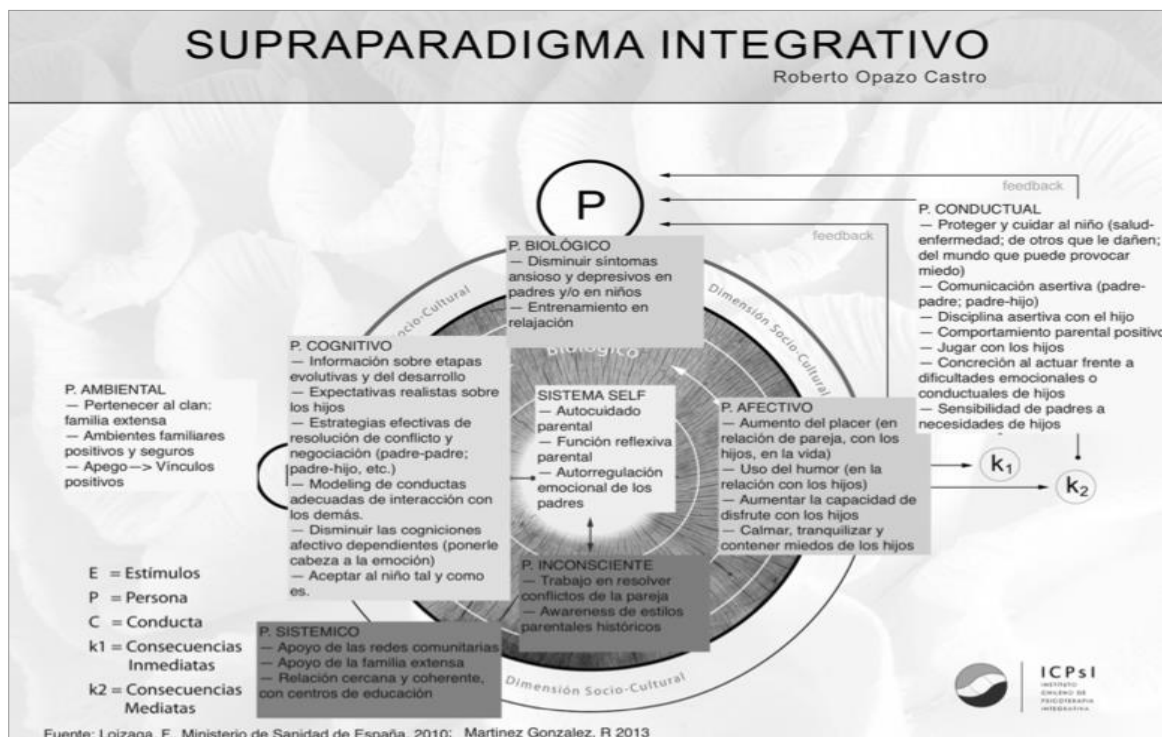
Por las características del EIS, se aprecian ventajas comparativas frente a otros modelos permitiendo abordar diferentes áreas de la psicología. En el abordaje de la crianza y parentalidad, el EIS permite aproximarse a la parentalidad positiva de manera ordenada, a través de los paradigmas. Bajo este enfoque es posible implementar una forma de trabajar con los padres/madres, para fortalecerlos en dicho tipo de parentalidad.

En la figura Nº 1, se aprecian las diferentes propuestas del desarrollo de las habilidades parentales dentro de la parentalidad positiva, en cada uno de los paradigmas del Supraparadigma Integrativo.

Como se aprecia, desde el Paradigma Biológico, es importante considerar que las

alteraciones a nivel biológico de cada uno de los padres pueden dificultar el ejercicio de la parentalidad positiva. Ya sea por el malestar subjetivo que estas alteraciones producen o por el impacto que esto puede tener en la regulación emocional de ellos. Así, si surgen síntomas ansiosos y/o depresivos tanto en los padres como en los niños, es conveniente que sean tratado adecuadamente por profesionales capacitados (psiquiatras y/o neurólogos). De la misma manera, si en ambos o alguno de los padres aparecen dificultades en el manejo emocional y/o el control de los impulsos, también es conveniente que sea tratado y derivado a un médico que le ayude a regular la influencia biológica en estas dificultades, antes de apoyarlo desde otros ámbitos.

Sin embargo, es de suponer que los padres que consultan llegan con conflictos importantes en la relación con sus hijos, y pueden presentar síntomas ansiosos, depresivos, irritabilidad o baja tolerancia a la frustración, asociados a dichos conflictos. De la misma manera, pueden sentirse muy sobrepasados por los



acontecimientos, y generarles algún tipo de sintomatología. En estas situaciones, se sugiere interconsulta con psiquiatra u otro médico, de ser necesario, y de manera paralela ayudar a los padres a generar estrategias de regulación biológica, como el entrenamiento en relajación, del ejercicio físico moderado dos o tres veces por semana, yoga, etc.. Estas estrategias pueden permitir que los padres logren relajarse y manejar la ansiedad asociada a los conflictos, y al mismo tiempo les puede dar la sensación de eficacia en el manejo personal, que muchas veces han perdido.

En el Paradigma Cognitivo, se hace necesario que los padres conozcan y manejen contenidos teóricos y aspectos experienciales, asociados a la crianza. Como plantea Cardemil, 2013, *“para poder lograr sus objetivos, los cuidadores deben ser instruidos en ciertos temas relevantes, como el apego y las etapas evolutivas”* (pág. 139), a través de esto dispondrían de la información relativa a las etapas vitales y del desarrollo de los hijos, como los contenidos teóricos sobre psicología evolutiva y educativa, teoría del apego, así como también pueden obtener algunos indicadores de cómo actuar. Es importante que estos contenidos se trabajen también de forma experiencial, es decir, se apliquen específicamente en episodios cotidianos y enmarcados en las realidades socioculturales específicas de los padres. Se trata de ir propiciando sentimientos positivos hacia el rol parental, evitando que se generen sentimientos de culpa, frustración, dependencia e incompetencia parental. Lo ideal es que ellos se sientan cada vez más empoderados del rol y sean capaces de ver sus propios recursos y habilidades para utilizarlos en la crianza (Martin-Quintana et al., 2009).

Otro punto importante, es que los padres generen expectativas realistas sobre las

capacidades de los hijos. Es decir, que sean capaces de ver los aspectos positivos, pero también las limitaciones que tiene el niño, niña y/o adolescente, con el fin de poder transmitirle que es querido y aceptado como la persona que es, con sus limitaciones y aspectos positivos (Loizaga, 2010). Además, permite que los padres sean capaces de poner metas realistas al hijo/hija, ayudándolo a desarrollarse según sus intereses y capacidades, y no a cumplir con deseos de los padres, es decir que los hijos cumplan lo que los padres no pudieron ser.

Otro aspecto relevante, es que las figuras parentales posean estrategias efectivas de resolución de conflictos y de negociación. Como es sabido, las dinámicas interaccionales son complejas en una familia, tendiendo a surgir conflictos constantemente. La capacidad de negociar y resolver dichos conflictos de manera madura y adecuada no es fácil de lograr. Así, dentro de la familia, incluida familia extensa, los conflictos se pueden dar en diversas direcciones: entre los padres, padre/madre-hijo/hija, abuelo/a-nieto/a, suegro/a-yerno/nuera u otros familiares.

Si los padres son capaces de resolver los conflictos de manera adecuada, están estableciendo un hogar con un ambiente cálido y tranquilo que permite el desarrollo de relaciones sanas y al mismo tiempo, cumple con la capacidad de modelar en sus hijos, conductas adecuadas en la interacción con los otros, ayudándolos aprender formas adecuadas de resolución de conflicto y de regulación emocional, y a la vez a integrarse de manera más adecuada al entorno. Así, padres sociables, tienden a promover la interacción con los demás logrando ayudar a los hijos/hijas a desarrollar capacidades de interacción adecuada con los otros y desarrollar interacciones sanas. A través del actuar de los

padres en el manejo de la rabia, la frustración, el control, etc. los hijos van aprendiendo el autocontrol y el procesamiento de sus emociones, incorporando formas socialmente aceptadas de lidiar con los mismos problemas y/o emociones, que vieron en sus padres y cómo lo resolvieron.

De la misma manera, es importante que los padres, no se inunden emocionalmente, sino que sean capaces de “ponerle cabeza a la emoción”. Esto es, que logren regular y manejar el mundo emocional a través de las capacidades cognitivas. Se busca que no predominen las *cogniciones afectivo-dependientes* en relación al hijo o hija. Entendiendo las cogniciones afectivo-dependientes como la forma en que los afectos influyen en la génesis de las cogniciones (Opazo, 2010 p.256). En la parentalidad se refiere a cuándo el padre o madre está en algún estado afectivo de enojo, dolor u otro y este estado afectivo incide en la forma en que está interpretando la conducta o transgresión de la norma que el niño(a) realiza.

Desde el EIS, se plantea que para manejar estas cogniciones afectivo-dependientes el primer paso es reconocer cuando se está afectivamente activado y no tomar decisiones en este estado (Opazo, 2017, pág. 1158). Al aplicar esto al rol parental, esto sería reconocer cuando se está afectivamente activado y no “creerse” la interpretación que se está dando a los eventos del hijo o hija, intentando no tomar decisiones impulsivas y sin pensar en lo referente al rol parental, esperando que la activación emocional disminuya antes de tomar alguna medida ya sea normativa, de corrección o de consejería.

Desde el Paradigma Afectivo, se puede decir que todo comportamiento parental nunca es neutro, cada experiencia vital, cada emoción

vivida y cada palabra dicha van estructurando un tramado que permite ir organizando la realidad externa e interna. El padre o madre, enfrenta cada experiencia desde sus propias experiencias, por lo tanto, cada acción parental está cargada de emociones. Es importante comprender que esto se traduce en lenguaje representativo y/o simbólico que es expresado al niño, niña y/o adolescente en algún momento (Loizaga, 2010).

Cada acción o comunicación que un padre realiza con su hijo(a), está cargada de emociones, y estas emociones van marcando la relación que se produce entre los padres e hijos y es promovida a través de la comunicación oral, de gestos, tono de voz, etc. Por ejemplo, frente a una dificultad de un hijo en realizar una tarea simple, si el padre dice “no pudiste hacerlo, hazlo de nuevo” en un tono de voz y volumen de voz tranquilo y cálido, este puede ser percibido por el hijo como un apoyo y contención. Sin embargo, si esto mismo se dice a gritos y con tono de disgusto, el niño lo puede percibir como un castigo y afectará a su autoimagen. Es por esto que, para poder calmar, tranquilizar y contener a los hijos, no basta con palabras, debe haber consistencia entre la comunicación verbal, no verbal y el accionar de los padres. Así, los padres que humillan frente a la equivocación, someten en vez de permitir que el niño actúe por sí mismo, omiten en vez de estimular, y/o controlan en vez de confiar en el niño, niña y/o adolescente, atacan directamente el desarrollo emocional y la autoestima de los hijos.

Un elemento importante es que los niños, niñas y/o adolescentes tiene inseguridades, vergüenza y experiencias propias, y a veces creen que nadie los puede entender, que son los únicos que las han vivido. Así, el estrés y las ansiedades de la vida afectan tanto a padres

como a hijos. El niño, niña y/o adolescente que tiene un padre que cría con parentalidad positiva, va a tender a buscarlo en aquellas situaciones de vida que le alarman, para ser calmado y tranquilizado. Por lo que esta capacidad es importante en el desarrollo de los vínculos y sobre todo de espacios seguros para que el niño, niña y/o adolescente pueda conversar sus problemas. Esta capacidad parental se asocia a la escucha empática, al respeto por el otro, al apoyo incondicional y a dar orientaciones básicas.

El aumentar la sensación de placer en la vida, con la pareja, con los hijos, etc. aumenta la probabilidad de manejo de emociones displacenteras. Así, al existir mayor sensación de bienestar emocional, es más probable que los padres estén dispuestos a ser tolerantes, pacientes y calmados con los niños. De la misma manera, es más probable que tiendan a acordar entre ellos normas de crianza conjunta y a ser consistentes con las mismas. Al pensar en un niño complicado, con un temperamento complejo e irritable; también pensamos en parejas que llegan agotadas a la consulta, que han intentado de todo y no logran manejar de manera adecuada a su hijo, y finalmente son enviados por terceros a consultar. Estos padres, tienden a llegar con altos montos de malestar emocional, muchas veces sin energías y sin querer seguir intentándolo. Así, dentro del desarrollo de las habilidades parentales es importante fomentar que en sus vidas aumente la sensación de bienestar y placer, como un factor de resiliencia de la pareja frente a los conflictos que surgen en la crianza y el manejo con los hijos.

Si el disfrute no sólo aumenta en la pareja, sino que también en la interacción con los hijos, es más probable que existan espacios de calma y de relajo a nivel familiar y que puedan

apreciar más momentos saludables y gratos en familia. Esto es un aspecto central en la parentalidad positiva ya que conlleva la interacción con los hijos, realizar actividades que fomenten el placer y la convivencia, y el compartir ratos agradables. Asimismo, fomenta el ir construyendo una nueva historia con los hijos, cargada de momentos más felices y no centrada en las interacciones negativas. Para lograr esto, es necesario que los padres interactúen con los hijos, realicen actividades en conjunto, jueguen juntos, etc. Es importante entender que el aumento del disfrutar con los hijos, no se obtiene de jugar con los hijos de manera “obligada”, ni llevar a la fuerza al hijo(a) a una actividad que el padre o madre supone le gustará. Es poder comprender aquello que es importante para el niño, pero también que sea disfrutado por el adulto o viceversa.

Otro aspecto a considerar es, el uso del sentido del humor en la relación con los hijos, como plantean Peterson y Selligman en 2003, el sentido del humor estaría dentro de las fortalezas planteadas en la “virtud espiritualidad/trascendencia”. Desde la perspectiva positivista, el sentido del humor serviría tanto para prevenir y aliviar el malestar psicológico como para potenciar el desarrollo personal hacia mayor plenitud. Esto principalmente por que, el sentido el humor, no sólo recibiría y generaría una reacción emocional en un momento dado, sino que también permitiría el desarrollo del autocontrol emocional. (Castillo, 2017, pág.118). Desde este punto de vista, el poder desarrollar el sentido del humor con los hijos permite a los padres interactuar con ellos de manera más lúdica y divertida, pero también puede ayudar a que se genere autocontrol emocional en ellos, favoreciendo el desarrollo de una afectividad sana y madura en los hijos.

El desarrollo, por parte de los padres, de apego básico y seguro, es imprescindible como parte de la parentalidad positiva. Los padres que desarrollan sensibilidad frente a las necesidades emocionales de sus hijos(as), se “sintonizan” emocionalmente con ellos y están disponibles cuando es necesario, favorecen el desarrollo sano, psíquico y afectivo en ellos. Si esto no está presente, es altamente probable que los niños(as) desarrollen alguna dificultad psicológica en la adultez.

Si consideramos en el Paradigma Inconsciente, aquello que el sistema pareja no logra tener claro de su funcionamiento y que incide negativamente en su rol parental, consideraríamos los conflictos de la relación que la pareja no logra visualizar ni resolver y que tienden a manifestarse a través de conductas no adecuadas. Por ejemplo, los padres pueden descalificarse frente a los hijos, por trasladar conflictos de la pareja a la parentalidad. Por esto es importante que la pareja trabaje en dichas conflictivas, que normalmente se relacionan con problemas de comunicación, dificultades en la resolución de conflictos, dificultades en llegar a acuerdos, manejo de las expectativas en relación al otro y a la relación, entre otras. El lograr superar dichas dificultades podría permitir mejorar en el rol parental, ya que lograrían potenciarse como padres.

En relación a las conflictivas de pareja, un estudio realizado por Verónica Bagladi, en el que se analiza la atribución que la pareja da a los conflictos que tienen, se obtienen cuatro categorías: atribución a la pareja en conjunto, atribución a causas individuales, atribución al ambiente social y atribución a la familia nuclear. En cada categoría aparecen elementos importantes que serían puestos como originadores de los conflictos. En la atribución del conflicto a la familia nuclear, solo el 6,5%

atribuye su conflictiva a las dificultades del manejo con los hijos. (Opazo y Bagladi, 2010).

Este estudio muestra que, si bien las dificultades en la crianza podrían estar a la base de algunos de los problemas de pareja, la mayor parte de las causas de éstos se encuentran ya sea en la pareja, en el entorno o en su historia. Si se considera que diversas investigaciones citadas por León, Olhaberry, Hernández y Sieverson (2018) en las cuales se muestra que los síntomas depresivos de uno de los miembros de la pareja impactan negativamente los niveles de satisfacción con la relación, la salud mental y el bienestar del otro, así como también constituyen un factor de riesgo para la salud mental de los hijos. Esto debido a que las personas deprimidas tienden a ser poco tolerantes, irritables y poco contenedoras; padres con dificultades de pareja y con síntomas depresivos pueden ver mermada su capacidad para ejercer parentalidad positiva. Así, el conflicto en la pareja no sólo afecta la relación de ellos, sino que también se ve afectada la relación con los hijos y la forma en que se ejerce la parentalidad. Por esto aparece importante trabajar en las conflictivas de pareja, ya que aumentaría la probabilidad de que ambos padres puedan generar estrategias positivas y adecuadas en la crianza. Asimismo, poder volverse más tolerantes, cariñosos y contenedores con sus hijos.

Otro aspecto importante en este paradigma es que los padres pudiesen tener conciencia de cómo la historia personal con sus propios padres, es decir, la forma en que fueron criados, los modelos de parentalidad que aprendieron, etc., influye en la forma en que ejercen la parentalidad (awareness de los estilos parentales históricos). Esto con el fin de ir decantando lo mejor de su propia crianza y

modificando las prácticas violentas y/o anticuadas de crianza.

Desde el Paradigma Ambiental /Conductual, surge algo fundamental, que el niño se sienta perteneciente a un clan, entendiendo esto como algo más allá que la familia nuclear, incluye a tíos, abuelos, primos, es decir, la familia extendida; también a los otros significativos que no están unidos por sangre. Este “Clan” transmite al niño la sensación de ser importante, de ser especial y único. Aportando a que se sienta valorado, a fortalecer la autoestima y los recursos que él posee.

Además. es importante que los niños, niñas y/o adolescentes se desarrollen en ambientes familiares positivos y seguros, es decir libres de cualquier tipo de maltrato o violencia, no obstante, con límites claros y firmes que les permitan desarrollarse y adaptarse al entorno en que se desenvuelven. En estos ambientes, también deben existir reforzadores a los logros reales de ellos e impulsarlos a desarrollar las capacidades que presentan, a explorar otras opciones y poder tolerar las frustraciones y fracasos como formas de desafíos y oportunidades de crecimiento.

Lo anterior, aparece como figura en un fondo específico, del paradigma afectivo, que es el apego básico y seguro, que permite el desarrollo de vínculos positivos entre madre-hijo, padre-hijo y luego entre pares. Esto es esencial para el desarrollo de relaciones interpersonales sanas y maduras en la edad adulta.

Al mismo tiempo, los padres tienen que ser capaces de proveer ambientes seguros y protegidos para el niño, niña y/o adolescente. El mundo, puede ser un lugar percibido como peligroso y amenazante ya que suceden cosas

todos los días: desastres naturales, guerras, accidentes, entre otras. Los padres deben proteger y cuidar a los hijos(as), en tres áreas básicas: de enfermedades y procurar la salud del niño(a); proteger y cuidar de personas que pueden dañarlo, y del mundo que puede provocar mucho miedo y sufrimiento. Para esto, no sólo basta el cuidado físico, son los cuidados emocionales, así como las estrategias educativas las que se consideran más importantes en este sentido (Loizaga, 2010).

Otro aspecto importante es que los padres utilicen comunicación asertiva entre ellos y para con los hijos(as), es decir, exista coherencia entre lo manifestado en forma verbal como no verbal. Que el lenguaje y contenido de la comunicación se adapte a la etapa evolutiva del niño, niña y/o adolescente. La comunicación asertiva, es en esencia desarrollar la capacidad de escuchar, de ponerse en el lugar del otro para poder entenderlo y de expresarse de manera positiva. (escucha activa y mensajes en primera persona). Este estilo de comunicación promueve el desarrollo de la empatía, la tolerancia a la frustración, el liderazgo, respeto mutuo y de establecer vínculos maduros con los demás.

Consecuente con este tipo de comunicación, la disciplina ejercida debe ser también asertiva, es decir, poder fomentar la autorregulación con disciplina a través de poner límites, normas y consecuencias coherentes. La disciplina asertiva, favorece mejor el comportamiento de los niños a través de la coherencia y la contingencia adecuada. (Martínez, 2013). Pasar tiempo con los hijos, escucharlos, validarlos, jugar con ellos y orientarlos con respeto y claridad da espacio para poder desarrollar conductas que promueven el vínculo y la valoración en los niños.

Desde la perspectiva del Sistema Self (parental), implicaría fomentar el autocuidado parental, esto, que tenga espacios de desarrollo y de relación más allá de ser padres. También es importante que, en la interacción dentro de los roles, cada uno reconozca lo que puede aportar en la crianza y así complementarse, apoyarse y fomentar practicas positivas. Esto también incluiría la participación en agrupaciones de padres, en talleres, etc. que les permitan ir mirándose y modificando la práctica del rol.

Es importante comprender que la función reflexiva parental, pasa a ser un eje central en el desarrollo de la parentalidad positiva. Si entendemos como función reflexiva o mentalización, a la capacidad para percibir y entenderse a uno mismo y a los otros en sus estados mentales (sentimientos, creencias, intenciones y deseos), así como a la capacidad para razonar acerca del comportamiento propio y ajeno (la reflexión) (Fonagy et col. 1998; Castelli, 2018), entonces la función reflexiva parental, es la capacidad de percibirse y entenderse como padres, así como la capacidad para razonar sobre el comportamiento propio, del otro y de los niños en términos mentales. Favorecer el desarrollo de esta función en los padres, ayuda a desarrollar de mejor forma la parentalidad. El poder pensar en la forma en que se está ejerciendo la parentalidad, así como poder percibir los propios estados mentales, ayuda a tener más conciencia de lo que se está haciendo y así poder adaptarse a los cambios vitales y del desarrollo de los niños, niñas y/o adolescentes. También permite ir modificando las estrategias y/o las conductas parentales que no funcionan. De la misma manera poder percibir los estados mentales de los hijos ayuda a aumentar el vínculo afectivo, la empatía y la sintonía con los niños, niñas y/o adolescentes.

Otro aspecto importante es fortalecer la autorregulación emocional en cada uno de los padres y en la diada parental. Esto permite favorecer la regulación emocional al interactuar con los hijos y disminuir la probabilidad de que surjan conductas de violencia o agresión hacia ellos. Mayor autocontrol emocional por parte de la diada parental, permite que se desplieguen estrategias para calmar, tranquilizar y contener a hijos. De la misma manera, permite a los adultos desarrollar relaciones maduras, respetuosas y estables, logrando reducir los niveles de estrés de los niños y al mismo tiempo ser capaces de ofrecer orientación positiva.

Con mayor manejo emocional, los adultos, también son más conscientes del propio mundo afectivo y pueden desarrollar conductas que expresen el amor hacia los hijos, tales como acariciar, abrazar, besar y decir te quiero. También les permite ser consistentes entre lo verbal y lo no verbal al momento de comunicar, de forma sincera y real, el interés por sus hijos y lo que hacen. Como dice Loizaga, 2010 *“Las palabras y verbalizaciones de amor, aceptación y cariño cuentan para la mente, pues aseguran aquello que se está percibiendo (que me quieren) de manera más nítida y segura”*. (pág. 85)

SELF DIÁDICO Y PARENTALIDAD POSITIVA

Al considerar la interacción entre los padres y los niños, niñas y/o adolescentes, no se puede evitar considerar que hay al menos dos actores interactuando, en donde una de las partes es el padre y/o madre y la otra son los niños, niñas y/o adolescentes. Así a continuación se realizará un esbozo de las dinámicas del Self Diádico (Fig.2) aplicado a la parentalidad positiva.



Dentro de las dinámicas que son características del Self Diádico se encuentran: causalidad circular, estilos comunicacionales, mecanismos homeostáticos, patrones relacionales y potenciación internacional. A continuación, se describen cada uno de ellos dentro de lo que podría ser la parentalidad positiva

Causalidad Circular: se entiende ésta como la interacción causal mutua. Dentro de la parentalidad positiva, dicha interacción se da cuando la conducta de los padres fomenta de manera importante la percepción de ser queridos y aceptados en los niños, y esto a su vez lleva a los padres a sentirse eficaces en su rol y mantener una apreciación positiva de los hijos. A su vez genera confianza y cercanía por parte de los hijos, instaurándose una especie de círculo virtuoso en la crianza.

Como se mencionó en párrafos anteriores, la disciplina asertiva, así como el comportamiento parental positivo, favorece la confianza y mejora la conducta de los niños, niñas y/o adolescentes. De la misma manera, los ambientes familiares positivos y seguros permiten que los niños, niñas y/o adolescentes, se desarrollen con autoestima alta y seguridad en sí mismos, percibiendo el mundo como un lugar donde poder desarrollarse

Del mismo modo, padres descontrolados, inundados afectivamente pueden generar ambientes inseguros e inestables que llevan a los niños, niñas y/o adolescentes a sentirse angustiados o deprimidos, y a generar diversos problemas psicológicos. Por lo tanto, las conductas parentales y de los hijos, pueden ser causa y/o efecto, en diversos momentos de la interacción.

Mecanismos homeostáticos: La homeostasis se refiere al punto de equilibrio de un sistema frente a los cambios externos. Los padres e hijos pueden ir generando acuerdos y normas de interacción hasta llegar a un patrón más o menos estable de intercambios, que se pueden ir modificando según los cambios vitales de los hijos y los propios. Así, los padres que tienden a presentar parentalidad positiva pueden ajustarse de mejor manera a dichos cambios vitales, ya que manejan información adecuada y pueden ir preparándose para los desafíos de la paternidad/maternidad. Es decir, se propicia la morfogénesis acorde a las diferentes realidades externas e internas del sistema e individuo. Por ejemplo, los cambios biológicos de los hijos van marcando pautas de interacción diferentes, no es lo mismo tratar con un niño(a) de 5 años, de 13 años y de 17 años. Así, los mecanismos homeostáticos se activan frente a estos cambios logrando encontrar un punto de equilibrio nuevo y así replantearse las dinámicas con el hijo. En caso contrario, se puede apreciar que en sistemas parentales rígidos, cerrados e impositivos, los mecanismos homeostáticos favorecen la morfoestasis, es decir se les dificulta el cambio y la adaptación a ellos, tendiendo a tratar de mantener sólo una forma de interacción con los hijos, independientemente de los cambios vitales de ellos.

Estos mecanismos cumplen la función de mantener la relación entre padres e hijos, estables, a pesar de los cambios. Así la consistencia en la interacción padre(madre)-hijo(a), logra mantenerse en el tiempo y tiende a presentar características comunes en las diferentes etapas de los hijos.

Estilo Comunicacional: Antes que nada, hay que considerar que la comunicación que se da entre padre(madre)-hijo(a), es única. No es la misma relación entre un padre y uno de sus hijos(as) y otro de sus hijos(as). Si bien existen elementos nomotéticos asociados a toda comunicación ente humanos, y específicamente entre un padre/madre y sus hijos, la díada padre(madre)/hijo(a), es única. Así el Self diádico con cada hijo(a) es más bien ideográfico, es decir, tiene sus propias características, que no se replican en ninguna otra diada. Cuando observamos a un padre/madre interactuar con uno(a) de sus hijos(as) y con otro(a), es evidente que hay un trato diferencial, se puede apreciar que cada “díada padre(madre)-hijo(a)” puede adoptar formas definidas, recurrentes e identificables en su intercambio al igual que ocurre con el intercambio conductual.

Otra característica de la “díada padre(madre)-hijo(a)” es que tiene un estilo complementario, donde existe jerarquía y comunicaciones acorde al rol de cada uno. Hay una relación no igualitaria entre padre(madre)-hijo(a). Y el estilo comunicacional se mantiene en la mayor parte de la vida de padre (madre)-hijo(a). Muchas veces esto cambia cuando el padre es adulto mayor y los hijos comienzan a ayudarles en la organización de sus vidas, aquí la complementariedad, puede incluso, invertirse.

Este estilo comunicacional complementario, se relaciona con la comunicación asertiva, que favorece la escucha y empatía con los hijos.

Promueve el diálogo para poner normas y para ayudar al niño(a) a comprender las consecuencias de sus conductas. Si, además, existen padres que mantienen un adecuado control emocional, este tipo de comunicación tendería a generar canales de comprensión y entendimiento entre padre(madre)-hijo(a), y al mismo tiempo favorece

el desarrollo de los hijos de manera positiva. Asimismo, ayuda en el moldeamiento de conductas sociales, aceptadas en la interacción con los demás, favoreciendo la adaptación social.

Patrones Relacionales: esto hace referencia a patrones recurrentes y repetitivos de intercambios conductuales, a los que subyacen emociones y cogniciones, más o menos estables, que reglan y norman la interacción en acuerdos explícitos y/o implícitos, entre la díada padre (madre)-hijo(a). Cuando una madre o padre dice que con ella (él) el hijo(a) se porta más mal que con otros. Está dando pistas de los patrones relaciones entre estas díadas, es decir las reglas en que el niño sabe que es permitido o no con ese progenitor o adulto.

En la parentalidad, estos patrones se establecen desde el inicio, a través de los vínculos que se forman entre padre o madre-hijo(a) cuando se conocen. Estos vínculos están cargados de las expectativas de los padres, de los deseos de los padres, de la historia de los padres, de la biología con que cuenta el niño, niña y/o adolescente, de las relaciones familiares, etc. Dichos patrones tienden a evolucionar con el tiempo, no obstante, mantienen una forma más o menos estable.

En la parentalidad positiva, se espera que los patrones relacionales potencien a cada uno en la díada padre o madre-hijo(a). Así, el estilo

positivo y reforzador, con límites claros y consistentes del padre/madre, ayuda a que el niño sea capaz de poder desenvolverse en un ambiente seguro y sano que le permita relacionarse con sus progenitores

Potenciación Interaccional: Este concepto del EIS, hace referencia a que dos personas pueden generar un producto o resultado interactivo mayor que el logrado por cada sujeto por sí sólo (sinergia). Desde la parentalidad y/o la díada padre o madre-hijo(a), este concepto se apreciaría en que cada relación con un hijo(a) es única, y podría potenciar los aspectos positivos tanto del padre o madre como del hijo(a). Así, se espera que el tiempo que cada padre pasa con el hijo(a) saque lo mejor del hijo(a) y viceversa, sacar lo mejor de ser padre. La parentalidad positiva apunta a esto último, es decir que cada padre, a través de ejercer este tipo de parentalidad, sea capaz de sacar lo mejor de su hijo(a) y que a la vez le permita sacar lo mejor de sí mismo, como padre o madre pero también como persona.

Estas dinámicas interaccionales, descritas con anterioridad, deben ser la base en que se ejerza la parentalidad positiva. Las dinámicas del Self de las díadas padre o madre/hijo(a) dentro de la parentalidad positiva, se traducirían en que los padres: Proporcionarían afecto y apoyo, dedicarían tiempo para interactuar con los hijos, comprenderían las características evolutivas y de comportamiento de los hijos a una determinada edad, establecerían límites y normas para orientar el adecuado comportamiento de los hijos y generarían expectativas realistas en relación al cumplimiento de ellas, se comunicarían abiertamente con los hijos, escucharían y respetarían sus puntos de vista, y promoverían

su participación en la toma de decisiones y en las dinámicas familiares, reaccionarían ante sus comportamientos inadecuados proporcionando consecuencias y explicaciones coherentes y evitarían castigos violentos o desproporcionados.

EVALUACION DE PARENTALIDAD POSITIVA DESDE EL EIS

Otro aspecto importante desde el EIS, es el poder realizar una evaluación integrativa. Dicha evaluación está dada principalmente, pero no únicamente, por las Fichas de Evaluación Clínica Integral (FECI) existen tres tipos de FECI: Adulto (FECI-A); Infantil (FECI-I) y de adulto mayor (FECI-AM). Así, a continuación, se realiza un esbozo de cómo sería posible evaluar las características en los padres, que se relacionen con la parentalidad positiva, a través de la Ficha de Evaluación Clínica Integral Infantil (FECI-I). Se ordenan las características por los paradigmas incluidos en el EIS.

Paradigma Biológico

SÍNTOMAS	pág. 11 ítem 1	La madre presenta: <ul style="list-style-type: none"> • problemas emocionales • traumatismo o golpes • enfermedades infecciosas • hipertensión • anemia • diabetes gestacional • consumo alcohol • consumo drogas • consumo de tabaco
	pág.14, ítem 15	Antecedentes de salud familiar
	Cuadernillo "Padres"	
pág. 4-5, ítem 5	10. Habitualmente duermo mal y eso me altera, me tiene irritable 13. Me siento angustiado y tenso 14. Esta más enfermo que de costumbre, con más "achaques" y dolores 17. Me siento triste y deprimido	

Paradigma Cognitivo

EXPECTATIVAS SOBRE LOS HIJOS	pág. 4 ítem 5	Atribución del problema del niño
	pág. 17 ítem 7	2. Adecuan el nivel de exigencias a las características de la edad y situaciones individuales de su hijo(a), asegurándose así la posibilidad de cumplirlas
	pág. 21 ítem 4	¿Cómo evaluar el rendimiento del niño en comparación con los otros niños del curso?
	pág. 26 ítem 1	Creencias sobre lo que los niños "deben" o no hacer en las diferentes etapas evolutivas y de como "deben" actuar
	pág. 29 ítem 2	¿Qué esperan que los hijos cambien?
	Cuadernillo "Padres"	
pág. 6-7 ítem 9	12. Siempre insisto en que mi hijo exhiba buenos modales con los demás. 16. Insisto en que mi hijo mantenga una dieta saludable y un ejercicio diario	
EXPECTATIVAS SOBRE LOS HIJOS	pág. 4 ítem 5	Atribución del problema del niño
	pág. 17 ítem 7	2. Adecuan el nivel de exigencias a las características de la edad y situaciones individuales de su hijo(a), asegurándose así la posibilidad de cumplirlas
	pág. 21 ítem 4	¿Cómo evaluar el rendimiento del niño en comparación con los otros niños del curso?
	pág. 26 ítem 1	Creencias sobre lo que los niños "deben" o no hacer en las diferentes etapas evolutivas y de como "deben" actuar
	pág. 29 ítem 2	¿Qué esperan que los hijos cambien?
	Cuadernillo "Padres"	
pág. 6-7 ítem 9	12. Siempre insisto en que mi hijo exhiba buenos modales con los demás. 16. Insisto en que mi hijo mantenga una dieta saludable y un ejercicio diario	
ESTRATEGIAS DE RESOLUCIÓN DE CONFLICTO	pág. 16 ítem 5	Forma de enfrenta o solucionar los problemas del grupo familiar.
	pág. 17 ítem 6	1. El padre dedica algún tiempo cada día para hablar con los hijos 2. La madre dedica algún tiempo cada día para hablar con los hijos
	pág. 17 ítem 7	3. Las diferencias de criterio entre mamá y papá, las discuten privadamente
	pág. 18 ítem 8	12. Su hijo(a) no sabe de qué forma debe comportarse
	pág. 8 ítem 9	3. Nos pedimos ayuda unos a otros 4. Las ideas de los hijos son tenidas en cuenta en la solución de problemas 5. Cuando surgen los problemas nosotros nos unimos para afrontarlos 6. Nos turnamos las tareas y responsabilidades de la casa
	pág. 19 ítem 10	8. El niño(a) cuenta con el apoyo de alguno de sus padres cuando lo necesita 9. El niño(a) cuenta con el apoyo de alguno de sus hermanos cuando lo necesita 10. El niño(a) cuenta con el apoyo de alguno de sus parientes cuando lo necesita 11. El niño(a) cuenta con el apoyo de algún otro adulto cuando lo necesita
	Cuadernillo "Padres"	
	pág. 3 ítem 2	7. Ser respetado como persona. independientemente del sexo, edad o creencias 8. Respetar a los demás como persona. independientemente del sexo, edad o creencias
	pág. 4 ítem 5	6. La madre (padre) de mi hijo(a) nos produce problemas a mi o al niño.
	pág. 5 ítem 6	4. Relaciones con respectivas familias de origen 6. Capacidad para manejar dificultades y conflictos entre ustedes 7. Procedimiento de toma de decisiones 8. Manejo de dinero
	pág. 5 ítem 7	En la pareja: 1. Estoy satisfecho(a) con la forma en que conversamos 4. Si yo estuviera en dificultades podría comentárselo
	pág. 6 ítem 8	4. Esta dispuesto(a) a recibir lo que le comunican y expresan sus hijos 12. Su estilo es cálido y amistoso 15. Entrega información para la toma de decisiones de sus hijos.

MODELING DE CONDUCTAS	pág. 15 ítem 2 y 3	En caso de que el niño no viva con su padre o madre biológica ¿cuánto lo ve?
	pág. 16 ítem 4	Características de los padres que están presentes en la relación con los hijos.
	pág. 17 ítem 6	Actividades que se realizan como familia
	pág. 18 ítem 9	1. Controla(n) el comportamiento y las actitudes de sus hijo(a)s y lo hacen ajustarse a la conducta que usted (es) estima adecuada 2. Como padre(s) es(son) inflexible en cuanto a normas de disciplina 3. Valora(n) la obediencia incondicional y castiga(n) enérgicamente a sus hijos si no cumplen sus normas 6. Permite(n) que su hijo(a) corra riesgos razonables, que haga cosas por sí mismo 7. Corrige(n) al niño(a) cuando es necesario.
	Cuadernillo "Padres"	
	pág. 3 ítem 1	Aspectos relevantes en sus vidas 2. Sus amigos 5. El barrio y/o la comunidad donde vive 8. Su familia
	pág. 3 ítem 2	Metas u objetivos vitales 2. Realizarse en el trabajo u ocupación 7. Ser respetado por los demás como persona independientemente del sexo, edad o creencias 8. Respetar a los demás como persona, independientemente del sexo, edad o creencias 9. Ser una persona honesta y recta
	pág. 4 ítem 5	11. Me cuesta demostrar cariño a este niño 12. Tenemos problemas en la relación con los parientes o con los suegros.
	pág. 6 ítem 7	2. Me es fácil expresar todos mis sentimientos
	pág. 6 ítem 8	10. Generalmente le es fácil comunicarse respecto a noticias que aparecen en la prensa
PONERLE CABEZA A LA EMOCIÓN	pág. 6-7 ítem 9	8. Participo en forme regular en actividades de servicio a la comunidad con mi hijo(a) 10. Le enseño a mi hijo(a) a relajarse como forma de enfrentar el estrés, el dolor o la ansiedad 12. Siempre insisto en que mi hijo(a) exhiba buenos modales con los demás 15. Aliento a mi hijo(a) a seguir tratando aun cuando se queje de que algo es demasiado difícil o inclusive cuando fracasa.
	pág. 16 ítem 4	1. Inteligente 2. Angustiado 3. Alegre
	pág. 17 ítem 7	4. Si ha establecido una norma, ésta debe aplicarse siempre. No cambia, aunque varíe el estado de ánimo de alguno de los padres 7. ¿Usted(es) piensa(n) y considera(n) cuales pueden ser las razones de la mala conducta de su hijo(a), antes de aplicarle una sanción? 8. Si es necesario sancionar a su hijo(a) ¿cuida(n) de no humillarlo (a), ni retarlo(a) cuando está en público?
	pág. 18 ítem 8	1. Controla el comportamiento y las actitudes de su hijo y lo hace ajustarse a la conducta que usted estima adecuada 2. Como padre(s) es(son) inflexible en cuanto a normas de disciplina 3. Valora(n) la obediencia incondicional y castiga(n) enérgicamente a sus hijos si no cumplen sus normas 4. Explican el porqué del castigo que están dando al niño(a) 5. Castiga al niño enérgicamente, lo critica y lo regaña 7. Corrige(n) al niño(a) cuando es necesario 8. Se considera exigente, controlador con la disciplina 9. Controla a su hijo(a) de una manera muy estricta, por ejemplo, a través de golpes
	pág. 19 ítem 10	5. Controla la hora de llegada a la casa en la noche los fines de semana 6. Pregunta dónde va cuando sale fuera de la casa.
	pág. 19 ítem 13	Evaluación con la relación con su hijo
	Cuadernillo "Padres"	
	pág. 5 ítem 7	2. Me es fácil expresarle todos mis sentimientos 3. Mi pareja puede saber cómo me estoy sintiendo aún sin preguntármelo.

ACEPTAR AL NIÑO COMO ES	pág. 3 ítem 3	Severidad de los problemas del niño
	pág. 5 ítem 13	Descripción del niño
	pág. 6 ítem 14	Características de personalidad del niño
	pág. 16 ítem 5	7. Definimos los problemas o dificultades en forma optimista, de modo que no nos sintamos demasiado desanimados
	pág. 17 ítem 6	Actividades en familia
		1. El padre dedica algún tiempo cada día para hablar con los hijos
		2. La madre dedica algún tiempo cada día para hablar con los hijos
	pág. 17 ítem 7	4. Cada noche la familia conversa o comparte alguna actividad
		2. Adecuan el nivel de exigencias a las características de la edad y situaciones individuales de su hijo(a), asegurándose así la posibilidad de cumplirlas
		6. Su hijo(a) tiene claro que le ocurre o cual es la consecuencia, cuando no cumple con una norma establecida?
		7. ¿Usted piensa y considera cuáles pueden ser las razones de la mala conducta de su hijo(a), antes de aplicarle una sanción?
	pág. 18 ítem 8	8. Si es necesario sancionar a su hijo(a) ¿cuida de no humillarlo, ni retarlo cuando está en público?
		1. Controla el comportamiento y las actitudes de su hijo(a) y lo hace de acuerdo a la conducta que usted estima adecuada
		2. Como padre es inflexible en cuanto a normas de disciplina
		3. Valora la obediencia incondicional y castiga energicamente a sus hijos si no cumplen sus normas
		5. Castiga al niño energicamente, lo critica y regaña
	pág. 18 ítem 9	7. Corrige al niño(a) cuando es necesario
		8. Se considera exigente, controlador con la disciplina
	pág. 19 ítem 13	9. Controla a su hijo(a) de una manera muy estricta, por ejemplo, a través de golpes
	pág. 19 ítem 13	4. Las ideas de los hijos son tenidas en cuenta en la solución de problemas
	pág. 21 ítem 4	Evaluación de la relación con el hijo(a)
	Evaluación del rendimiento académico del hijo(a)	
Cuadernillo "Padres"		
pág. 3 ítem 1	Aspecto relevante	
pág. 4 ítem 3	6. La situación económica de la familia	
	8. Su familia	
pág. 4 ítem 5	Al compararse con amigos evaluar el nivel de felicidad actual	
	5. Entre los hijos hay algunos que son de un matrimonio anterior mío o de mi pareja	
	9. Pienso que no debería haber tenido a este niño(a) o hacerme cargo de él	
	11. Me cuesta demostrarle cariño a este niño(a)	
pág. 5-6 ítem 8	15. Creo que este niño(a) no me quiere	
	3. Le cuesta comunicarse con su hijo(a)	
	4. Esta dispuesto a recibir lo que le comunican y expresan sus hijos	
pág. 6-7 ítem 9	13. Acepta las opiniones de sus hijos(as), sin ridiculizarlos	
	14. Puede comunicarse con sus hijos respecto a temas de la sexualidad	
	12. Siempre insisto en que mi hijo(a) exhiba buenos modales con los demás	
	14. Me considero flexible con los hábitos de estudio y la necesidad de organización de mi hijo(a)	
	15. Aliento a mi hijo(a) a seguir tratando aun cuando se queje de que algo es demasiado difícil o inclusive cuando fracasa.	
	18. Respeto la intimidad de mi hijo(a), aun cuando sospeche que está haciendo algo perjudicial para sí mismo(a) y para los demás	
	20. Creo que debería ser más tolerante con los problemas de mi hijo(a) porque yo tengo los mismos o similares	
21. Dejo a mi hijo(a) tranquilo si no quiere hablar algo que lo irrita o que lo perturba		

Paradigma Afectivo

AUMENTO DE PLACER Y CAPACIDAD DE DISFRUTE CON LOS HIJOS	pág. 16 ítem 4	Características de personalidad de los padres
	pág. 17 ítem 6	Actividades realizadas por la familia
	pág. 18 ítem 8	6. Se consideran exigentes, controladores con la disciplina
	pág. 18 ítem 9	1. Nos gusta pasar juntos el tiempo libre
		6. Nos tomamos las tareas y responsabilidades de la casa
	pág. 19 ítem 10	7. La familia comparte con parientes cercanos los eventos importantes
		4. Comen juntos en la misma mesa con su hijo(a)
	pág. 20 ítem 14	Actividades realizadas en familia
	pág. 22 ítem 9	Participación de niño en actividades
	pág. 22 ítem 10	9. Participación de padres en el colegio
pág. 28 ítem 1	Eventos generadores de estrés	
Cuadernillo "Padres"		
pág. 4 ítem 3	Al compararse con amigos evaluar el nivel de felicidad actual	
pág. 4 ítem 5	1. Mi pareja y yo pasamos tiempo en familia	
	2. Hacemos pocas cosas juntos como pareja	
	3. Nuestra relación de pareja es mala	
pág. 5 ítem 6	En pareja	
	5. Intereses comunes	
	9. Capacidad para entretenerse juntos	
	10. Vida social conjunta	
pág. 6 ítem 8	5. Dispone de tiempo para conversar y compartir con los hijos	
	12. Su estilo es cálido y amistoso	
pág. 6-7 ítem 9	4. Ayudo a mi hijo(a) a cultivar amistades	
	6. Paso con mi hijo(a) 15 minutos por día o más en juegos o actividades no estructuradas	
	8. Participo en forma regular en actividades de servicio a la comunidad con mi hijo(a)	
	10. Le enseño a mi hijo(a) a relajarse como forma de enfrentar el estrés, el dolor o la ansiedad	
	22. Creo que todo problema tiene una solución	
USO DEL HUMOR	pág. 16 ítem 4	5. Comunicativo
	pág. 16 ítem 5	7. Alegre
	pág. 16 ítem 5	7. Definimos los problemas o dificultades en forma optimista, de modo que no nos sintamos demasiado desanimados
	Cuadernillo "Padres"	
	pág. 6-7 ítem 9	10. Le enseño a mi hijo(a) a relajarse como forma de enfrentar el estrés, el dolor o la ansiedad
pág. 6-7 ítem 9	13. Me tomo el tiempo para enseñarle a mi hijo(a) a percibir el aspecto humorístico de la vida cotidiana, inclusive sus problemas	
	22. Creo que todo problema tiene una solución	

CALMAR, TRANQUILIZAR Y CONTENER MIEDOS DE HIJOS	pág. 6 ítem 14	Características de los hijos 7. Dependiente- independiente
	pág. 6 a 10 ítem 15	2. Discute mucho 9. Es apegado a los adultos, demasiado dependiente 12. Lloro mucho 18. Exige mucha atención 38. Es impulsivo o actúa sin pensar 42. Es nervioso 44. Tiene pesadillas 62. Grita mucho 68. Le gusta llamar la atención, se hace el payaso 78. Es testarudo, malhumorado o irritable
	pág. 16 ítem 4	Rasgos de personalidad de los padres que inciden en la crianza
	pág. 16 ítem 5	Forma de enfrentar o solucionar los problemas en familia
	pág. 17 ítem 6	1. El padre dedica algún tiempo para hablar con los hijos 2. La madre dedica algún tiempo para hablar con los hijos 4. Cada noche toda la familia conversa o comparte alguna actividad
	pág. 17 ítem 7	6. Su hijo(a) tiene claro que le ocurre o cual es la consecuencia, cuando no cumple con una norma establecida
	pág. 18 ítem 8	6. Permite que su hijo(a) corra riesgos razonables, que haga cosas por sí mismo 8. Se considera exigente, controlador con la disciplina 11. Su hijo es capaz de decidir arriesgarse a que sus padres se disgusten, o a que sus actos tengan consecuencias desagradables 12. Su hijo(a) no sabe de qué forma debe comportarse
	pág. 18 ítem 9	3. Nos pedimos ayuda unos a otros 5. Cuando surgen problemas nosotros nos unimos para afrontarlos
	pág. 19 ítem 10	6. Pregunta donde va cuando sale de casa
	pág. 26 ítem 1	Creencias sobre lo que los niños "deben" o no hacer en las diferentes etapas evolutivas y de como "deben" actuar
	Cuadernillo "Padres"	
	pág. 3 ítem 2	6. Tener una familia unida
	pág. 4-5 ítem 5	6. La madre del niño nos produce problemas a mi o al niño 7. De niño fui maltratado o abandonado 11. Me cuesta demostrarle cariño a este niño 16. Me siento culpable de mis sentimientos hacia el niño(a)
	pág. 5 ítem 7	En pareja 1. Estoy satisfecho con la forma como conversamos 2. Me es fácil expresarle todos mis sentimientos
	pág. 6 ítem 8	Formas de actuar comunes en los padres
pág. 6-7 ítem 9	3. Me considero una persona optimista 4. Ayudo a mis hijos a cultivar amistades 10. Le enseño a mi hijo(a) a relajarse como forma de enfrentar el estrés, el dolor o la ansiedad 11. Cuando mi hijo(a) experimenta dificultades, intervengo para resolver el problema 17. Confronto a mi hijo(a) cuando sé que no dice la verdad aún en una cuestión menor 20. Creo que debería ser más tolerante con los problemas de mi hijo(a) porque yo tengo los mismos o similares	

Paradigma inconsciente

CONFLICTOS EN LA PAREJA	pág. 15 ítem 2 y 3	En caso de que el niño(a) no viva con su Padre/Madre biológico(a) ¿lo(a) ve regularmente?
	pág. 18 ítem 9	2. Cada uno de nosotros expresa fácilmente lo que desea 3. Nos pedimos ayuda unos a otros 5. Cuando surgen problemas nosotros nos unimos para afrontarlos 6. Nos turnamos las tareas y responsabilidades de la casa 7. La familia comparte con parientes cercanos los eventos importantes
	pág. 19 ítem 11	Consistencia en políticas educativas entre los padres
	pág. 28 ítem 1	2. Algún miembro de la pareja de padres ha tenido inestabilidad en el trabajo 5. Una de las personas que vive en la casa es alcohólica o drogadicta 6. Una de las personas que vive en la casa sufre de neurosis o alguna enfermedad mental 10. Viven como allegados, los dueños de la casa son otros 14. Hubo discusiones o conflictos interpersonales importantes 15. Hubo violencia entre miembros de la familia 16. Algún miembro de la pareja de padres se unió a una nueva pareja 22. Uno de los miembros de la pareja de padres abandonó la familia
	Cuadernillo "Padres"	
	pág. 4 ítem 5	1. Mi pareja y yo pasamos tiempo en familia 2. Hacemos pocas cosas juntos como pareja 3. Nuestra relación de pareja es mala 6. El padre(madre) del niño(a) nos produce problemas a mi o al niño(a) 12. Tenemos problemas en la relación con los parientes o con los suegros
	pág. 5 ítem 6	Escala de satisfacción de pareja
	pág. 5 ítem 7	Estilo de comunicación en pareja
	pág. 6 ítem 8	11. Reconoce sus limitaciones para comunicarse 12. Su estilo es cálido y amistoso
	ESTILOS PARENTALES HISTÓRICOS	pág. 16 ítem 4
pág. 16-17 ítem 5		2. Buscamos consejo o ayuda de personas que han tenido problemas o dificultades similares 6. Confiamos en que nosotros podemos manejarlos usando nuestros propios medios 7. Definimos los problemas o dificultades en forma optimista, d modo tal que no nos sentimos demasiado desanimados
pág. 17 ítem 6		3. La familia completa comparte alguna comida al día 5. Hacemos algo juntos como familia por lo menos una vez a la semana
pág. 17 ítem 7		4. Si se ha establecido una norma, ésta se debe aplicar siempre. No cambia, aunque varíe el estado de ánimo de alguno de los padres
pág. 18 ítem 8		2. Como padres es inflexible en cuanto a normas de disciplina 3. Valora la obediencia incondicional y castiga energicamente a su hijo(a) si no cumple la norma 7. Corrige al niño(a) cuando es necesario 9. Controla a su hijo(a) d manera estricta, por ejemplo, a través de golpes
pág. 18 ítem 9		Estimación del funcionamiento familiar
pág. 19 ítem 10		4. Comen juntos en la misma mesa con el niño(a)
pág. 19 ítem 12		Transmisión de los valores
pág. 26 ítem 1		Creencias sobre lo que los niños "deben" o no hacer en las diferentes etapas evolutivas y de como "deben" actuar
Cuadernillo "Padres"		
pág. 3 ítem 2	6. Tener una familia unida 9. Ser una persona honesta y recta	
pág. 4 ítem 5	7. De niña(o) fui maltratada(o) o abandonada(o)	
pág. 6 ítem 8	6. Deja de lado sus prejuicios y opiniones cuando escucha al niño(a)	

Paradigma Sistémico

APOYO DE LAS REDES COMUNITARIAS	pág. 4 ítem 6	Soluciones intentadas
	pág. 4 ítem 8	Consultas a otros especialistas
	pág. 4-5 ítem 9-10	Diagnósticos y quien lo realizó.
	pág. 15 ítem 1	Personas con las que vive el niño(a)
	pág. 16 ítem 5	Frente a dificultades: 3. Buscamos consejo o ayuda en algunas personas ligadas a nuestra religión 4. Buscamos consejo o ayuda de profesionales (Abogados, médicos, terapeutas, profesores, etc.) 5. Buscamos consejo o ayuda en programas ofrecidos en nuestra comunidad para tender a personas con problemas como los nuestros
	pág. 22 ítem 9	Actividades en que participa el niño(a)
	pág. 22 ítem 10	Evaluación del colegio actual del niño(a)
	pág. 23 ítem 1	Actitud del niño hacia los adultos
	pág. 24 ítem 4	Compartir con amigos fuera del colegio
	pág. 24 ítem 5	Tiempo en que comparte con amigos
pág. 24 ítem 6	Uso del tiempo libre	
APOYO DE LA FAMILIA	pág. 15 ítem 1	Personas con las que vive el niño(a)
	pág. 18 ítem 9	7. La familia comparte con parientes cercanos los eventos importantes
	pág. 19 ítem 10	10. El niño(a) cuenta con el apoyo de alguno de los parientes cuando lo necesita 11. El niño(a) cuenta con el apoyo de algún otro adulto cuando lo necesita
	pág. 20 ítem 14	12. Convivir con la familia extensa

CONCLUSIONES

Como es sabido por los clínicos en el área infanto-juvenil, la psicoterapia implica atender a todo el sistema consultante, es decir, al padre, madre, niño, sistema parental y sistema conyugal. También implica generar múltiples alianzas, caracterizadas por vínculos en varias direcciones, y a la vez estratégicos, pero con confidencialidad relativa ya que el niño está al cuidado de sus padres; aquí las características

específicas del terapeuta tratante también están aportando a establecer alianzas de trabajo y resistencias a las mismas. Lo importante es considerar que la orientación principal es poder dar soporte emocional tanto a los niños, como a los padres y al sistema familiar completo.

El trabajo realizado, está orientado a revisar las competencias de los padres, centrándose específicamente en la parentalidad positiva. En ésta se plantea una visión de derechos de los niños, considerando lo que ellos tienen que decir, y como personas capaces de dar cuenta de sus necesidades y deseos. Conjuntamente este tipo de parentalidad elimina todo tipo de violencia, ya sea psicológica o física, asociada a los estilos de crianza. (Rodrigo y col., 2010)

Es importante destacar que desde esta postura se concibe a los padres con capacidades para poder establecer estilos de crianza positivos, es decir con los recursos que les permiten adecuar los estilos de crianza para favorecer el desarrollo sano de los niños. La propuesta es apoyarlos a través de la psicoeducación y el entrenamiento, para que estas capacidades se desarrollen. Se plantea la necesidad de psicoeducarlos en las etapas evolutivas y a formas de criar sin el uso de la violencia, y darles herramientas que les permitan poder desenvolverse de manera adecuada frente a cada problemática individual de los hijos.

La parentalidad positiva a través del EIS, resulta una forma ordenada y sistemática de comprenderla. Así, se puede apreciar que habría elementos considerados desde cada uno de los paradigmas del Supraparadigma Integrativo así como también desde el SELF (Figura N° 1). Desde este punto de partida, surge la necesidad de ir decantando aquellas

características que pueden ser centrales y las que no lo serían, en cada uno de los paradigmas.

Poder ayudar al desarrollo de este tipo de parentalidad, puede aportar en mejorar las relaciones entre los padre o madre e hijos(as). Especialmente si se elimina de las prácticas de crianza todo tipo de violencia, ya sean castigos físicos o psicológicos.

Poder establecer elementos generales y nomotéticos como guías para ayudar a los padres desde cada uno de los paradigmas del Supraparadigma Integrativo, y que den orientación sobre lo que es esperable dentro de este tipo de parentalidad, funcionaría como un techo general en el que se cobijen las habilidades parentales. Además, establecer estrategias específicas que se vayan adecuando a las diferentes realidades de las díadas padre o madre, padre-hijo(a) y/o madre-hijo(a) (elementos idiosincráticos), para ir construyendo los mejores estímulos terapéuticamente efectivos que permitan a los sistemas consultantes ir movilizándose al cambio y generando potenciación interaccional entre los miembros del sistema (padre o madre-hijo(a)). Así poder construir relaciones familiares y entre padre o madre e hijo(a) nutrientes y constructivas.

Este trabajo aspira a ser un aporte en la búsqueda y sistematización del conocimiento válido del EIS, específicamente en el área infanto-juvenil y más aún en relación al manejo parental. Dentro de esto, aparece importante poder proyectar elementos de este trabajo al manejo con padres en diferentes áreas. Un ámbito que se puede potenciar desde esta perspectiva es el trabajo con padres derivados de tribunales de familia. Sería aportativo establecer patrones comunes de entrenamiento

con los padres para favorecer la parentalidad positiva.

Si bien el taller de habilidades parentales que se dicta en los Consultorios CONPER-ICPSI cumpliría una parte de la psicoeducación necesaria, quizás sería útil incorporar dentro del taller, elementos de los propuestos en los programas estructurados, como por ejemplo el del Programa-Guía para el Desarrollo de Competencias Emocionales, Educativas y Parentales. Madrid: (Ministerio de Sanidad y Política Social, (2009)), que se está implementando en diversas partes de España. También es importante poder establecer algunos criterios para trabajar con padres que son enviados de tribunales, señalando la necesidad de la co-parentalidad, o incluso para procesos de revinculación

Un punto importante dentro del EIS es poder ir abriendo hipótesis que pudiesen ser verificadas a través de investigación, para ir construyendo conocimiento en torno a esta temática dentro del EIS. Así, parece importante poder especificar de manera más fina los elementos centrales de la parentalidad positiva, así como también los específicos. Con el fin de ir estableciendo líneas de intervención adecuadas para las diversas realidades que viven los padres en Chile. Por ejemplo, con padres según etnia, según origen, según nivel socioeconómico, o de diferentes características de personalidad o profesiones.

Referencias Bibliográficas

Abriendo Caminos Chile Solidario (2009). *Manual de apoyo para la formación de competencias parentales.* Santiago: Mideplan.

Asamblea General de las Naciones Unidas (1989). *Convención sobre los Derechos del Niño.* Recuperado de

http://www.gobernacion.gob.mx/work/models/SEGOB/Resource/689/1/images/Convencion_sobre_los_derechos_del_nino.pdf

- Bagladi V. (2017)** Material de clases de programa Especialistas en psicoterapia Integrativa, ICPSI.
- Bronfenbrenner, U. (1987).** *La ecología del desarrollo humano*. España: Paidós
- Capano, A. y Ubach, A (2013)** *Estilos Parentales, Parentalidad Positiva y Formación de Padres*. Prensa Médica Latinoamericana - ISSN 1688-4094 Ciencias Psicológicas 2013; VII (1): 83 - 95, Uruguay
- Cardemil, A. (2013)** *Psicocrianza* en Revista ACPI, Actualizaciones en Psicoterapia Integrativa V (pág. 127-141)
- Castelli, G. (2018)** Manual para evaluar la Función Reflexiva tomado de <https://mentalizacion.com.ar/images/notas/Manual%20para%20evaluar%20la%20Funcion%20Reflexiva.pdf> el 30 de Marzo 2018
- Castillo R., Y.; Abdelwa Q., S.; y Guerrero A., J. (2017)** *El sentido del humor y su relación con el bienestar subjetivo en adultos mayores venezolanos*. Psicología y Salud, Vol. 27, Núm. 1: 117-126, enero-junio de 2017
- Comellas, M.J. (2009).** *Familia y escuela: compartir la educación*. Barcelona: Graó.
- Council of Europe document (2006).** Recommendation Rec 19 of the Committee of Ministers to member states on policy to support positive parenting. Council of Europe.
- Darling, N., & Steinberg, L.(1993).** *Parenting styles as context: an integrative model*. Psychological Bulletin, 113, 487-496
- Fonagy, P., Target, M., Steele, H., Steele, M. (1998)** *Reflective-Functioning Manual, Version 5.0 for Application to Adult Attachment Interviews*. London: University College Londo
- Gervilla, A. (2008).** *Familia y Educación Familiar; Conceptos clave, situación actual y valores*. Madrid: Narcea
- Gómez Tuzzio, E. y Muñoz Quintero, M.M. (2015)** *Manual Escala de Parentalidad Positiva e2P*, 2da edición, Fundación America por al Infancia
- González Tornaría, M. del L., Vandemeulebroecke, L., y Colpin, H. (2001).** *Pedagogía Familiar. Aportes desde la teoría y la investigación*. Uruguay: TrilceBulletin,113, 487-496
- León, María José, Olhaberry, Marcia, Hernández, Cristóbal, & Sieverson, Catalina. (2018).** Satisfacción de Pareja y Depresión: ¿Es la Función Reflexiva una Variable Interviniente?. *Psyche* (Santiago), 27(2), 1-14. <https://dx.doi.org/10.7764/psyche.27.2.1139>
- Loizaga L., F. (2010)** *Parentalidad positiva. Las bases de la construcción de la persona* Educación Social, no. 49, p70- p88.
- Martin-Quintana, J.C. et al. (2009)** *Programa de educación parental*. Revista Intervención Psicosocial Vol. 18 Nº2 pág.121-133. Madrid.
- Martínez-González, R-A y colaboradores (2016)** *Evidence in promoting positive parenting through the Program-Guide to Develop Emotional Competences*. Psychosocial Intervention 25 pág.111–117 (Documento en <http://psychosocial-intervention.elsevier.es/> 24/06/2016).
- Martínez-González, R.A. (2009).** Programa-Guía para el Desarrollo de Competencias Emocionales, Educativas y Parentales. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social.
- Martínez-González, R.A. (2013)** *La relación centro docente-familias como medida para fomentar la parentalidad positiva* Revista Latinoamericana de Estudios de Familia 5:pág. 46-62.
- Musitu, G., y Cava, M.J. (2001).** *La familia y la educación*. Barcelona: Octaedro.
- Opazo, R y Bagladi V. (2010)** Material de clases de programa Especialistas en psicoterapia Integrativa, ICPSI.
- Opazo, R. (2017)** *Psicoterapia Integrativa EIS, Profundizando la comprensión, Potenciando el cambio*. Chile
- Rodrigo L., M.J. y colaboradores (2015).** *Guía de buenas prácticas en parentalidad positiva: un*

recurso para apoyar la práctica profesional con familias. Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP). Madrid.

Rodrigo, M. J., Máiquez, M.L., y Martín, J. (2010).
Parentalidad positiva y políticas locales de

apoyo a las familias. Orientaciones para favorecer el ejercicio de las responsabilidades parentales desde las corporaciones locales. Madrid: FEMP

Estrés parental y percepción de autoeficacia parental en progenitores de niños diagnosticados con Trastorno del Espectro del Autismo: lineamientos generales para una propuesta de intervención parental

Ps. Alejandra Olivares Céspedes*⁵

Abstract:

The alterations characteristic of Autism Spectrum Disorder not only affect the sufferer, but also affect their caregivers, who present higher levels of parental stress, depression and anxiety. This document consists of an updated review of the results obtained in national and international investigations about the main stressors present in the parents of children diagnosed with this disorder, in order to provide a series of general guidelines to accompany the EIS Integrative Psychotherapy work parental, decreasing stress levels in parenting, increasing their perception of parental self-efficacy and positively influencing the levels of stimulation and generalization of adaptive behaviors of their children in other contexts.

Keywords: *Autism spectrum disorder, parental stress, parental self-efficacy, parental intervention.*

Resumen: Las alteraciones propias del Trastorno del Espectro del Autismo no solo afectan a quien lo padece, sino que también repercuten en sus cuidadores, quienes presentan mayores niveles de estrés parental, depresión y ansiedad. El presente documento consiste en una revisión actualizada de los resultados obtenidos en investigaciones nacionales e internacionales acerca de los principales estresores presentes en los padres de niños diagnosticados con este trastorno, a fin de brindar una serie de lineamientos generales para acompañar desde la Psicoterapia Integrativa EIS el trabajo parental, disminuyendo los niveles de estrés en la crianza, aumentando su percepción de autoeficacia parental e incidiendo de manera positiva sobre los niveles de estimulación y generalización de comportamientos adaptativos de sus hijos en otros contextos.

Palabras claves: *Trastorno del espectro del autismo, estrés parental, autoeficacia parental, intervención parental.*

AcPI, 10: 80–97.

* Psicóloga Clínica. Especialista en Psicoterapia Integrativa Infanto-Juvenil EIS (ICPSI) Mail:ps.alejandra.oivares@gmail.com

INTRODUCCIÓN:

Los Trastornos del Espectro del Autismo (TEA) corresponden a un conjunto de alteraciones en el neurodesarrollo, con variaciones en los grados de intensidad de los síntomas, que aparecen en la primera infancia y se prolongan durante toda la vida. Quienes lo padecen presentan déficits en importantes áreas generando un retraso y desviación de los patrones típicos del desarrollo psicosocial, afectando la capacidad de relacionarse, adaptarse e interactuar con el mundo que les rodea (Rosselli, Matute y Ardila, 2010).

Si bien en Chile no existen estudios epidemiológicos que permitan conocer el número de niños del espectro, en la Jornada de Extensión Espectro Autista en Chile, desarrollada por la Universidad de Chile el 31 de marzo de 2017 (UCHILE, 2017), el jefe del Programa de Trastornos del Espectro Autista de la Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Chile, doctor Ricardo García, señaló que estudios realizados en Estados Unidos, Inglaterra, Corea y Japón arrojaron que la prevalencia del TEA ha aumentado al doble en los últimos 10 años y, al realizar una estimación en nuestro país, existiría actualmente un aproximado de 50.500 niños con esta condición, destacando la presencia en hombres por sobre las mujeres 4:1.

Se desconocen las causas del aumento de este diagnóstico en los últimos años, pero entre las hipótesis se encuentran: los cambios en los criterios diagnósticos a lo largo del tiempo, incluyéndose a individuos con cuadros de menor severidad y más alto funcionamiento; la precisión diagnóstica a individuos que antes sólo recibían el diagnóstico de

discapacidad intelectual u otros diagnósticos; y factores ambientales (Rattazzi, 2014).

Las alteraciones presentes, junto a la gravedad del trastorno, la intensidad y frecuencia de los problemas conductuales, convierte a esta población en personas difíciles de comprender, incluso para sus propios padres y hermanos, impactando la dinámica familiar y dificultando su estabilidad. Al respecto, las investigaciones indican que son las madres de niños TEA, en comparación con cuidadoras de niños con otras enfermedades discapacitantes como retraso mental, síndrome de Down, hiperactividad, e incluso madres de niños que no presentan patologías, quienes experimentan mayores niveles de estrés en la crianza (Donovan, 1988 en Seguí, Ortíz-Tallo, y De Diego, 2008; Meadan, Halle y Ebata, 2010 en Robledillo, Torres, Bono y Albiol, 2012); observándose en ellas una tendencia a padecer estrés crónico, al ser quienes están mayormente involucradas en el cuidado diario, siendo una población vulnerable a presentar problemas de salud, tanto física como mental, destacándose en ellas altos montos de ansiedad y sintomatología depresiva (Martínez & Cruz, 2008; Taylor & Warren, 2012 en Yáñez, 2017). El alto nivel de estrés parental en estas cuidadoras podría frustrar sus motivaciones en la crianza, dando lugar a sentimientos de culpa, pérdida de autoestima, frustración e insatisfacción en su rol de cuidado, viéndose disminuida su percepción de autoeficacia (Benítez, 2010 en Álvarez, 2012).

Se denomina autoeficacia parental a aquellas creencias personales sobre las

propias capacidades para ser un buen padre o madre, y es considerada una variable importante en la crianza, pues está asociada a los efectos que puede tener sobre las conductas de los progenitores y al estrés que éstos pueden desarrollar en su rol de cuidado (Coleman & Karraker, 1997 en Jiménez, Concha y Zúñiga, 2012).

El objetivo del presente documento es recopilar información de investigaciones nacionales e internacionales respecto a los principales estresores presentes en progenitores de niños TEA, para luego brindar, desde la Psicoterapia Integrativa EIS, una serie de lineamientos generales a la hora de trabajar con estos cuidadores, a fin de acogerlos, acompañarlos, reducir sus niveles de estrés sostenido en la crianza e incidir de manera positiva en su percepción de autoeficacia parental; pues, se estima que aquellos padres que creen en sus propias habilidades se sentirán más satisfechos, serán capaces de perseverar y lograr una tarea determinada, presentando expectativas reales y percibiéndose como padres competentes, incidiendo de manera positiva sobre los niveles de estimulación y generalización de comportamientos adaptativos de sus hijos en otros contextos mejorando con ello su calidad de vida (Kendall & Bloomfield, 2005 en Farkas Klein, 2008).

Lo anterior cobra importancia debido a que numerosas investigaciones han centrado su interés en quien padece el trastorno, o el tipo de intervenciones parentales se han centrado básicamente en el entrenamiento cognitivo conductual, no considerando, muchas veces, las condiciones emocionales en las que se encuentran los progenitores.

TRASTORNO DEL ESPECTRO DEL AUTISMO:

El actual Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la American Psychiatric Association, DSM V (2013) agrupa los anteriormente llamados Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD) conformados por el Trastorno Autista, Trastorno de Asperger, Trastorno Desintegrativo Infantil y Trastorno Generalizado del Desarrollo no especificado, bajo la denominación diagnóstica de Trastorno del Espectro del Autismo (TEA).

Su etiología no está definida en una sola causa, pero se sabe que están involucrados factores genéticos y ambientales. Es una condición crónica, con alto índice de heredabilidad, que afecta el neurodesarrollo a nivel del cerebro, cerebelo, así como el sistema inmune y gastrointestinal (Quijada, 2008).

Desde la perspectiva de dimensión o continuo, comparten la denominada Triada de Wing, caracterizada por el compromiso en tres ejes fundamentales (MINEDUC, 2010), éstos son:

Alteraciones cualitativas en la comunicación verbal y no verbal, caracterizado por alteraciones en el desarrollo del lenguaje oral, presencia de ciertas particularidades en el habla (ej.: uso de ecolalia, perseveración, inversión pronominal, volumen, entonación, velocidad, ritmo y/o acentuación anormal) y pobreza de gestos, posturas o expresiones faciales, ausencia de comunicación espontánea y en ambos sentidos (ej.: normalmente hablan sin

parar de sus temas de su preferencia), bajo desarrollo del juego, dificultades en la lectura de las emociones y en la comprensión de bromas, ironías o dobles intenciones debido a una alteración en los aspectos semánticos y pragmáticos del lenguaje.

Patrones restringidos de comportamiento, intereses y actividades, que se traduce en rigidez en el pensamiento, conductas ritualistas, apego inusual a objetos sin función aparente, conductas estereotipadas y perseverativas, así como también dificultades con las transiciones o con los cambios de rutina, por más insignificantes que sean. Hay quienes muestran movimientos corporales estereotipados cuando se está excitado, agitado, enojado o cuando se contempla un objeto (ej.: tamborilear con los dedos, aleteos de brazos y manos, giros sobre sí mismo, balanceos, etc.). Presentan un pobre repertorio conductual en el juego al carecer de juego espontáneo, variado o imitativo (ej.: juegan a hacer hileras, agrupar objetos, fascinación por contar y repetir, etc.) y sus intereses son reducidos y obsesivos respecto a temas peculiares, pocos frecuentes y que dependiendo de la capacidad intelectual pueden llegar a ser más sofisticados (ej.: colecciones, recopilación de datos de temas específicos, etc.).

Alteraciones en la interacción social recíproca, que se manifiesta en un escaso o nulo contacto visual, posturas y gestos, así como también se observa un bajo nivel de imitación. Presentan aislamiento e indiferencia hacia sus pares, dificultades para comprender sutilezas e intenciones de los demás, desarrollar juegos de forma

cooperativa y hacer amigos. Algunos pueden llegar a ser pasivos en su interacción social, mientras que otros muy activos, pero de una manera extraña y unilateral, teniendo todos en común una limitada capacidad empática.

Hoy en día, estas tres áreas afectadas pasan a ser dos, siendo éstas: **las habilidades socio-comunicativas y los intereses fijos y conductas repetitivas**, manifestaciones varían según la gravedad de la afección, el nivel del desarrollo y la edad cronológica de la persona (MINEDUC, 2010; APA, 2013).

Existe, además, otras alteraciones compartidas por los TEA, éstas son:

Alteraciones motoras caracterizadas por movimientos torpes, expresión corporal disarmónica y problemas en la coordinación motora gruesa y/o fina, existiendo en algunos casos una alta actividad sensorio motriz estereotipada (ej.: balanceo, giro de manos, excitación incontrolada e inquietud motriz).

Alteraciones sensoriales que pueden manifestarse en hipo o hipersensibilidad a estímulos auditivos, visuales, gustativos y/o táctiles (ej.: suelen taparse los oídos ante sonidos fuertes, baja tolerancia a ciertas texturas, no permiten cortes de cabello o intervenciones dentales, altos o bajos umbrales al dolor, etc.) También hay aquellos hipersensitivos y ritualistas con los alimentos, pudiendo presentar, incluso, problemas alimenticios.

Alteraciones cognitivas que varían desde discapacidad intelectual a capacidades cognitivas superiores, presentando habilidades para la música,

dibujo, cálculo, habilidades visoespaciales, memoria verbal, visual o auditiva. Y comparten ciertos déficits cognitivos, como la incapacidad de imaginar lo que otra persona está pensando y sintiendo, presentan dificultades en la flexibilidad cognitiva, en las funciones ejecutivas, el juicio y sentido común.

Alteraciones emocionales, debido a dificultades en el reconocimiento, expresión y manejo emocional (Hobson, 1993 en MINEDUC, 2010). Algunos pueden llegar a presentar altos niveles de ansiedad, angustia, estrés y baja tolerancia a la frustración, expresada con agresividad o hetero agresividad y variaciones en el humor. Junto a lo anterior, al no experimentar situaciones de reconocimiento social, su autoconcepto y autoestima se ven disminuidas.

Lo anterior da cuenta que la presentación clínica del trastorno es diversa y guarda relación con la gravedad del caso en cuanto a sintomatología o patología asociada, por lo tanto, es un trastorno que va desde dificultades sutiles hasta situaciones altamente incapacitantes no sólo para quien lo padece, sino también para sus progenitores y sus familias.

REPERCUSIONES EMOCIONALES EN PROGENITORES DE NIÑOS/AS TEA:

Previo al Diagnóstico:

Las investigaciones indican que para los padres de niños TEA resulta un proceso lento darse cuenta respecto al desarrollo atípico de su hijo o hija, pudiendo transcurrir incluso años antes de consultar

a un especialista, especialmente en aquellos que son primerizos, al no tener la posibilidad de comparar el desarrollo de sus hijos. Sin embargo, con el paso de los años, la sumatoria de comportamientos que los padres no logran entender les provoca desconcierto y se movilizan desde la incertidumbre a buscar respuestas que en ocasiones no encuentran, siendo común la visita a más de un especialista hasta dar con el profesional adecuado y el diagnóstico correcto, situación que genera un gran desgaste no sólo psicológico, sino que también físico y económico (Werner, Dawson, Osterling, y Dinno, 2000; Frith, 2004 en Martínez y Bilbao, 2008). Esto último puede entenderse por lo heterogéneo que pueden llegar a ser las manifestaciones clínicas y la variabilidad en los patrones de aparición del trastorno. Si bien, muchos padres sospechan que algo no anda bien, la confirmación diagnóstica podría llegar a ser un gran golpe (Baron-Cohen y Bolton, 1998 en Benítez, 2010)

Momento del diagnóstico:

Autores como Cunningham y Davis (1994 en Jiménez, 2016) definen una serie de reacciones o sentimientos que los padres manifiestan al momento de conocer el diagnóstico, éstas son: **a) Shock**, fase de inmovilidad donde aparecen reacciones automáticas de bloqueo, confusión, conmoción, etc.; **b) Reacción**, aparecen sentimientos o reacciones de enfado, incredulidad, impotencia, llanto, culpa, estrés, etc. Comúnmente, niegan el diagnóstico y deciden buscar segundas opiniones, manifestando un pensamiento rumiativo respecto al tema que los conduciría al aislamiento social; **c) Adaptación**, fase donde comienzan a

entender y definir acciones. Es importante que en esta etapa los progenitores reciban información, pues se caracteriza por una búsqueda de soluciones y apoyo tanto en la familia, como amigos y otros progenitores en la misma situación y **d) Orientación**, período donde se produce aceptación y orientación hacia la solución. Surgen reacciones de organización, búsqueda de ayuda y apoyos.

Estas fases describen el recorrido que realiza cada miembro de la familia, sin embargo, no todos pasan por cada una de ellas, ni éstas tienen la misma intensidad y duración (Martínez y Bilbao, 2008). Riviére (2000) refiere que esta respuesta debe considerarse dentro del ámbito de respuesta a la crisis, pues la familia experimenta un proceso de desorganización, recuperación y reorganización de sus miembros (Gracia y Musitu 2000 en Jiménez, 2016), siendo de gran ayuda el acompañamiento parental desde esta etapa inicial.

Tras el diagnóstico:

Investigaciones referidas a la calidad de vida de las familias que reciben este diagnóstico, señalan que en ellas existe un alto nivel de estrés, ansiedad y depresión (Pozo, 2010) debido a dificultades para entender y manejar determinadas conductas características de la condición, las que interfieren en la vida cotidiana familiar, imposibilitando su participación en actividades fuera del hogar, tendiendo al aislamiento (Bouma y Schweitzer, 1990, Fox et al., 2002; Howlin, 1988 en Canal, Martín, Bohórquez, Guisuraga, Herráez, L., Herráez, M., Santos, Sarto, García y Posada, 2010).

Por su parte, el alto nivel de estrés parental en estas familias, incide negativamente en el desarrollo de habilidades sociales y de buena conducta de los hermanos con desarrollo típico, siendo uno de los factores de riesgo con mayor influencia el grado de afectación del TEA, pues cuanto mayor sea la presencia de conductas disruptivas o agresivas, mayores serán los problemas de ajuste conductual, emocional y social de los neurotípicos (Petalas, Hastings y Nash, 2012; Quintero y Lee, 2010 en Ruiz y Tárraga, 2015). Las investigaciones al respecto, señalan que éstos se sienten negativamente afectados por la convivencia, pudiendo generar problemas de adaptación al ver que sus padres dedican más tiempo al niño(a) atípico que al resto de la familia, surgiendo sentimientos de celos y/o de cariño y aceptación que incluso podrían generar comportamientos de proteccionismo, situación que ocurre especialmente en los hermanos mayores, no pudiendo expresar lo que realmente les pasa, piensan y sienten, tendiendo a la sobreadaptación para no dar mayor problema a los padres (Pérez y Verdugo, 2008; Wing, 2001 en Tereucán y Tremún, 2016),

Las investigaciones reportan, además, que estos progenitores pueden llegar a presentar bajos niveles de satisfacción matrimonial debido a que toda su atención, preocupación y energía está en el hijo TEA, tendiendo a descuidar el bienestar de la relación amorosa y experimentar un mayor nivel de estrés, tanto por las dificultades presentes en el hijo, como por la disfunción percibida en la relación de pareja, situación se ve mayormente afectado en casos donde los síntomas son más severos (Hamlyn, Wrigth,

Draghi-Lorenz, & Ellis, 2007 en Mendoza, 2014).

ESTRÉS PARENTAL:

Según Abidin (1992) el estrés parental es el resultado negativo de un conjunto de evaluaciones realizadas por el propio progenitor respecto al nivel de compromiso con su rol, teniendo un papel determinante sus creencias parentales, las que inciden en sus habilidades para la crianza.

Al respecto, Valdés, Martínez, Vales y Cisneros (2009) estudiaron las principales creencias erróneas de progenitores de niños del espectro autista, clasificándolas en: **a) creencias con respecto a la etiología del autismo** (ej. problemas en el parto, vacunas, edad avanzada de los padres, etc.); **b) creencias con respecto a las características del autismo** (ej. siempre están ensimismados, los berrinches son producto de mala crianza, etc.) y **c) creencias erróneas con respecto al tratamiento** (ej. es mejor que no reciban tratamiento, deben integrarse a una escuela regular, etc.). De acuerdo con este estudio las creencias parentales estarían relacionadas con falta de información y mecanismos de defensa a fin de evitar la pérdida del hijo ideal.

En un estudio llevado a cabo por Pilar Martín (2004 en Lozano, 2013), sobre factores generadores de estrés en estas familias, destacan: **a) Retraso en la detección del cuadro sintomático; b) Atribución de los comportamientos anómalos a factores ambientales o causas externas irrelevantes** (educación en el

colegio, relación de pareja de los padres, sistemas de disciplina erróneos, entre otros). **c) Ambigüedad que les genera observar un hijo o hija con una apariencia física armoniosa junto a una adecuada inteligencia, pero una severa incapacidad social y d) Falta de apoyo emocional, comprensión y empatía de otros padres al atribuir la causa del comportamiento disruptivo a pautas educativas inadecuadas.**

En un segundo estudio realizado en España por Pozo, Sarriá y Méndez (2006), en donde se analizó el estrés maternal en familias de personas con autismo se estableció que la severidad del trastorno y los problemas conductuales son variables que tienen una relación directa con el estrés de estas madres en la crianza.

En una tercera investigación realizada por Merino, Martínez, Cuesta, García y Pérez (2012), donde se analizaron los principales estresores percibidos por los familiares de personas con TEA en Castilla y León, España, junto con describir su percepción respecto a cómo la convivencia y la dinámica familiar se ve afectada con un miembro TEA, permitieron identificar momentos o situaciones que tienen gran incidencia en el estrés percibido. Estos estresores están ligados a: **a) obtención del diagnóstico, preocupación por el futuro, b) acceso al sistema sanitario y educativo, c) dificultades para conseguir recursos y d) búsqueda de apoyos.**

En un estudio más reciente, realizado por Villarruel (2016), donde se evaluaron 88 madres de niños con habilidades especiales que acuden al Instituto para el Desarrollo Infantil – ARIE, de la sede de

Villa, en El Salvador, cuyo objetivo fue establecer si existía una correlación o asociación significativa entre el estrés y la percepción de la autoeficacia, se concluyó que a mayor estrés parental, menor percepción de autoeficacia parental, y viceversa, situación que incide negativamente en la autoestima de los cuidadores. Observándose, además, que aquellas familias que reciben más apoyos y que a su vez los perciben como más útiles, presentan niveles más bajos de estrés.

En base a lo anterior, se pone de manifiesto que aquellos padres que comprenden mejor el problema de sus hijos y que confían más en sí mismos a la hora de solucionar los conflictos cotidianos muestran un mejor ajuste y adaptación. Es decir, el riesgo de estrés en la familia aumenta cuando los padres sienten que no pueden ayudar o manejar la conducta y la educación de sus hijos.

Finalmente, en nuestro país, Tereucán y Tremún, (2016) llevaron a cabo un análisis respecto a los niveles de estrés y estrategias de afrontamiento que presentan las familias de niños, niñas y adolescentes entre 4 y 15 años diagnosticados con TEA de la ciudad de Puerto Montt, concluyendo que **1) Respecto a las familias:** en su mayoría, son las madres quienes cumplen el rol de cuidador principal, y se desempeñan como dueñas de casa; por su parte, los padres adquieren el rol de sostenedor y proveedor del hogar, llegando incluso a extender su jornada laboral para suplir las necesidades del niño del espectro y las demandas familiares; sumado a lo anterior, la familia se ve en la obligación de hacer modificaciones para solventar las

necesidades del niño, donde el entorno y la dinámica familiar puede verse afectada por factores como la autoatribución o atribución de nuevas funciones, el apoyo recibido por los integrantes y la percepción e información que cada miembros tiene o maneja en cuanto al trastorno. **2) En cuanto al nivel de estrés parental,** concluyeron que los padres reflejan un estrés normal, pero presentan una leve tensión debido a las restricciones que genera el cuidado de su hijo(a) en su vida social. Al respecto Tijeras (2017) agrega que, las características particulares del niño mantienen a los padres en un estado de alerta continuo cada vez que salen con amigos o familiares, pues muchas veces deben dar explicaciones del comportamiento de su hijo, situación que les genera incomprensión y baja percepción de apoyo de su entorno, lo que termina por evitar las situaciones sociales, tendiendo al aislamiento. Al impacto generado en el mundo social de los progenitores, se suma el impacto económico, pues los gastos aumentan debido al uso de terapias alternativas, médicos, medicamentos, dietas especiales, y servicios privados de atención temprana, logopedia, intervención educativa, pedagógica y/o psicológica, etc., los que no cubre la salud pública. Es así que los gastos propios del hogar pasan a segundo plano, generando un efecto negativo sobre el clima emocional y afectando la dinámica económica del hogar. También se observa que estos niños exigen mayor tiempo de cuidado y atención, siendo necesario que muchos padres deban reducir sus jornadas de trabajo e incluso, uno de los miembros de la pareja parental deba dejar su trabajo para dedicarse únicamente a la crianza, o deban recurrir a terceras personas para que brinden este cuidado, lo que supone

un gasto adicional, dando cuenta de una pérdida del poder adquisitivo de estas familias. **3) Respeto a la interacción disfuncional padre-hijo**, existe un leve incremento del estrés al existir una alta preocupación por la autonomía, las alteraciones presentes a causa de la inflexibilidad y las dificultades en el proceso de aprendizaje del niño con TEA. Sumado a lo anterior, existen alteraciones en la función educativa, debido al escaso acceso a la información que sostienen respecto al trastorno, que se refleja en un pobre dominio de hábitos de conducta y procesos de aprendizaje, especialmente en las conductas disruptivas dentro y fuera del hogar y a las demandas que esta situación les genera. Y finalmente, **4) En relación a estrategias de afrontamiento utilizadas** por los padres, el estudio concluye que la más utilizada es aquella centrada en la emoción, siendo progenitores que, si bien aceptan la situación estresante que viven, están en una búsqueda permanente de opciones y alternativas para mejorar y facilitar las condiciones de su hijo, buscando ayuda, apoyo en especialistas y búsqueda de profesionales capacitados. Y también se observa un estilo confrontacional y planificador ante el estresor, pues buscan una solución directa al problema y desarrollan las estrategias para una pronta intervención.

AUTOEFICACIA PARENTAL:

De acuerdo con la teoría de Bandura (1989), la percepción de autoeficacia se define como el juicio que la persona realiza acerca de las competencias que cree tener para enfrentarse a una tarea o para afrontar determinadas situaciones con

expectativas de éxito, creencia que tiene un carácter multidimensional y contextual (Zurdo, 2013)

De acuerdo con este autor, las personas con un alto sentido de autoeficacia percibirían las tareas difíciles como modificables más que amenazantes, implicándose en actividades con mayor interés y compromiso, invirtiendo tiempo y esfuerzo ante las dificultades; y aumentando la consecución de metas, reduciendo el estrés y disminuyendo la vulnerabilidad a la depresión.

El concepto de autoeficacia parental surge de la relación entre autoeficacia y crianza, y está relacionado con las creencias y expectativas de los individuos sobre su capacidad para desarrollarse como padres hábiles y competentes. Debido a lo variable que pueden llegar a ser las manifestaciones sintomáticas del TEA, en los cuidadores la autoeficacia parental puede verse afectada por varios motivos.

Al respecto, Jones y Prinz (2005 en Tijeras, 2017) manifiestan que las dificultades en la comunicación e interacción social propias del espectro, genera que los padres se sientan menos capaces de identificar tanto las necesidades como las carencias emocionales de sus hijos. A lo anterior se suma la relación entre el conocimiento o desconocimiento en cuanto al diagnóstico y sus características, siendo internet el medio que buscan los padres para responder dudas. (Mackintosh, Goin-Kochel y Myers 2012 en Tijeras, 2017). Y finalmente, el que no exista un consenso respecto a la etiología del trastorno, junto a la existencia de una gran variedad de

intervenciones disponibles, genera a los progenitores mayor confusión e inseguridad respecto a la elección, evolución o tratamiento necesario y correcto para su hijo o hija.

IMPORTANCIA DE LA INTERVENCIÓN PARENTAL EN PROGENITORES DE NIÑOS Y NIÑAS TEA:

Está comprobado que el entrenamiento de padres de niños TEA es un método altamente eficaz a la hora de obtener un cambio conductual clínicamente significativo en los hijos, pues los excesos y déficit conductuales también guardan relación con un manejo inadecuado de contingencias ambientales, siendo considerada una habilidad parental necesaria para estos progenitores tener un adecuado manejo de contingencias (Kuhn, Lerman y Vorndran, 2003; Wahler y Vigilante, 2004 en Corsi, Guerra y Plaza, 2007).

En una investigación realizada por Corsi et al., (2007), que busca diseñar, implementar y evaluar un programa de manejo conductual para padres de niños con TEA se estableció como principales déficit conductuales parentales: **a) presentación de instrucciones de forma inadecuada** (instrucciones ambiguas y complejas); y **b) manejo inadecuado de contingencia de refuerzo y castigo** (baja frecuencia de refuerzo y una baja frecuencia de castigo).

La mayoría de las intervenciones a los progenitores de niños TEA, se han desarrollado en España. Ayuda, Llorente, Martos, Rodríguez y Olmo (2012)

analizaron la participación en una escuela de padres de personas con TEA y cómo ésta repercute en la percepción de estrés y de competencias parentales. Tras el seguimiento, observaron mejoras en la disminución del estrés, en la percepción que tienen de respuesta frente a las conductas de sus hijos y, de forma significativa, en la valoración de la calidad del tiempo compartido de los padres y los hermanos con desarrollo típico.

Los estudios realizados acerca de los beneficios y ventajas de la participación parental en escuelas o cursos de formación ponen de manifiesto que, tras el entrenamiento o proceso de formación, los padres describen un descenso de los problemas de conducta en el entorno familiar así como un aumento en su propio sentimiento autoeficacia parental.

Junto a lo anterior, las familias también necesitan contar con espacios de contención y ampliar sus redes de apoyo emocional, que les permita compartir sus preocupaciones, miedos y éxitos, siendo importante la participación en grupos, los que pueden transformarse en un valioso recurso de apoyo emocional, al ser un espacio de libre expresión de emociones y vivencias, que les permita aprender nuevas formas de manejar su situación personal y familiar. Lo anterior también se transforma en una experiencia normalizadora, pues los padres perciben que no son los únicos que enfrentan este desafío, situación que produce gran alivio y motivación a buscar soluciones y a ayudarse entre las familias (Yalom, 1986 en Quintana, Heresi, Diez, Macurán, Harpe, Quiroga, Navarro, Quirós, Soto y Léniz, 2011; Merino et al, 2012).

**ENFOQUE INTEGRATIVO
SUPRAPARADIGMÁTICO: PSICOTERAPIA
INTEGRATIVA EIS EN TEA**

El Enfoque Integrativo Supraparadigmático (EIS), creado por Roberto Opazo en 1983, utiliza la integración de seis paradigmas que conforman el Supraparadigmático Integrativo Supraparadigmático, éstos son: Biológico, Cognitivo, Afectivo, Ambiental-Conductual, Sistémico e Inconsciente, junto al Sistema Self, el cual actúa como eje conductor e integrador de la dinámica psicológica del paciente. Lo anterior permite una evaluación más profunda de las áreas de funcionamiento del ser humano.

El diagnóstico integrativo infantil, permite entender el funcionamiento del niño, su relación con los significativos y cómo éste se desenvuelve en los distintos ambientes con los que convive. Su aporte radica en que permite, en el quehacer clínico, abordar e integrar distintas áreas de su vida, que otros enfoques o teorías no consideran (Gloffka, 2010), ofreciendo así una mirada en los 360° de la dinámica psicológica, para luego ofrecer a través de la Psicoterapia integrativa, propia del enfoque, las mejores estrategias de intervención a las características idiosincráticas del sistema consultante.

Si bien no existe una “receta única” o un “manual” que beneficie a todos los niños del espectro y su familia por igual, la investigación si permite dar cuenta que estas familias poseen ciertas características comunes, especialmente en lo que tiene relación a situaciones que son fuentes de estrés, las que debemos identificar a la

hora de intervenir, a fin de evitar que estos estresores se transformen en algo sostenido en el tiempo.

Nuestra Psicoterapia Integrativa EIS le otorga gran importancia a las *fases didácticas*, y entre ella la psicoeducación cobra gran relevancia en el trabajo parental, transformando a los cuidadores en colaboradores informados (Ogden y Fisher, 2015 en Opazo, 2017), contar con información necesaria les da a los padres sensación de control y seguridad, su implicación como co-terapeutas, permite transformarlos en facilitadores del mantenimiento y la generalización de nuevas habilidades tanto dentro como fuera de la familia aportando en el desarrollo sano del niño TEA.

Finalmente, es importante mencionar que dentro del EIS, se han desarrollado investigaciones en torno a niños y adolescentes con este diagnóstico, las que sin duda han sido un gran aporte a la Psicoterapia Integrativa, al plantear intervenciones efectivas, destacando las tesis de Ximena Soto (2013) y Sofía Horlacher (2017), las que se tomaron como base en esta propuesta de intervención.

LINEAMIENTOS GENERALES EN LA INTERVENCIÓN PARENTAL EN PROGENITORES DE NIÑOS(AS) DEL TEA DESDE EL EIS:

Paradigma Biológico:

- Psicoeducar, establecer e implementar rutinas familiares para regular el ciclo sueño vigilia, crear hábitos alimenticios y aplicación de una dieta sensorial.
- Psicoeducar respecto al manejo de la farmacoterapia

- Psicoeducar respecto a las necesidades del niño TEA de acuerdo a su etapa evolutiva.
- Fomentar el uso del ejercicio sistemático, especialmente en casos de estrés y sintomatología depresiva.

Paradigma Cognitivo:

- Entregar un diagnóstico inicial completo junto con un informe escrito en términos comprensibles.
- Abordar las principales características del trastorno en general y el perfil de desarrollo del niño(a) en particular, indicando sus fortalezas y debilidades.
- Orientar la intervención considerando las prioridades y necesidades tanto de la familia como del niño(a) y el tipo de servicios más idóneos (ej.: tipo de centros educativos, profesionales a derivar, etc.).
- Co-construir objetivos terapéuticos realistas y adecuados.
- Indagar respecto a las principales creencias en torno al diagnóstico: etiología, características, y creencias erróneas respecto al tratamiento. Para luego trabajar sobre las creencias erróneas y responder dudas.
- Lograr un ajuste realista de percepciones, actitudes, creencias y expectativas, aprendiendo a interpretar el comportamiento del niño(a) favoreciendo la aceptación.
- Psicoeducar respecto al impacto del estrés en la crianza.

- Concientizar sobre la importancia del autocuidado individual y en la pareja parental
- Evaluar de forma periódica lo aprendido, así como el nivel de compromiso y motivación al cambio.

Paradigma Ambiental conductual:

- Psicoeducar respecto a la importancia de proporcionar al niño(a) ambientes estructurados y predictibles.
- Identificar las conductas a modificar en los niños y las habilidades a desarrollar en los padres de acuerdo a sus características idiosincráticas a través del entrenamiento en habilidades básicas de manejo conductual.
- Evitar que los comportamientos característicos del trastorno se conviertan en la justificación de los padres para no proponer cambios.
- Brindar herramientas para mejorar habilidades de autonomía de acuerdo a la etapa etaria del niño(a), evitando la sobreprotección.
- Adecuar el ambiente para desarrollar actividades lúdicas donde el niño (a) se sienta competente
- Realizar entrenamiento en técnicas de modificación conductual como: uso de instrucciones adecuadas, manejo de contingencias, autosupervisión, entrenamiento en relajación, uso del refuerzo y castigo, modelado en vivo, moldeamiento y práctica positiva.
- Promover relaciones fluidas, cordiales y constructivas entre padres y docentes
- Brindar herramientas para que puedan ayudar a los hijos con las

actividades académicas, tomando en consideración el perfil cognitivo del niño.

- Crear un programa de descanso familiar, que facilite el tiempo de ocio y mantenimiento de relaciones sociales.
- Promover la participación en grupos y encuentros de padres y familiares de niños del TEA.

Paradigma Afectivo:

- Evaluar y distinguir el momento de la crisis en que se encuentran cada uno de los progenitores tras el diagnóstico.
- Fomentar el procesamiento, reconocimiento y expresión de emociones, brindando soporte emocional para abordar y elaborar el proceso de aceptación del diagnóstico.
- Indagar y brindar apoyo respecto a las principales emociones asociadas a las peculiaridades del comportamiento y su manejo.
- Aumentar la participación en actividades placenteras.
- Psicoeducar respecto a la importancia de brindar apoyo emocional al o los hermanos del niño, y, en caso de ser necesario, derivar a psicoterapia individual.

Paradigma Inconsciente:

- Ayudar a la familia a procesar el duelo por el hijo no nacido.
- Combatir resistencias respecto al diagnóstico.
- Implementar un cuadro de logros que le permita ver a los padres sus avances en el tiempo a fin de generar trasfondo eficaz.

Paradigma Sistémico:

- Atender a la familia desde sus propias potencialidades.
- Fortalecer la alianza terapéutica con los progenitores y hermanos.
- Promover la participación progresiva y activa de sus diferentes miembros y favorecer la creación de un ambiente familiar de aceptación, integrador y acogedor
- Brindar herramientas para conectarse con el niño a través del juego y/o intereses
- Brindar pautas para mejorar la interacción fraterna. A los hermanos menores de 14 años se les puede invitar a participar en las sesiones como ayudantes, y su presencia sirve como modelo de desarrollo típico a imitar. Mientras que, con los hermanos adolescentes y jóvenes, se puede realizar sesiones de psicoeducación similares a las parentales.
- Incrementar la capacidad de disfrute en la pareja conyugal a través de optimización de tiempo y recursos.

Sistema Self:

- Identificar los progresos del hijo/a, a fin de incrementar el sentimiento de autoeficacia parental y con ello la autoestima parental.
- Generar, a través de la detección de los avances en el tiempo, trasfondo eficaz.

(Corsi, Guerra y Plaza, 2007; Martínez y Bilbao, 2008; Valdés et al., 2009; Gloffka, 2010; Orsmond, Krauss y Seltzer, 2004 en Benavides, 2012; Merino et al., 2012; Soto, 2013; Hamlyn, Wrigth, Draghi-Lorenz y Ellis, 2007 en Mendoza, 2014; Escobar, 2014; Ruiz y Tárraga, 2015; Jiménez, 2016; Horlacher, 2017)

CONCLUSIES:

Los trastornos del espectro del autismo conllevan una serie de dificultades no sólo para quien lo presenta y su relación con el mundo, sino también para la familia en general, quienes deben realizar esfuerzos adicionales para satisfacer las necesidades del niño o niña, que en muchas ocasiones no comprenden, especialmente durante los primeros años de vida. A pesar de lo anterior, la literatura indica que la mayor parte de las intervenciones han sido dirigidas a quien presenta esta condición, entendiéndose erróneamente que esto brindará estabilidad y bienestar a todo el sistema familiar. Pero lo que realmente ocurre es que quedan insatisfechas las necesidades presentes en los progenitores y otros miembros de la familia, quienes muchas veces ni siquiera obtienen información respecto al proceso psicoterapéutico individual de su hijo o hermano con TEA.

Lo anterior visibiliza la necesidad de implementar intervenciones de apoyo parental/familiar, a fin que sus miembros puedan recibir información, formación, entrenamiento y especialmente apoyo emocional; pues la mayoría de las intervenciones existentes sólo dan cuenta de entrenamiento cognitivo conductual cuya finalidad parece ser lograr conductas lo más adaptativas socialmente, no considerando el mundo afectivo de los progenitores, sus sentimientos, mundo de significados, temores o creencias.

La investigación indica que estas familias atraviesan por momentos, emociones y decisiones comunes; cómo los padres se sientan, logren procesar su mundo interno y manejar la información entregada, desde

el momento de asumir el diagnóstico en adelante, incidirá no sólo en sus niveles de estrés sostenido en el tiempo y con ello en su salud física, mental y estilo de crianza, sino que también en quien presenta esta condición y el ambiente emocional que los cuidadores puedan brindarle, junto a las oportunidades de desarrollo sano que puedan entregarle.

Encausar el trabajo parental hacia el aumento de su percepción de autoeficacia tendrá como consecuencia que se percibirán como padres más seguros y competentes en su rol, transformándose en colaboradores esenciales en la intervención del hijo o hija, al ser el entorno inmediato.

La intervención debe planificarse en torno a los patrones de interacción familiar y se deben poner en práctica acciones dirigidas a paliar o reducir la influencia de los estresores, siendo necesario fomentar el uso de estrategias para que los padres manejen el estrés, la toma de decisiones y las situaciones críticas.

Finalmente, mencionar que, este tipo de intervenciones debiesen estar presente en todos los padecimientos crónicos, como por ejemplo el caso de trastorno bipolar o trastorno por déficit de atención con hiperactividad, debido al gran desgaste tanto para los cuidadores como la familia en general, lo que incidirá positivamente en la calidad de vida de quien lo padece.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Abidin, R. R. (1992).** The determinants of parenting behavior. *Journal of Clinical Child Psychology*, 21(4), 407-412.

Alfonso, C. (2003). *La participación de padres y madres en la escuela.* (1era ed.). Caracas: Editorial Laboratorio Educativo.

Álvarez, J. (2012). Relación entre los niveles de carga, la salud física autopercebida y los niveles de depresión en las cuidadoras principales de niños y jóvenes con autismo. (Tesis para optar el título de Licenciado en Psicología). Universidad Centrooccidental Lisandro Alvarado. Barquisimeto, Venezuela.

American Psychiatric Association (2013). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*, 5° edición (DSM V). Washington, DC: APA.

Ayuda, R., Llorente, M., Martos, J., Rodríguez, L. y Olmo, L. (2012). Medidas de estrés e impacto familiar en padres de niños con trastornos del espectro autista antes y después de su participación en un programa de formación. *Rev Neurol*, 54 (1), pp. 73-80.

Benavides, P. (2012). Investigación teórica y análisis de caso del síndrome de asperger en pacientes adolescentes y adultos desde la mirada del Modelo Integrativo Supraparadigmático. (Tesis para optar al grado de Magíster en Psicología Clínica con mención en Psicoterapia Integrativa). Universidad Adolfo Ibáñez – Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa. Santiago, Chile.

Benítez, L. (2010). Autismo, familia y calidad de vida. *Cultura*, Vol. 24, pp. 1-20. Disponible en <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3701024>

Canal, R., Martín, M., Bohórquez, D., Guisuraga, Z., Herráez, L., Herráez, M., Santos, J., Sarto, P., García, P. y Posada, M. (2010). La detección precoz del autismo y el impacto en la calidad de vida de las familias. *Publicaciones del INICO. Colección Actas*, 1 Edición. Universidad de Salamanca. Disponible

en <https://www.infoautismo.es/wp-content/uploads/2015/10/Cap. Libros 8.pdf>

Corsi, E., Guerra, C. y Plaza, H (2007). Diseño, implementación y evaluación de un programa de manejo conductual para padres de niños con síndrome de asperger. *Psicología Conductual*, Vol. 15, Nº 2, pp. 253-266

Escobar, N. (2014). Caracterización de los estilos educativos utilizados por los padres con un miembro diagnosticado con trastorno asperger pertenecientes a un programa de atención a la discapacidad de Comfamiliar Risaralda. (*Práctica Investigativa*). Universidad Católica de Pereira. Pereira, Colombia.

Farkas-Klein, Ch. (2008). Escala de evaluación parental (EEP): desarrollo, propiedades psicométricas y aplicaciones. *Univ. Psychol.*, 7 (2), pp. 457-467

Gloffka, G. (2010). El niño con autismo: Rehabilitación integral desde una mirada integrativa. *AcPI, Actualizaciones en Psicoterapia Integrativa*, Vol. II, pp. 88-118.

Horlacher, S. (2017). Psicoterapia Grupal Integrativa para el desarrollo de habilidades socioemocionales en adolescentes con autismo de alto funcionamiento: una revisión y propuesta desde el Modelo Integrativo Supraparadigmático. (Tesis para obtener el grado de Magíster en Psicoterapia Clínica Mención en Psicoterapia Integrativa). Universidad Adolfo Ibáñez – Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa. Santiago, Chile.

Jiménez, A., Concha, M. y Zúñiga, R. (2012). Conflicto trabajo-familia, autoeficacia parental y estilos parentales percibidos en padres y madres de la ciudad de Talca, Chile. *Acta Colombiana de Psicología*, 15 (1), pp. 57-65.

Jiménez, E. (2016). Resiliencia en padres y madres de niños con trastornos del

espectro autista. (*Tesis doctoral*). Universidad de Valencia. Valencia, España.

Jornada de Extensión Universidad de Chile (U.CHILE). (2017). *Jornada de Extensión Espectro Autista en Chile*, Parte 1 – 2. De <http://www.uchile.cl/multimedia/131785/inauguracion-de-la-jornada-de-extension-espectro-autista-en-chile>

Lozano-Segura, M., Manzano-León, A., Casiano, C., y Aguilera-Ruiz, C. (2017). Propuesta de intervención en familiares de niños con TEA desde ACT para mejorar la convivencia familiar y escolar. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1 (1), 45-55. Disponible en: https://www.redalyc.org/pdf/3498/3498525440_05.pdf

Martínez, M. y Bilbao, M. (2008). Acercamiento a la realidad de las familias de personas con autismo. *Intervención Psicosocial*, 17 (2), pp. 215-230.

Martos, J. y Llorente, M. (2013). Tratamiento de los trastornos del espectro autista: unión entre la comprensión y la práctica basada en la evidencia. *Rev Neurol*, 57 (1), pp. 185-191.

Mendoza, X. (2014). Estrés parental y optimismo en padres de niños con trastornos del espectro autista. (*Tesis de pregrado*). Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima, Perú.

Merino, M., Martínez, M., Cuesta, J., García, I. y Pérez de la Varga, L. (2012). *Estrés y familias de personas con autismo*. Burgos: Federación Autismo Castilla y León.

Ministerio de Educación (MINEDUC). (2010). *Manual de Apoyo a Docentes: Educación de estudiantes que presentan Trastornos del Espectro Autista (TEA)*. Santiago.

Ministerio de Salud (MINSAL). (2011). Guía de Práctica Clínica de Detección y

Diagnóstico Oportuno de los Trastornos del Espectro Autista (TEA). Santiago.

Opazo, R. (2017). *Psicoterapia Integrativa EIS. Profundizando la comprensión potenciando el cambio*. Santiago: Chile. Editorial Andros.

Pozo, P., Sarriá, E. y Méndez, L. (2006). Estrés en madres de personas con trastornos del espectro autista. *Revista Psicothema*, 18(3), 342- 347. Disponible en <http://www.psicothema.com/pdf/3220.pdf>

Pozo, M. del Pilar. (2010). Adaptación Psicológica en madres y padres de personas con Trastornos del Espectro Autista: Un estudio multidimensional. (*Tesis Doctoral*). Universidad Nacional de Educación a Distancia. Madrid, España.

Quijada, C. (2008). Espectro Autista. *Revista Chilena de Pediatría*, 79(1), pp.86-91.

Quintana P., Heresi, M., Diez, M., Macurán, G., Harpe, M., Quiroga, F., Navarro, C., Quirós, P., Soto, P. y Léniz, M. (2011). Investigaciones en psicología clínica infanto juvenil: primer compendio de tesis del Magister en Psicología mención psicología clínica infanto juvenil. Disponible en http://www.repositorio.uchile.cl/handle/2250/1_22649

Rattazzi, A. (2014). La importancia de la detección precoz y de la intervención temprana en niños con condiciones del espectro autista. *VERTEX Rev. Arg. de Psiquiat.* 25, pp. 290-294.

Robledillo, N., Torres, P., Bono, E., y Albiol, L. (2012). Consecuencias del cuidado de personas con Trastorno del Espectro Autista sobre la salud de sus cuidadores: estado actual de la cuestión. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 15(4), pp. 1571-1590

- Rosselli, M., Matute, E., y Ardila A. (2010).** *Neuropsicología del desarrollo infantil*. México: Manual Moderno.
- Ruiz, R. y Tárraga, R. (2015).** El ajuste conductual, emocional y social en hermanos de niños con un trastorno del espectro autista: una revisión teórica. *Papeles del Psicólogo*, Vol. 36(3), pp. 189-197. Disponible en <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/2612.pdf>
- Seguí, J., Ortiz-Tallo, M. y De Diego, Y. (2008).** Factores asociados al estrés del cuidador primario de niños con autismo. *Anales de psicología*, 24 (1), pp.100-105.
- Soto, M. (2013).** Psicoterapia Integrativa para niños de 4 a 12 años con Trastornos del Espectro Autista: Una propuesta desde el Modelo Integrativo Supraparadigmático. Tesis presentada para obtener el Grado Académico de Magíster en “Psicología Clínica, mención en Psicoterapia Integrativa”. Universidad Andina Simón Bolívar. Santa Cruz – Bolivia.
- Tereucán, P., Tremún, N. (2016).** *Estrés parental y estrategias de afrontamiento en familias de niños (as) con Trastorno del Espectro Autista*. (Tesis de pregrado). Universidad Austral de Chile. Santiago, Chile. Disponible en http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2016/bpmt_316e/doc/bpmt316e.pdf
- Tijeras, A. (2017).** Estrés parental e impacto familiar del trastorno del espectro autista: factores psicosociales implicados. (*Tesis Doctoral*). Universidad de Valencia. España. Disponible en: <http://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/59096/TESIS%20Amparo%20Tijeras%20borra.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Vales, J., Martínez, E., Valdés, A., y Cisneros, L. (2009).** Creencias Erróneas de Padres de Niños con Autismo. *Psicología Iberoamericana*, 17 (1), pp. 15-23.
- Villarruel, A. (2016).** *Niveles de estrés percibido y percepción de la autoeficacia en madres de niños con habilidades especiales* (Tesis de pregrado). Universidad Femenina del Sagrado Corazón. Lima, Perú. Disponible en <http://repositorio.unife.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/20.500.11955/154/Villarruel%20%20C3%81vila%2c%20Alejandra%20Elizabeth.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Yáñez, V. (2017).** *Habilidades de afrontamiento en los padres y madres de niños y niñas con trastornos del espectro autista: hacia una visión integradora*. Universidad de Córdoba. Universidad de Córdoba. Córdoba, Argentina. Disponible en: <https://helvia.uco.es/handle/10396/14884>
- Zurdo, M. (2013).** Autoeficacia materna percibida y actitud de soporte en la interacción madre-hijo. Concepto, medición y relaciones entre sí. *Misceláneas Comillas*, 71(139), pp.419-444.

Funcionamiento Asperger en la adolescencia. Una comprensión del cuadro desde el Enfoque Integrativo Supraparadigmático*⁶.

Camila Cayazzo Antolín*

Abstract.

For decades, the phenomenon of Asperger's Syndrome has been investigated, emphasizing early childhood and, to a lesser extent, puberty. There are not many researches or therapeutic proposals that talks about adolescence and its social and identity implications. It is for this reason that this work focuses on the difficulties that young Asperger have, both to understand how the diagnosis dyes a moment in their lives, and to find guidelines that help the interventions of these cases to cover the 360° of their psychological dynamic. For the panoramic treatment of the syndrome, the Supraparadigmatic Integrative Approach has been used, which provides significant advantages when it comes to not only diagnosing a disorder within the Autism Spectrum, but also provides tools for working with adolescents to promote a correct fluency at the behavioral level, emotional growth, identity strengthening, and the enhancement of their abilities.

Keywords. *Asperger's, Adolescence, Autistic Spectrum, Supraparadigmatic Integrative Approach.*

Resumen.

Durante décadas se ha investigado el fenómeno del Síndrome de Asperger, marcando énfasis en la primera infancia y, en menor medida, en la pubertad. No son muchas las investigaciones ni las propuestas terapéuticas que aborden la adolescencia y sus implicancias sociales e identitarias. Es por esta razón que este trabajo se centra en las dificultades que presentan los jóvenes con Síndrome Asperger, tanto para comprender cómo el diagnóstico tiñe un momento de su vida, como también para encontrar directrices que ayuden a que las intervenciones de estos casos abarquen los 360° de la dinámica psicológica. Para el abordaje panorámico del cuadro se ha utilizado el Enfoque Integrativo Supraparadigmático, el cual entrega ventajas significativas a la hora no sólo de realizar el diagnóstico de algún trastorno dentro del Espectro del Autismo, sino que también entrega herramientas para que el trabajo con adolescentes promueva un correcto desenvolvimiento a nivel conductual, crecimiento emocional, fortalecimiento identitario, y la potenciación de sus habilidades.

Palabras clave. *Asperger, Adolescencia, Espectro Autista, Enfoque Integrativo Supraparadigmático*

AcPI,10: 98 –119.

* Psicóloga Clínica Juvenil, Universidad Católica Silva Henríquez. Especialista en Psicoterapia Integrativa Infanto EIS (ICPSI) Juvenil. Mail: ps.camilacayazzo@gmail.com

⁶ Si bien se entiende que en el DMS 5, se consolida el diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista, se hablará de Asperger para referirse a un tipo de funcionamiento particular presente en el espectro general Autista.

Síndrome de Asperger.

El Síndrome de Asperger es un cuadro que actualmente está situado dentro del llamado Trastorno del Espectro Autista, ubicado a su vez, dentro de los Trastornos del Desarrollo Neurológico. Se estima que, a nivel mundial, el 1% de toda la población está diagnosticada con TEA (ProyectoAutisme, 2018). Este trastorno consiste en una serie de deficiencias manifestadas de forma persistente en el tiempo en las siguientes áreas de funcionamiento:

Comunicación social: Consta de un déficit en la reciprocidad socioemocional (dificultades para poder manejar con fluidez el ir y venir de una conversación corriente, el uso inadecuado de conectores y claves sociales para generar una aproximación interaccional), falta de intereses, afectos o emociones compartidas, deficiencias en las diferentes conductas comunicativas no verbales (incapacidad para establecer contacto visual o contacto visual mínimo, bajo repertorio en el uso de gestos, lenguaje corporal y expresión facial), y falta de interés (parcial o total) en establecer vínculos importantes y relaciones con otras personas (APA, 2014).

Comportamientos: Estereotipia motora, ecolalia, frases idiosincráticas (interpretación literal de algunos conceptos, mal entendimiento debido a la historia personal, dominio del vocabulario, entre otras cosas), inflexibilidad y patrones repetitivos (una desregulación emocional ante cambios de rutina pequeños o momentáneos, pensamiento rígido), e hiperreactividad ante estímulos sensoriales

como el dolor, la temperatura, las texturas, sabores, olores, luces, movimiento de objetos, entre otros (APA, 2014).

Una de las ventajas estructurales de los criterios propuestos en el DSM-V, dicen relación con el carácter dimensional de los mismos, es decir, se pone un especial énfasis en que el Espectro Autista puede manifestarse de manera desigual en cada paciente, tomando en consideración que no todos los individuos tienen las mismas dificultades en las mismas áreas, que la gravedad del cuadro no es siempre igual para todos y por lo tanto, el abordaje y su posterior tratamiento tiene contenidos específicos para cada caso (Seldas, 2014). A estos modos particulares en los cuales se manifiestan los diferentes elementos de un cuadro clínico, el Enfoque Integrativo Supraparadigmático los llama aspectos idiosincráticos (Opazo, 2017).

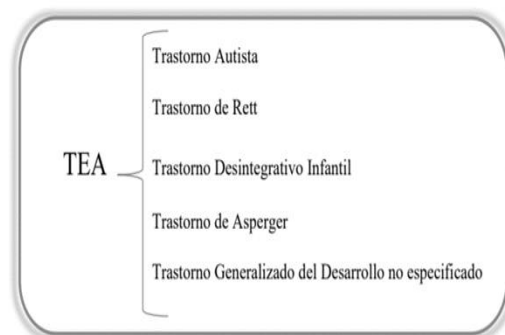


Figura N°1: Trastornos del Espectro Autista (DSM - V, 2014).

Enfoque Integrativo Supraparadigmático (EIS) y el Síndrome de Asperger en la adolescencia.

Desde hace décadas, incluso más de un siglo, los psicólogos y psicoterapeutas han creado e intentado perfeccionar una gran cantidad de enfoques o escuelas de

psicología, intentando aportar elementos que expliquen un aspecto específico de la dinámica psicológica. Sin embargo, con el tiempo, este aspecto específico fue utilizado para explicar la totalidad de la dinámica psicológica, cayendo en un reduccionismo evidente (Opazo, 2013). Ejemplos claros de lo mencionado anteriormente, se pueden desprender de las siguientes afirmaciones: *“La represión es la causa de todos los problemas neuróticos”* (Freud, 1948), o también, *“Las causas de la conducta son las condiciones ambientales externas de las cuales la conducta es una función”* (Skinner, 1953).

Si bien en su momento, los diferentes enfoques psicológicos prometían encontrar la respuesta y la solución a todos los problemas en sus pacientes, al revisar y comparar los resultados de las psicoterapias psicoanalíticas, gestálticas, sistémicas y cognitivo-conductuales, es posible dar cuenta de que tienden a empatar, no logrando ninguno superar al otro en efectividad (Opazo, 2013).

¿Qué hacer entonces, cuando pareciera que los actuales enfoques psicológicos están en crisis? Es aquí cuando nace la necesidad de generar una teoría que pueda integrar los conocimientos adquiridos de las diferentes corrientes epistemológicas en psicología, la cual pueda entregar un orden y sistematización de los diferentes elementos que contribuyan al conocimiento y tratamiento de la dinámica psicológica. Así, en la década de los 80' nace el Modelo Integrativo primero, y luego una psicoterapia integrativa derivada de éste (Opazo, 1983).

La propuesta de generar un Enfoque Integrativo no quiere decir que se vaya a crear una mezcla arbitraria de elementos de otros enfoques de forma ecléctica, sino que sólo los aportes válidos, ya que incorporar todo lo que traiga un enfoque se considera un sin sentido, ya que se incluirían elementos no compatibles conceptual y epistemológicamente (Opazo, 1992).

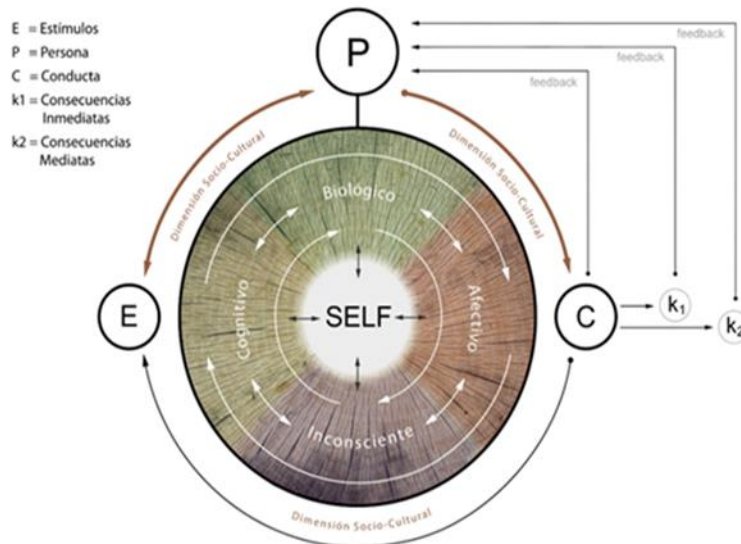
El Enfoque Integrativo Supraparadigmático procura integrar todo el conocimiento válido y sistematizarlo en una totalidad coherente, que pueda ser aplicada de manera ordenada y consistente en la práctica clínica. La idea principal es que sea posible entregar no sólo un enfoque sólido a nivel teórico e investigativo, sino también que en el quehacer psicoterapéutico se le pueda entregar a los pacientes un enfoque de trabajo consistente que ponga a su disposición el mejor conocimiento y las más poderosas fuerzas de cambio disponibles actualmente (Opazo, 2013).

Es así como, en el espacio clínico, pasan a tener una notabilidad fundamental los “paradigmas” que aglomeran el conocimiento en distintas unidades teóricas relevantes del funcionamiento de cada individuo. Se han definido estos paradigmas desde lo Biológico, Cognitivo, Afectivo, Inconsciente, Ambiental/Conductual y Sistémico. De la misma forma, se ha diseñado un eje central llamado Sistema Self, que cumple en cada persona funciones de Toma de Conciencia, Significación, Identidad, Autoorganización, Búsqueda de Sentido y Conducción de Vida (Opazo, 2017).

En el siguiente apartado, se describirán y sistematizarán por paradigma algunos elementos presentes en el funcionamiento

del adolescente Asperger, como también las diferentes dificultades que presenta el cuadro en esta etapa del desarrollo.

Modelo Integrativo Supraparadigmático (Opazo, 2017).



Paradigma biológico: Se ha descubierto que un proceso biológico puede tener una influencia causal sobre la dinámica psicológica. El paradigma biológico propone que ciertas características genéticas, endocrinas, neuroanatómicas o neurofisiológicas pueden influir en la génesis de cogniciones, emociones o comportamientos específicos (Opazo, 2017). En el Síndrome de Asperger, se pueden identificar los siguientes elementos, que corresponden al Paradigma Biológico:

Hiper o hipo sensibilidad sensorial: Se caracteriza por las dificultades para interpretar y organizar la información que captan los órganos sensoriales como la vista, el tacto, el olfato y el gusto. El niño o adolescente hipersensible reacciona de manera exagerada ante los estímulos del medio, siendo éstas mismas

desproporcionadas y/o desajustadas (Beaudry-Bellefeuille, 2006).

Alimentos y nutrición: Factores como las texturas, temperaturas y sabores reducen de manera considerable el abanico de opciones en el plato de comida, por lo que se dificulta el diseñar hábitos alimenticios balanceados (viéndose afectado también el paradigma ambiental-conductual) (AutismoDiario, 2013).

Vulnerabilidad biológica: Las personas pertenecientes al Espectro Autista podrían presentar comorbilidad con otro tipo de alteraciones, estas pueden ser neurológicas (como la epilepsia), alteraciones metabólicas (como las alergias alimentarias), dificultades en el plano del aprendizaje (como el TDAH) y trastornos depresivos (EquipoDeletrea & Artigas, 2017). Particularmente en el caso de la Depresión, algunos de sus síntomas

podrían no ser tomados en cuenta por parte de los padres o educadores, ya que, al tratarse de Asperger, lo más probable es que estos signos se manifiesten de una forma no convencional, por lo que una mayor profundización y minuciosidad en la entrevista clínica son importantes para lograr identificar elementos como la baja autoestima, la irritabilidad o la falta de energía (Attwood, 2007).

Continuando con la comorbilidad de trastornos mencionada anteriormente, se ha observado que uno de los trastornos más frecuentemente asociados a la presencia del Síndrome de Asperger es el Trastorno de Déficit Atencional con Hiperactividad. Se observa que la sintomatología de ambos cuadros interactúa y agrava cada uno de los mismos. Asimismo, se han podido encontrar importantes dificultades en las funciones ejecutivas (razonamiento, inhibición, fijación de metas, planificación, toma de decisiones, inicio y finalización de tareas, organización, flexibilidad, anticipación, memoria de trabajo y monitorización (Hervás, 2016).

Una particularidad de la comorbilidad del Asperger y el TDAH es que en un 30% de los casos la respuesta a los estimulantes (tratamiento tradicional del TDAH) es negativa, produciéndose un incremento de la irritabilidad y la excitabilidad (Mundo Asperger, 2016).

Cambios hormonales: Desde el comienzo de la pubertad van a ocurrir cambios hormonales que generan el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios, con la acentuación, crecimiento óseo, cambios en la composición corporal y una transformación gradual en el desarrollo

psicosocial, emocional y sexual. Estos cambios, más las exigencias se traducen en un mayor desajuste estructural y mayor irritabilidad, desregulación (Güemes-Hidalgo, Ceñal González-Fierro, & Hidalgo, 2017).

Temperamento: Se trata de una predisposición congénita (es decir, presente desde el nacimiento) de tipo emocional y constituye la tendencia de un individuo a reaccionar de cierto modo ante los diferentes estímulos presentes en su entorno. (Cornellà, 2010).

En la actualidad, podemos definir tres tipos de temperamento:

a) Temperamento de tipo fácil: Niños predominantemente pacíficos, con alta capacidad de adaptación al medio, curiosos y de humor positivo y estable (Cornellà, 2010).

b) Temperamento de tipo difícil: Niños con un humor mayormente negativo, presentan múltiples dificultades a la hora de adaptarse al ambiente (Cornellà, 2010).

c) Temperamento de “puesta en marcha” lenta: Niños con poca actividad y adaptabilidad. Su ritmo de reacción es variable, pero tendiendo mayoritariamente hacia lo negativo (Cornellà, 2010).

En el caso de los adolescentes con Síndrome de Asperger, se ha encontrado que el tipo de temperamento predominante es el difícil y el de puesta en marcha lenta (Pérez, Pérez, & Comí, 2009).

Hay que tomar en consideración que, en la adolescencia, los jóvenes tienden a mostrar dificultades adaptativas y rítmicas en sus actividades (un día quieren hacerlo

todo, y al día siguiente no quieren hacer nada porque nada les gusta). El desarrollo y la culminación de muchas de estas dificultades estará fuertemente influenciado por el temperamento base que posea el individuo.

Motricidad: Presentar dificultades en el área de la motricidad (ya sea fina o gruesa), conlleva en la adolescencia obstáculos que van desde lo académico (tener un mal rendimiento en evaluaciones físicas), hasta incomodidades sociales (bailar en una fiesta).

Paradigma ambiental - conductual: El paradigma ambiental-conductual postula que ciertas características específicas del ambiente pueden influir en la génesis de cogniciones, emociones o comportamientos específicos (Opazo, 2017). En el Síndrome de Asperger, se pueden identificar los siguientes elementos, que corresponden al Paradigma ambiental - conductual:

Establecimientos educacionales: El colegio es uno de los contextos que sin duda más frustración genera en los adolescentes que presentan Asperger. El rendimiento escolar de estos jóvenes se ve obstaculizado por una serie de factores, entre los cuales se encuentran:

- Suelen ser lentos a la hora de escribir sus apuntes en cuadernos.
- Producto de su hiper sensibilidad a los cambios en el entorno, pueden desestabilizarse ante situaciones como un cambio en la malla curricular, cambiarlos de puesto, pasar de una materia a otra, cambios en la estructura de la sala o cambios de profesor.

- Dificultades a la hora de elaborar planes o hábitos de estudio.

- Dado su estilo de procesamiento cognitivo, suelen tener varios problemas cuando es necesario sintetizar una idea, o identificar los conceptos principales de un texto. Se pierden en los detalles y se difumina el objetivo de la tarea.

Las necesidades educativas especiales de las personas que caben en la dimensión del Espectro Autista necesitan ser acompañados por profesionales especializados y formados en el tema (Calle de Medinaceli & Utria, 2004). Es necesario emplear diferentes estrategias y métodos académicos que puedan acomodarse a su forma de funcionamiento y aprendizaje.

Relación con pares: Las relaciones de amistad son necesarias y útiles para aprender a manejar y regular situaciones complejas de una forma constructiva, pero se debe particularizar que en el caso de los jóvenes Asperger no captan todas las claves y códigos que se encuentran presentes en la pragmática de la comunicación, tales como la negociación, la persuasión, o saber cuándo es más conveniente dar un paso al costado, “poner la otra mejilla”, reconocer que se actuó de manera errada o posponer la gratificación inmediata y realizar ciertos “sacrificios” que podrían ayudar a mantener una amistad. Este tipo de habilidades en el plano interpersonal necesitan, necesaria, independiente de las sensaciones y sentimientos personales, elemento que, como ya se ha mencionado en párrafos anteriores, resulta muy difícil para el adolescente con Síndrome de Asperger (Maciques, 2013).

Por otro, lado, en el adolescente cuya percepción de su problema le resulta más o menos evidente, se puede observar un fuerte aislamiento e incluso una clara sintomatología depresiva como respuesta a las dificultades que presenta a la hora de entablar algún tipo de vínculo con sus coetáneos. Crear lazos o intentar socializar superficialmente con los pares, genera un gasto de energía psíquica agotador para el adolescente (Attwood, 2011).

Las personas con Síndrome de Asperger son capaces (al igual que cualquier otra persona) de experimentar emociones que significarían una serie de elementos muy importantes y necesarios para incluir en una conversación con otro igual, el problema radica en las dificultades pragmáticas a la hora de comunicarse, las cuales les generan preguntas de tipo: ¿para qué molestarse en hablar con otra persona?, ¿tiene sentido?, ¿sobre qué le hablo?, ¿cómo lo hago? ¿empiezo yo la conversación? ¿Y si digo algo que le molesta? (Attwood, 2007).

Las inquietudes y dificultades mencionadas anteriormente radican en que el joven con funcionamiento Asperger lee e interpreta de manera literal lo que dicen los demás (problemas que a lo largo del artículo darán cuenta de su repercusión en muchas áreas de funcionamiento del adolescente). Se sienten profundamente confundidos con las metáforas, las indirectas y, sobre todo, el sarcasmo (forma de lenguaje humorístico que no suele estar presente en la niñez, pero que, si se desarrolla en la adolescencia y continúa hasta la etapa adulta, por lo que significa un elemento más de dificultad para poder conversar con sus pares) (Fiz-Repeto, 2010).

Rutinas y organización doméstica: Elementos de la vida cotidiana que a ojos de cualquiera pueden parecer inocuos, para una persona con Síndrome de Asperger se siente como verdaderas catástrofes. Por ejemplo, comprar una repisa, cambiar de lugar los sillones u ordenar bajo un nuevo criterio la comida en el refrigerador son acciones que forman parte de la rutina de cualquier familia, pero que para el niño y adolescente TEA figuran como un atentado a su estructura, porque como ya hemos mencionado en apartados anteriores, los cambios en el entorno les generan mucha frustración y sensación de incertidumbre (Attwood, 2007).

Habilidades sociales: Las habilidades sociales son un conglomerado de hábitos o estilos (que incluyen comportamientos, pensamientos, sentimientos y emociones), que nos permiten ir mejorando las relaciones con los demás, obtener lo que deseamos en un momento determinado y conseguir que los demás no nos impidan lograr nuestras metas y proyectos. Lo importante en el desarrollo de este aspecto, es poder afrontar de manera efectiva escenarios sociales difíciles; por ejemplo, cuando están siendo objeto de burlas, o cuando son los últimos en ser elegidos para formar un grupo de trabajo, o cuando van solos sentados en el autobús que los lleva a algún paseo de curso (Roca, 2014).

Como se ha podido comprobar, los individuos con Síndrome de Asperger no poseen (o poseen a un nivel muy precario) las habilidades sociales adecuadas, por lo que se les complejiza mucho formar parte de una conversación recíproca, tienden a no comprender apropiadamente muchas de las reglas y claves no escritas del

comportamiento social y la comunicación, claves que debiesen ser aprendidas de forma natural a través de la observación. Resulta evidente que los jóvenes con Síndrome de Asperger tienen una potente desventaja a la hora de enfrentarse y manejarse en el mundo social. El impacto de estos déficits va desde no estar capacitado para desarrollar ni mantener una amistad, a no ser capaz de mantener un trabajo debido a la falta de comprensión del mundo social del entorno laboral (García, 2013).

Dimensión cultural: Bien es sabido que la cultura en la cual estamos inmersos como sociedad, es sumamente decidora a la hora de estructurar nuestra psiquis. Ahora último, la influencia cultural ha podido ser observada desde una óptica más científica y que aporte evidencias sustantivas que apoyen la creencia inicial (Opazo, 2017).

Cada una de las diferentes culturas existentes tiene su propio sistema de funcionamiento y creencias, es decir, su particular forma de ver la vida, la atribución que le otorga a los diferentes fenómenos presentes en la naturaleza, criterios de valor para analizar la conducta humana (por cuanto qué es bueno, qué es malo), las costumbres, percepción del arte, lenguaje escrito, verbal y no verbal, entre otros elementos. De esta forma, cada persona inserta en una sociedad específica tiene la tarea (a veces fácil, a veces muy compleja), de adaptarse a las múltiples normas, creencias y leyes que operan en la cultura que habita (Opazo, 2017).

Es justamente en la necesidad de adaptación, en la que comienza la lista de problemas asociados al Espectro del Autismo, ya que conocida es su extrema

rigidez y rechazo hacia los cambios y asimilación de ciertos patrones comportamentales. Sin embargo, se podría analizar la problemática desde otros puntos de vista, barajando la posibilidad de que sean las mismas culturas las rígidas e incapaces de adaptarse a las diferentes formas de ser de los seres humanos (manejando ciertos estándares mínimos de moral y ética, claro está). Ejemplos de esta falta de flexibilidad latente en las culturas occidentales se pueden ver reflejadas en los asuntos pertinentes a los sesgos de género y a la creciente demanda de visibilidad por parte de los diferentes grupos pertenecientes a la diversidad sexual. Resulta interesante analizar estos dos elementos desde la perspectiva del diagnóstico del Síndrome de Asperger, ya que son especialmente omitidos a la hora de realizar un trabajo terapéutico completo con niños y adolescentes de este espectro:

a) Género: Al tomar en consideración los elementos que se utilizan para diagnosticar Trastorno del Espectro Autista en niños y adolescentes, podemos darnos cuenta que el factor género presenta una gran diferencia a la hora de la identificación del cuadro: La media de distribución del sexo en el diagnóstico de este trastorno es de 1 mujer por cada 4 varones, y en el caso específico del Síndrome de Asperger esta proporción se expande en 1 mujer por cada 8 varones (Baron-Cohen, y otros, 2009). Explicado de otra manera, los diagnósticos de TEA en varones cuadruplican a los presentados en mujeres. Una de las posibles causas de esta enorme diferencia podría radicar en los criterios que se utilizan para al diagnóstico: Situaciones que llamarían profundamente la atención en el comportamiento, y que resultarían

finalmente en elementos desadaptativos en un hombre, parecieran no serlo en el caso de una mujer. Un ejemplo claro de lo mencionado anteriormente es lo que ocurre con el fenómeno de la escasez de contacto ocular, el cuál es leído como un síntoma de introversión no esperable en un joven de 16 años, pero en el caso de una mujer frecuentemente es asociado con la coquetería (Interlandi, 2008).

Hasta este punto, resulta claro que un adolescente con funcionamiento Asperger debe acarrear una serie de dificultades propias del cuadro y que por lo general le son complejas de disimular u ocultar. Sin embargo, en el caso de las niñas y mujeres, estas dificultades son mucho menos perceptibles, lo que podría explicar, en alguna medida, que para el profesional clínico la identificación del mismo trastorno se vuelva más difícil.

En la adolescencia, las relaciones sociales se van tornando más profundas y complejas, el lenguaje y la comunicación se nutren de contenido más simbólico, y se exige de parte de las niñas un nivel de madurez mayor que sus pares del sexo opuesto, lo que significa que las herramientas sociales concretas y básicas que aprendieron a copiar en la niñez y que les sirvieron en un momento para camuflar los obstáculos de una niña con Síndrome de Asperger, al comenzar la pubertad ya no van a ser efectivos, empobreciendo la performance social. Curiosamente, es en el paso de la pubertad a la adolescencia dónde se suelen diagnosticar por primera vez con TEA un gran número de adolescentes mujeres (Interlandi, 2008).

b) Diversidad sexual: Las diferentes aristas que componen el abanico de la

diversidad sexual y la identidad de género son cada vez más visibilizadas, pero también suponen una fuerte represión como respuesta. Sin embargo, el ámbito de la diversidad sexual ha sido poco abordado y ha recibido poca atención en la vida de las personas diagnosticadas con Síndrome de Asperger.

La orientación sexual y la identidad de género son elementos que no se han explorado lo necesario, razón por la cual tampoco se han podido desarrollar planes de intervención o algún sistema de apoyo para dar respuestas apropiadas en esta población. La escasez de datos respecto de la afectividad y sexualidad de jóvenes y adultos pertenecientes al Espectro del Autismo hace que difícilmente se pueda sistematizar la información necesaria para abordar las demandas y necesidades que pueda presentar este grupo de individuos (AutismoEspaña, 2017).

Las dificultades propias del estudio de la sexualidad se suman a la vulnerabilidad que sufren las personas pertenecientes al espectro autista. Los jóvenes con Síndrome de Asperger sufren per sé de discriminación, y esta exclusión es aún mayor cuando, además, se le suma la discriminación asociada a la orientación sexual o identidad de género (AutismoEspaña, 2017).

Estudios en España afirman que el educar en afectividad y sexualidad a personas con Trastornos del Espectro Autista es fundamental, ya que las personas con este tipo de diagnóstico presentan un riesgo mayor de ser víctimas de acoso sexual (78% en comparación a la población general). El porcentaje se incrementa

cuando se trata de personas con déficit en educación sexual (AutismoEspaña, 2017).

La sexualidad y la positiva expresión sexual de individuos TEA crea diversas reacciones. Es necesario tener en consideración que la discapacidad o dificultad de estas personas para desplegarse afectivamente en el entorno social no pueden significar que la persona no tenga la necesidad y el legítimo derecho a amar y ser amado, explorar, encontrar formas de hacer amigos y entablar relaciones que lo hagan feliz y, si es que quisiera, formar una familia.

Al igual que todas las necesidades especiales y específicas de las personas que presentan un cuadro relacionado con el Autismo, la educación en lo sexual y afectivo debiese proceder, en una primera instancia, de los padres o tutores legales, y siempre atendiendo a los elementos correspondientes a cada etapa del desarrollo. Las dudas que el adolescente presente deben ser respondidas con honestidad y responsabilidad, en un lenguaje claro, pero sin abrumar al joven con exceso de información o con metáforas que en alguna fase de la vida le sean difíciles de descifrar. En un segundo nivel, dentro del proceso educativo se pueden incorporar a profesores, psicólogos y otros profesionales de la salud (AutismoEspaña, 2017).

Paradigma cognitivo: Cognición, implica información. Cuando entregamos algún significado a los hechos, o cuando estamos interpretando lo que ocurre, estos hechos están siendo procesados cognitivamente. El Paradigma Cognitivo postula que ciertas estructuras cognitivas pueden influir en la génesis de las emociones y las conductas

(Opazo, 2017). En el Síndrome de Asperger, se pueden identificar los siguientes elementos correspondientes al Paradigma Cognitivo:

Procesamiento del contenido humorístico: Diversos estudios e investigaciones sugieren que la risa y el humor están estrechamente vinculados con el desarrollo de habilidades sociales, intelectuales, emocionales, lingüísticas y metalingüísticas (McGhee, 1979).

Al escuchar el remate de un chiste, el oyente descubre un final sorprendente basado en el curso normal de los eventos. Se crea una incongruencia, y el oyente intenta resolverla atando coherentemente el remate a la broma misma. Esto implica revisar la información proporcionada y darse cuenta de que se puede interpretar de más de una manera. También implica flexibilidad en el pensamiento para modificar la interpretación original. (Sotto, 1994).

Podría hipotetizarse que los individuos con Síndrome de Asperger puedan tener dificultades con la comprensión del humor, puesto que es sabida su dificultad para la flexibilidad cognitiva, y también su forma literal de interpretar los estímulos que escuchan o leen (Ozonoff & Miller, 1996).

Intereses inmaduros y poco acordes con la edad: Aficionarse por las caricaturas o dibujos animados, cómics, juegos, personajes de programas o películas (y que originalmente pudiesen ser creados para un público de edad notoriamente menor) (Attwood, 2007).

Expectativas de autoeficacia: La autoeficacia es aquello que permite

reconocer si un individuo cree y siente que posee capacidades para desafiar y transformar circunstancias del mundo (personales, interpersonales y ambientales); es cuán competente se siente una persona para dirigir sus habilidades (Bandura, 1987).

En el caso de los adolescentes con Síndrome de Asperger, se puede observar una dualidad entre la autoeficacia académica versus la autoeficacia a nivel afectivo. Respecto de su performance social y el contenido afectivo presente cada vez que se intentan vincular con otro, existe una altísima probabilidad de que fallen, que algo hayan entendido mal, que no hayan dicho algo adecuado o que no hayan comprendido algún gesto que les haya sido explicitado, poniendo en riesgo el carácter “exitoso” de la situación social y su posterior consecuencia negativa a nivel afectivo.

Si bien en un comienzo el funcionamiento cognitivo de un niño con Síndrome de Asperger no le permite dar cuenta de sus inadecuaciones sociales, cuando el individuo es educado en esta área podría lograr reconocer las dificultades sociales a las que está expuesto. Sin embargo, esta nueva toma de consciencia conllevaría descubrir que su forma de entender y relacionarse con el mundo no le está resultando beneficiosa. Esta sensación de mal ajuste psicosocial, si se perpetúa en el tiempo, genera en el individuo una constante sensación de inseguridad ante el ambiente que los rodea, perdiendo el interés por seguir intentando involucrarse, sintiéndose indecisos la mayor parte del tiempo y sin tener claridad sobre qué hacer o dónde ponerse, mucho menos qué cosas

decir, en qué momentos y a qué persona (Pérez S. , 2017).

Es importante poder trabajar en las habilidades sociales en el adolescente con Síndrome de Asperger, pero más allá del objetivo de la adaptación ambiental, ya que al mejorar su desempeño en el desarrollo interpersonal y al mejorar la visión que tiene de sí mismo y de sus capacidades; invariablemente se estará promoviendo una mejor autoeficacia y, por lo tanto, un tránsito hacia la salud y el bienestar psicológico.

Repertorio conductual: Los seres humanos poseen un conjunto de conductas, las cuales son activadas o inhibidas dependiendo de la situación en la que se encuentran. A medida que uno va creciendo, va aprendiendo nuevas formas de comunicarse y relacionarse que se ajustan y adaptan a lo que el ambiente nos va entregando y a las exigencias que nos va imponiendo (Schunk, 1997).

La primera forma en la que los seres humanos aprendemos a desarrollar nuestro repertorio conductual es a través de la imitación de las conductas de otros, quienes aportan en una especie de “espejo social” que ayuda a cotejar, practicar y adecuar cada uno de los comportamientos que vamos adquiriendo (Opazo, 2017). Sin embargo, en el caso de los niños y adolescentes con Síndrome de Asperger, la adquisición de conductas que ayuden a ampliar su repertorio es sumamente compleja, ya que su funcionamiento emocional y cognitivo obstaculiza este proceso (Artigas, 2010).

La dificultad del niño con Síndrome de Asperger comienza en los primeros años de

vida, cuando le toca identificar y definir los gestos de sus padres o cuidadores, problema que se traduce en la inhabilidad para discriminar una emoción de otra a través del lenguaje no verbal y gestual. Esta dificultad lleva no sólo a no poder resonar afectivamente con las situaciones emocionales de otros, sino también a no poder cumplir con las expectativas que les exige una situación en la que, por ejemplo, hay que confortar, contener o consolar a algún familiar o cercano; generando rechazo por parte de los otros (rechazo que en muchas ocasiones el adolescente tampoco es capaz de observar).

En la gran mayoría de los casos, los adolescentes con Síndrome de Asperger poseen un repertorio de conductas básico medianamente aceptable, reportando no mayores dificultades a la hora de conocer a una persona y entablar una pequeña conversación sencilla y superficial. Sin embargo, también manifiestan que comienzan los problemas cuando se exige de parte del medio un involucramiento social profundo y con más matices afectivos (Artigas, 2010).

Inflexibilidad: El niño y el adolescente con Síndrome de Asperger posee una fuerte tendencia a la inflexibilidad cognitiva y comportamental. Su forma de pensar el mundo y pensarse a sí mismo suele ser bastante rígida, por lo que presenta varias dificultades a la hora de adaptarse a los cambios (Léniz, 2007).

De las muchas conductas inflexibles relacionadas con sus temas de interés, como también de algunos rituales simples dentro de la conducta de los adolescentes que se encuentran en el Espectro Autista, no pocos casos terminan transformándose

en obsesiones más intensas y más obstaculizadoras. No resulta sorprendente que muchos jóvenes TEA sean diagnosticados adicionalmente con Trastorno Obsesivo Compulsivo en esta etapa del desarrollo y que, debido a esta comorbilidad, requieran ayuda farmacológica (Artigas, 2010).

Los individuos con Síndrome de Asperger frecuentemente imponen y autoimponen rutinas conductuales rígidas, pasando desde el cómo quieren que se hagan las tareas domésticas, hasta lo que van a comer durante el día (situaciones que pueden ser frustrantes para quienes conviven con estas personas). Sin embargo, a medida que van creciendo, algunas de estas rutinas son reemplazadas por otras, y en otros casos el pensamiento se va volviendo más flexible, pudiendo razonar y negociar con ellos (Lord, 2017).

La persona con Síndrome de Asperger se muestra inflexible cuando está realizando alguna actividad, puesto que se encuentra completamente inmersa en dicha tarea, la cual funciona como un medio de gratificación inmediata. Las pausas en la ejecución, distracciones y cambios drásticos, así como el tránsito de un ambiente a otro, provocan fuertes reflejos en forma de frustración. (Lord, 2017).

Paradigma afectivo: Las respuestas afectivas, es decir, las emociones (eventos afectivos transitorios) y los sentimientos (estructuras afectivas más estables), se caracterizan esencialmente por la energía. Constituyen elementos autónomos, cognitivos y motores en un todo significativo, y son signos de una respuesta multidimensional (Reisenzein, 1983). Sobre todo, las emociones proporcionan energía

y motivación que evoluciona hacia experiencias personales subjetivas y motivación para la acción (Opazo, 1988, 1992a, b).

En el Síndrome de Asperger, se pueden identificar los siguientes elementos correspondientes al Paradigma Afectivo:

Tolerancia a la frustración: El adolescente Asperger tiende a frustrarse rápidamente; en este punto se comunican dos variables que dificultan mucho su regulación emocional: Primero, la potente sensación de desestructura que experimentan ante los cambios o situaciones imprevistas hacen que la mayor parte del tiempo se sientan expuestos a la frustración, puesto que el mundo y la vida cotidiana está llena de imprevistos. (Attwood, 2007).

Sentimientos de incomprensión y de soledad: Si bien el adolescente Asperger enfrenta una gran variedad de barreras comunicacionales (como, por ejemplo, no captar el humor o las ironías), no significa que no pueda darse cuenta en algún momento cuándo su forma de ser es diferente a la de sus pares, y no significa que no pueda identificar cuando se le margina (Attwood, 2007).

Empatía: La mentalización es un proceso psicológico en el cual, el individuo puede imaginar lo que piensa, siente o cree otro. Implica también implica la capacidad que tenemos de suponer los conocimientos, motivos o intenciones que tengan los demás, y determinar si aquello es diferente de lo que uno conoce o quiere. Todos estos elementos conforman la empatía, la cual es considerada una característica natural de la especie humana y difícilmente se toma consciencia de cuando se está utilizando,

por lo que resulta poco sorprendente no tener consciencia de cuando esta misma habilidad no forma parte de nuestro repertorio. En el caso de los pertenecientes al Espectro del Autismo, se ha observado que la capacidad mentalizadora no está presente, lo que se traduce en una falta de empatía (Cobo & Morán, 2010).

En la niñez no es grave esta falta de empatía, puesto que en general, en la primera infancia se desarrolla una empatía más bien física y concreta. Ahora, en la adolescencia aparece la empatía de tipo más abstracta o social, la cual exige mayor involucramiento socioemocional, poniendo en juego muchos simbolismos, identificación ideológica, deseos de sentirse comprendido y comprender a los demás, deseo de pertenecer a algo más allá de lo explicitado y permitido por el mundo de los adultos; por lo que aquí la interacción interpersonal entre un joven con Asperger y sus pares se vuelve más tensa.

Paradigma inconsciente: El paradigma inconsciente postula que algunos hechos específicos o estructuras que operan fuera del *awareness* pueden influir en la génesis de emociones, cogniciones o conductas. Investigaciones que avalan la influencia del inconsciente en nuestro comportamiento proviene de los efectos de material subliminal de las emociones y suposiciones inconscientes (Opazo, 2017). En el Síndrome de Asperger, se pueden identificar los siguientes elementos, que corresponden al Paradigma Inconsciente:

Alexitimia: Se define como la dificultad para poder identificar, describir y diferenciar los sentimientos y las emociones, deficiencia que no sólo se

refiere a la afectividad propia, sino que también se relaciona con la emocionalidad externa, de otro. Se ha comentado en apartados anteriores, que las personas con Síndrome de Asperger poseen una capacidad cognitiva muy concreta, con un pobre manejo simbólico de las emociones, lo que conlleva a un manejo precario al momento de saber qué es lo que me pasa, qué me hace sentir así, si lo que se siente es rabia o tristeza, entre otras cosas.

En la adolescencia, es de vital importancia ordenar, regular y entender el mundo interno, para así manejarse en él sin la sensación de estar pisando un terreno desconocido y amenazante, sobre todo en esta etapa donde, la mayoría de los adolescentes experimenta fuertes cargas emocionales que son difíciles de entender y que son necesarias encaminar (Fulquez, Alguacil, & Pañellas, 2011). Los jóvenes con Síndrome de Asperger ven sumada a esta “explosión emocional” un elemento extra, la alexitimia, componente que se ha observado al menos en las tres cuartas partes de sujetos diagnosticados con alguna alteración del Espectro Autista, y el cual le significa al individuo una serie de obstáculos a la hora de desenvolverse tanto en el mundo interno como el externo. A nivel interno se pueden observar dificultades en cuanto a diferenciar las emociones y las razones de su génesis, deficiencias para relacionar sentimientos y emociones con sus manifestaciones corporales, y una tendencia a desarrollarse con una orientación más práctica y poco conectada con la realidad psíquica (Pérez, Pérez, & Comí, 2010).

Awareness: Los hallazgos de varios estudios en EE.UU. han demostrado un

deterioro de la memoria episódica en los pacientes adolescentes con Síndrome de Asperger (Bowler, Gardiner, & Grice, 2000), y más específicamente, una menor capacidad para evocar recuerdos personales y revivir experiencias. Los estudios han revelado que el deterioro de la memoria episódica en el Síndrome de Asperger se relacionó con una disminución de la conciencia auto-noética. La conciencia auto-noética implica ser consciente de su propio estado mental y, por lo tanto, implica awareness. Se ha demostrado que estos individuos tienen dificultades para percatarse de sí mismos (Toichi, y otros, 2002), como lo demuestra la falta de un efecto de autorreferencia y una autoimagen deficiente, probablemente vinculada a un autocontrol débil (Goddard, Howlin, Dritschel, & Parel, 2007).

Paradigma sistémico: Lo sistémico implica que la totalidad es mayor que la suma de sus partes, y estas partes como sus atributos se pueden entender sólo como una función del sistema total. Las partes de un sistema interactúan recíprocamente. Cada sistema consiste en subsistemas diferentes y cada uno tiene límites que son más o menos permeables, y cada uno es parte de un supra sistema. En el Paradigma Sistémico es importante determinar los elementos que influyen al sistema y favorecen la morfogénesis, y cuáles favorecen la morfostasis (Opazo, 2017).

En el Síndrome de Asperger, se pueden identificar los siguientes elementos, que corresponden al Paradigma Sistémico:

Consistencia parental: Los estilos de crianza entre los padres consistirían en un conjunto amplio de actitudes,

comportamientos, visiones, expresiones (verbales y no verbales) que formarían la naturaleza de las relaciones afectivas entre los padres y sus hijos en diferentes escenarios de la vida. Algunos estudios se han encargado de analizar posibles inconsistencias entre los estilos de ambos padres, postulando que, independientemente del estilo que predomine, las inconsistencias resultan perjudiciales. Así pues, la inconsistencia se considera un foco potencial de atención clínica (García, de la Torre, de la Villa, Cerezo, & Casanova, 2014).

Aunque en la vida de un adolescente (específicamente, en el caso del Síndrome de Asperger), se pueden identificar una gran variedad de eventos estresantes, a través de escalas de evaluación se ha podido identificar que el estrés diario (generado de las demandas frustrantes y los contratiempos presenten en la vida cotidiana y la interacción con el ambiente), puede generar un impacto mucho más significativo que el estrés debido a fases de la vida o situaciones crónicas. En relación con la actuación parental, varias investigaciones centradas en los estilos de crianza han mostrado que la falta de congruencia entre los estilos de crianza de los padres se traduciría en una potente carga de estrés diario en la vida de los adolescentes. (García, de la Torre, de la Villa, Cerezo, & Casanova, 2014).

Muchos jóvenes tienden a utilizar estilos de crianza inconsistentes para su ventaja, enfrentando a cada uno de los padres o utilizando ejemplos de crianza incongruente como una razón para empujar los límites. Sin embargo, se ha observado que, en casos de adolescentes con Síndrome de Asperger, la

inconsistencia en la crianza está lejos de representar un elemento ventajoso en la dinámica comunicacional con sus padres, significando ésta una fuente de confusión, falta de organización y desregulación emocional, entre otros. Se ha observado que las dificultades en la "consistencia interna" de uno o ambos progenitores (cuando un padre es inconsistente con su propio enfoque cotidiano), puede hacer que para el adolescente con Asperger (y probablemente, para los adolescentes en general), esta figura paterna signifique una fuente poco confiable y poco estable de comodidad y puede haber poca capacidad de previsión o estructura (García, de la Torre, de la Villa, Cerezo, & Casanova, 2014).

Sistema Self: El Sistema Self es un elemento que cumple la función de integrar lo que ya ha sido previamente integrado gracias a la conceptualización de los diferentes paradigmas, conectándolos y dándoles funcionalidad, además de aportar profundidad a la dimensión psicológica humana (Opazo, 2017).

El Sistema Self está ubicado en la parte central de la dinámica psicológica humana, la cual genera una instancia que involucra una participación entrelazada de todos los paradigmas existentes en el Modelo Integrativo Supraparadigmático. De esta forma, la persona es comprendida como una totalidad, que comienza en el centro intrapsíquico, influyendo sobre cada uno de los paradigmas nombrados anteriormente y sobre los propios episodios vitales de la persona. Así, las diferentes experiencias de vida y los diferentes paradigmas van generando una influencia en el actuar del propio Sistema Self, el cual integra las diferentes

propiedades causales que actúan en el individuo, proyectándose como una especie de núcleo de la persona y de su personalidad, otorgando conocimientos que son ordenados y sistematizados a través de seis diferentes funciones, las cuales, a su vez, otorgan una definición a nivel estructural del funcionamiento psíquico de las personas (Opazo, 2017).

A continuación, se describirán brevemente cada una de las funciones del Sistema Self y como éstas ayudan a definir ciertos elementos de la dinámica psíquica presentes en adolescentes con Síndrome de Asperger:

Identidad: Se define como identidad personal a los elementos que ayudan a definirnos y a diferenciarnos de los demás. Preguntas como: ¿Quién soy yo? ¿Cómo soy yo? ¿Qué siento por mí mismo? se ven respondidas a través del proceso de construcción de identidad (Opazo, 2017).

Para el Enfoque Integrativo Supraparadigmático, la identidad consta de dos componentes centrales: el cognitivo y el afectivo. El componente cognitivo requiere *pensar y pensar-se*, englobando todos los elementos de la autoimagen, es decir, el cómo uno piensa y cree ser, involucrando tanto fortalezas como debilidades. Ahora, al hablar del componente afectivo, nos estamos refiriendo a la respuesta afectiva que desarrollamos luego de poder definirnos, el qué siento hacia mí, cuánto me aprecio (Opazo, 2017). La construcción de la identidad personal implica un proceso de introspección y análisis de sí mismo profundo y a veces difícil, ya que de manera natural todos nos orientamos hacia la formación de un autoconcepto y

autoestima altas y fuertes y tratamos de evitar el dolor y la decepción asociadas al descubrimiento (y la posterior aceptación) de los propios aspectos negativos (Opazo, 2017).

La mayoría de las investigaciones que han trabajado con el tema de la identidad personal de los adolescentes con Síndrome de Asperger, muestran serias dificultades en torno a un adecuado autoconcepto y una adecuada autoestima. Al revisar testimonios de personas con esta condición, podemos darnos cuenta que, el simple hecho de ser diagnosticado con algún trastorno en la línea del Espectro Autista influye de manera importante en la autoestima del individuo (Cererols, 2010).

Varios autores han logrado identificar que la baja autoestima es el punto de partida en la escala de síntomas para desarrollar un Trastorno Depresivo Mayor, el cual (y como se ha mencionado en apartados anteriores), puede ser una patología comórbida a los Trastornos del Espectro Autista (Siboldi, 2011). Se ha considerado que los trastornos afectivos como la Depresión presentes en cuadros como el Síndrome de Asperger, suman un componente importante en las dificultades sociales, afectivas y finalmente, en la involución de su autoestima, elemento crucial del cuadro afectivo y en la mayoría de los casos se percibe en una primera instancia como una personalidad un tanto apagada o melancólica. Los déficits en la integración social también deterioran la autoestima del adolescente, elemento que se identifica frecuentemente cuando se realizan entrevistas personales a jóvenes con este trastorno (Siboldi, 2011).

Toma de consciencia: En relación con los procesos psicológicos, el tomar consciencia refiere un estado de darse cuenta tanto de la propia existencia como de la existencia de lo que se encuentra a nuestro alrededor. Se puede tomar consciencia a través de múltiples vías ligadas a la captación sensorial del cerebro, es decir, el ser humano es capaz de “darse cuenta” a través del pensar, del observar, del oler, degustar, sentir táctil, recordar e imaginar (Opazo, 2017).

Para el Modelo Integrativo Supraparadigmático, el tomar consciencia presume un proceso mucho más profundo y significativo para el desarrollo del ser humano, el cual eleva la capacidad de autoconocimiento y ayuda a pulir el actuar de una persona en el mundo exterior. Esta capacidad de insight o introspección sirve de guía y orientador para que el individuo pueda manejarse mejor en la vida, dándose cuenta de sus errores y qué puede hacer para cambiar, observando e identificando fortalezas y debilidades (Opazo, 2017).

En el caso de los adolescentes con Síndrome de Asperger, la función de toma de consciencia se encontraría afectada, ya que, para poder acceder a una introspección de calidad, es necesario poner en marcha la memoria y la consciencia autobiográficas, elementos que en apartados anteriores se describen como componentes deficitarios en las personas con Asperger.

Preguntas cómo: ¿Cuál es mi historia? ¿Cuán bien me conozco? ¿Cómo funciono y cuáles son mis límites?, son profundamente difíciles de responder para un adolescente con Síndrome de Asperger,

que sumado a una dificultad para estructurar la identidad básica (elemento propio de la etapa del desarrollo), a raíz de la naturaleza de su funcionamiento tampoco es capaz de leer correctamente el reflejo social que los otros le devuelven de sí mismo, se le obstaculiza el comprender la adecuación o inadecuación de sus discursos y conductas, lo que se traduce en una inhabilidad para generar un self-awareness integral que le entregue una panorámica completa respecto de quién es y qué rol desempeña en el mundo.

Significación integral: En una primera etapa, el ser humano obtiene sensaciones, derivadas de los diferentes estímulos entregados por el ambiente, los cuales podrían ser universales para cualquier individuo. Al operar la percepción, se realiza una interpretación rápida y básica respecto de los estímulos recibidos. Ahora, en un sentido más profundo, el significar quiere decir que aquello que se siente y luego se percibe, posteriormente será introyectado y trasladado hacia la consciencia humana, y dicha interpretación será teñida en mayor o menor medida por la memoria experiencial del individuo, su estructura de pensamiento y su dinámica intrapsíquica (Opazo, 2017).

En el caso de los adolescentes con Síndrome de Asperger, pueden observarse dificultades a la hora de significar estímulos sensoriales, los que, por lo general, se ven magnificados en su potencial amenazante debido a la hiperreactividad sensorial propia del cuadro. También se puede identificar que, a causa de sus dificultades en el procesamiento cognitivo, existen experiencias cuya significación no sea adaptativa. Ejemplo de ello ocurre en la sala de clases, cuando jóvenes Asperger

que están siendo víctimas de burla por parte de sus compañeros, significan en dichas risas el estar siendo percibidos como personas graciosas y que generan un interés positivo en sus pares.

Se ha visto que para el adolescente común, los significados entregados por el ambiente (sobre todo por sus pares) adquieren importancia y se vuelven predominantes (haciendo que los jóvenes muchas veces choquen con las creencias entregadas por su familia), pero en el caso de los adolescentes con Síndrome de Asperger pasa lo opuesto, es decir, la transmisión idiosincrática y la replicación de significados que la familia ejerce sobre el joven es muy poderosa, predominando sobre lo entregado por la cultura y los pares, haciendo muchas veces que estos individuos no logren adaptarse al medio cuando las diferencias de significados entre sistemas son muy intensas (Cayazzo, *en Prensa*).

Para el Enfoque Integrativo Supraparadigmático, la significación es uno de los elementos fundamentales de cambio en psicoterapia, ya que al generar un cambio en la significación de una experiencia (sea esta biológica, cognitiva, afectiva o ambiental), se generará también un cambio en la dinámica psicológica de la persona. Si bien se entiende que existe una realidad más allá de lo que el ser humano significa de ella, se postula que, al mezclar la realidad pura con nuestro propio contenido intrapsíquico, se está en plena co-construcción de lo que el ser humano significará de esa realidad (Opazo, 2017). De ahí que se desprende la importancia de trabajar con el adolescente para que logre aprender a flexibilizar su mundo de significados, para una mejor capacidad de

análisis de la realidad, la cual conllevará a facilitarle la toma de decisiones, mayor salud mental y mejor calidad de vida (Opazo, 2017).

Autoorganización: Como se ha descrito en párrafos anteriores, la autorregulación es la capacidad del individuo para normalizarse luego de una experiencia, con el objetivo de poder responder de manera flexible y adaptativa a las diferentes exigencias del ambiente (Opazo, 2017).

Para el EIS, la función de autoorganización involucra dos dimensiones: la primera es la capacidad de la persona para recuperar en un tiempo prudente y de manera satisfactoria su balance emocional y cognitivo, después de haber experimentado situaciones que ponen en riesgo ese mismo balance. En una segunda dimensión, luego de haberse logrado regular, el individuo puede asimilar lo que la experiencia le entregó, esperando volver a ser el mismo, pero al mismo tiempo habiendo introyectado la experiencia reciente y generando un aprendizaje para desplegarse eficazmente ante la futura aparición de la misma experiencia u otras similares (Opazo 2017).

Al analizar las experiencias desorganizadoras de los adolescentes Asperger como, por ejemplo, las de naturaleza hipersensorial, podemos observar que éstas significan un gasto energético e intrapsíquico importante para el individuo, generando muchos desequilibrios emocionales, los cuales, al ser superados, tampoco generan una introyección, fortificación o aprendizaje significativo luego de la experiencia (Cayazzo, *en prensa*). Esto da cuenta que particularmente en este cuadro, la función

de autoorganización no está cumpliendo su rol como se esperaría, situación que se traduciría posteriormente a una serie de desajustes psicológicos e incoherencias sistémicas (Cayazzo, *en prensa*).

En lo relativo a la identidad, se ha podido ver que no es muy común que una experiencia desorganizadora represente un elemento amenazante para la identidad de un individuo con Asperger, lo que no significa que en alguna medida sean elementos influyentes del autoconcepto o autoestima (Cayazzo, 2019).

Búsqueda de sentido: El sentido de vida es uno de los elementos más importantes en la biografía de la especie humana, la cual tiene consciencia plena (más o menos plena) de sí misma y pasa gran parte de su existencia preguntando y cuestionando sus propios comportamientos (preguntas como: ¿Por qué vivo? ¿Para qué estoy viviendo? ¿De dónde vengo? ¿Hacia dónde me dirijo? ¿Tengo nortes guadores? ¿Cuál es el propósito de mi vida?), lo que lo ayuda a ir generando su propio sistema de valores y creencias, intentando dar sentido y propósito a su propia existencia (Opazo, 2017).

Desde el comienzo de los tiempos y hasta la época actual, no se ha podido identificar un sentido de vida que sea común y universal para todas las personas, uno en el cual esté toda la humanidad de acuerdo. Es por esta razón, que varios autores han acordado que puedan existir muchas opciones legítimas, ya que en realidad el punto no es descubrir cuál es el verdadero sentido de la vida humana, sino que lo importante es cuál es el propósito que cada individuo le quiere otorgar a su propia existencia (Opazo, 2017).

El hacerse preguntas de tipo existencial es algo muy propio de la naturaleza humana, podríamos decir entonces, que es un valor nomotético. Ahora, las respuestas de cada uno de los individuos son personales y pertinentes a cada estructura psíquica, es decir, son idiosincráticas. Cuando se habla de sentido de la vida se está hablando de la razón de ser de la propia vida. Una vida con propósito involucra la intención de dirigir la vida hacia algo en particular, que puede ser un elemento abstracto o uno concreto, simple o más elaborado y trascendente e incluso escogido activamente o más absorbido pasivamente desde el entorno el ir estableciendo propósitos de vida centrales involucra ir adjudicándose direcciones hacia las cuales circular y las pautas valóricas que sería necesario respetar (Opazo, 2017).

A partir de lo mencionado anteriormente, se puede reflexionar que, en el caso de adolescentes con Síndrome de Asperger, al tener dificultades en algunas funciones del Self (como la de Identidad y la de Autoorganización), éstas podrían repercutir directamente en una obstaculización al desarrollo de su función de Búsqueda de Sentido, la cual no tendría incorporada una base lo suficientemente sólida como para establecer una búsqueda de trascendencia. Al tampoco poseer una amplia capacidad de awareness, es altamente probable que les cueste proyectarse en el futuro mediato o a largo plazo, tendiendo a vivir en el aquí y en el ahora, en lo inmediato y concreto.

Conducción de vida: El poder conducir la propia vida involucra fijar y trabajar metas individuales, que satisfagan las necesidades de la persona (éstas pueden ser concretas

o abstractas, domésticas o trascendentales) (Opazo, 2017).

Existen necesidades de tipo nomotéticas, es decir, más o menos universales para toda la especie humana, como lo son la necesidad de conservación individual, de alimentación, de vestuario, de vivienda, necesidades sexuales y la necesidad de crecimiento personal, entre otras. Ahora, será el elemento idiosincrático de aquellas necesidades, es decir, el que el ser humano le otorgue una significación personal, lo que finalmente determinará cuáles son los nortes orientadores y cómo se irá nutriendo cada individuo de elementos efectivos para su propia conducción de vida (Opazo, 2017).

Se ha podido observar que los adolescentes con Síndrome de Asperger presentan graves deficiencias en la función de Conducción de Vida, probablemente por sus múltiples dificultades en el procesamiento de la memoria autobiográfica, lo cual les impediría hacer los “viajes en el tiempo” necesarios para recopilar experiencias pasadas y generar reflexiones acerca de las mismas. Este poco acceso fidedigno a los recuerdos importantes los incapacitaría también para planificar su propio futuro, lo cual desarrollaría expectativas confusas respecto de sus propios deseos de desarrollo personal y de lo que el mundo espera de ellos, haciéndose muy difícil la identificación y elaboración de nortes orientadores y posterior toma de decisiones (Benavides, 2012).

Probablemente, para que un adolescente con Síndrome de Asperger pueda poner en marcha un funcionamiento adecuado de su función de Conducción de

Vida, sería necesario partir trabajando en las otras funciones del Sistema Self, con la función de Identidad como la primera a potenciar. Esto, debido a que se ha podido identificar que la conducción de vida trabaja con diversos elementos de las demás funciones del Sistema Self, la cuales debiesen operar de manera adecuada, ya que funcionarían como una especie de prerrequisito para el desarrollo funcional y adecuado de la función de vida (Opazo, 2017). Por ejemplo: Si mi función de Identidad está mermada y no tengo claridad de quién soy ni como funciono, difícilmente podré elaborar un camino que me ayude a descubrir quien quiero llegar a ser y qué debo hacer para poder lograr esa meta tan importante.

A modo de conclusión.

Si bien el Síndrome de Asperger posee criterios de diagnóstico universales y una sintomatología común para todos los casos, también es cierto que cada ser humano es distinto e incluso, un ser humano es una versión diferente de sí mismo en diferentes etapas de su desarrollo y el EIS también realiza un aporte importante en este aspecto. Es probable que un adolescente con Asperger presente grandes dificultades al momento de asimilar rutinas y estructuras de acción nuevas (Paradigma Cognitivo), y que otro joven tenga mayores problemas para volver a la normalidad luego de una experiencia angustiante (Función de Autoorganización). El Enfoque Integrativo ayuda tanto a los terapeutas como a los mismos pacientes a poner énfasis en las áreas que solicitan de mayor cuidado, dejando en segundo plano aquellos aspectos en los que los conflictos no

revertan gravedad, o las que no significan un malestar importante en el individuo.

El Enfoque Integrativo Supraparadigmático permite que, como agentes activos en el desarrollo y promoción de la salud mental, podamos analizar el Síndrome de Asperger y los Trastornos del Espectro Autista a través de una mirada completa, sin sesgos ni discriminaciones arbitrarias, privilegiando el Self, la intersubjetividad y las características particulares e idiosincráticas del ser humano. En este trabajo se pudo observar que la aproximación del cuadro a través de este enfoque ayuda a una mejor comprensión de las dificultades que presentan los jóvenes Asperger, tanto para comprender la influencia del cuadro en la adolescencia, como también para encontrar directrices que ayuden a que las intervenciones de estos casos abarquen los 360° de la dinámica psicológica.

También se puede ver que el abordaje panorámico del EIS beneficia tanto a la comprensión de su funcionamiento por parte del mismo paciente, sino que también promueve que el psicólogo tenga a su disposición herramientas sostenidas en evidencia científica y conocimiento válido, sin importar de donde venga, elaborando un diagnóstico más allá de una construcción categorial, sino como un mecanismo de trabajo dimensional que define al individuo como un todo unificado, a él y sus experiencias, su mundo interno y todo lo que lo rodea, favoreciendo su desarrollo personal, su bienestar y su salud mental.

Referencias bibliográficas.

- Artigas, J. (2010).** Aspectos neurocognitivos del Síndrome de Asperger. *Revista de neurología clínica*, 34-44.
- Attwood, T. (2007).** *The Complete Guide to Asperger's Syndrome*. London, England; Philadelphia, United States: Jessica Kingsley Publishers.
- AutismoDiario. (17 de febrero de 2013).** *Autismo Diario*. Obtenido de <https://autismodiario.org/2013/02/17/los-desordenes-de-la-alimentacion-en-los-trastornos-del-espectro-del-autismo/>
- AutismoEspaña. (28 de junio de 2017).** *Confederación Autismo España*. Obtenido de <http://www.autismo.org.es/actualidad/articulo/autismo-y-diversidad-afectivo-sexual-e-identidad-de-genero>
- Bandura, A. (1987).** *Teoría del aprendizaje social*. Madrid: S.L.U. ESPASA LIBROS.
- Baron-Cohen, S., Scott, F., Allison, C., Williams, J., Bolton, P., Matthews, F., & Brayne, C. (2009).** Prevalence of autism-spectrum conditions: UK school-based population study. *The British Journal of Psychiatry. Cambirgde University*, 500-509.
- Beaudry-Bellefeuille, I. (2006).** Un trastorno en el procesamiento sensorial es frecuentemente la causa de problemas de aprendizaje, conducta y coordinación motriz en niños. *Boletín de la Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León*, 200-203.
- Benavides, P. (2012).** *Tesis de Magister: Investigación teórica y análisis de caso del síndrome de Asperger en pacientes adolescentes y adultos desde la mirada del modelo integrativo Supraparadigmático*. Santiago: Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa.
- Bowler, D., Gardiner, J., & Grice, S. (2000).** Episodic memory and remembering in adults with Asperger Syndrome. *Journal of*

- Autism and Development Disorders*, 295-304.
- Calle de Medinaceli, J., & Utria, Ó. (2004).** Trastorno de asperger en adolescentes: revisión del concepto y estrategias para la integración escolar. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 517-530.
- Cayazzo, C. (en Prensa, 2019).** *Síndrome de Asperger en la adolescencia. Revisión teórica y comprensión del cuadro desde el Enfoque Integrativo Supraparadigmático*. Santiago. Tesis de Post-título Especialista en psicoterapia Integrativa EIS Infanto-Juvenil. Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa.
- Cererols, R. (2010).** *Descubrir el Asperger*. Pairal.net.
- Cofré, M. (2015).** *Relatos de vida. Experiencias y vivencias de dos adolescentes con Síndrome de Asperger*. Santiago: Universidad Academia de Humanismo Cristiano.
- Cornellà, J. (2010).** ¿Qué es el temperamento? *An Pediatr Contin*, 231-236.
- Emerich, D., Creaghead, N., Grether, S., & Murray, D. (2003).** The Comprehension of Humorous Materials by Adolescents with High-Functioning Autism and Asperger's Syndrome. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. Vol 33, 253-257.
- EquipoDeletrea, & Artigas, J. (2017).** *Un acercamiento al Síndrome de Asperger: Una guía teórica y práctica*. Asociación Asperger España.
- Fiz-Repeto, L. (2010).** *El Síndrome de Asperger en adultos*.
- García, M., de la Torre, M., de la Villa, M., Cerezo, M., & Casanova, P. (2014).** Consistencia/inconsistencia en los estilos educativos de padres y madres, y estrés cotidiano en la adolescencia. *Revista de Psicodidáctica*, 307-325.
- Goddard, L., Howlin, P., Dritschel, B., & Parel, T. (2007).** Autobiographical memory and social problem-solving in Asperger Syndrome. *Journal of Autism and Development Disorders*, 291-300.
- Güemes-Hidalgo, M., Ceñal González-Fierro, M., & Hidalgo, M. (2017).** Desarrollo durante la adolescencia. Aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Pediatría Integral*, 233-244.
- Hervás, A. (2016).** Un autismo, varios autismos. Variabilidad fenotípica en los trastornos del espectro autista. *Revista de Neurología*, 9-14.
- Léniz, M. I. (2007).** *Adaptación, aplicación y evaluación de un programa en reconocimiento, manejo y expresión de emociones en niños con Síndrome de Asperger y sus padres*. Santiago: Universidad de Chile. Facultad de Ciencias Sociales.
- Lord, R. (2017).** *Asperger's Syndrome*. Aspen.
- Maciques, E. (18 de febrero de 2013).** *Autismo Diario*. Obtenido de Fundación Autismo Diario: <https://autismodiario.org/2013/02/18/la-adolescencia-y-el-sindrome-de-asperger/>
- Martínez, M., & Bilbao, M. (2008).** Acercamiento a la realidad de las familias de personas con autismo. *Intervención Psicosocial*. Vol 17, 215-230.
- McGhee, P. (1979).** *Humor: Its origin and development*. San Francisco: W. H. Freeman.
- MINEDUC. (2010).** *Manual de apoyo a docentes. Educación de estudiantes que presentan Trastornos del Espectro Autista*. Santiago: Ministerio de Educación. Gobierno de Chile.
- Mundo Asperger. (25 de 03 de 2016).** Obtenido de El Síndrome de Asperger. Un trastorno del Espectro Autista: <https://www.mundoasperger.com/2016/03/comorbilidad-del-asperger.html>
- Naranjo, R. (2014).** Avances y perspectivas en Síndrome de Asperger. *NOVA - Publicación Científica en Ciencias Biomédicas*, 81-101.

- Opazo, R. (1992).** *Integración en psicoterapia*. Santiago: CECIDEP.
- Opazo, R. (1997).** In the Hurricane's eye: A Supraparadigmatic Integrative Model. *Journal of Psychotherapy Integration*. Vol 7, 17-54.
- Opazo, R. (2013).** Psicoterapia Integrativa: ¿Exigencia de los tiempos? Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa.
- Opazo, R. (2017).** *Psicoterapia Integrativa EIS. Profundizando la comprensión. Potenciando el cambio*. Santiago: Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa.
- Ozonoff, S., & Miller, J. (1996).** An exploration of right-hemisphere contributions to the pragmatic impairments of autism. *Brain and Language*. Vol 52, 411-434.
- Pérez, E., & del Barco, I. (2011).** Experiencia de la madre de una chica con autismo. Una luz al final del túnel. *Archivos de la Memoria*. Vol 8.
- Pérez, I., Pérez, J., & Comí, M. (2010).** Alexitimia y Síndrome de Asperger. *Revista de Neurología*, 85-90.
- Pérez, S. (30 de marzo de 2017).** *Psicodepia. Información y recursos sobre psicología*. Obtenido de <http://psicopedia.org/5656/inadecuacion-cronica/#autoeficacia>
- Perich, J. (4 de Febrero de 2013).** *Autismo Chile*. Obtenido de Proceso de duelo en padres de niños con autismo: <http://www.autismochile.org/proceso-de-duelo-en-padres-de-ninos-con-autismo-por-jose-perich/>
- Roca, E. (2014).** *Un recreo para todos: Programa de habilidades sociales para alumnos con Síndrome de Asperger*. La Rioja: Universidad Internacional de la Rioja.
- Schunk, D. (1997).** *Teorías de aprendizaje*. Mexico: Pearson.
- Siboldi, J. (2011).** Síndrome de Asperger y habilidades sociales: un abordaje grupal. Paraná, Argentina. Recuperado el 25 de 01 de 2018, de <http://bibliotecadigital.uca.edu.ar/greestone/cgi-bin/library.cgi?a=d&c=tesis&d=sindrome-asperger-habilidades-sociales-abordaje>
- Sotto, C. (1994).** *The comprehension of riddles by school age children with normal language abilities and school age children with learning disabilities*. University Microfilms International.
- Toichi, M., Kamio, Y., Okada, T., Sakihama, M., Youngstrom, E., & Findling, R. (2002).** A lack of self-consciousness in autism. *American Journal of Psychiatry*, 1422-1424.
- Wakefield, A. J., Murch, S. H., Anthony, A., Linnell, J., Casson, D. M., Malik, M., . . . Thomson, M. A. (1998).** Ileal-lymphoid-nodular hyperplasia, non-specific colitis, and pervasive developmental disorder in children. *The Lancet*, 637-641.

Reflexiones Integrativas

Amortopoyesis: hacia un amor evolucionado

M.Sc. María Sonia Chalup Monasterio*⁷

Abstract

This work is about love, without trying to cover its incommensurability and its absence of science. Learn more from the psychology of the Supraparadigmatic integrative approach (EIS) Roberto Opazo (2017), discoveries in the paradigms biological, emotional, cognitive, systemic and environmental behaviour and of the self system, of the three forms of the couple meeting Human: sexual intercourse, the romantic and strong, mature, and transcendent, love in a transformative process that we called *amortopoyesis*, in a metaphorical way, because of its similarity to the processes of formation, development and maturation of the elements figurative blood. Since the blood is life to the body, it is love for life life.

Resumen

Este trabajo es acerca del amor, sin pretender abarcar su inconmensurabilidad y su excedencia de la ciencia. Profundiza desde la Psicología del Enfoque Integrativo Supraparadigmático (EIS) de Roberto Opazo (2017), los descubrimientos en los paradigmas biológico, afectivo, cognitivo, sistémico, ambiental-conductual y del sistema self, de las tres formas de encuentro de la pareja humana: las relaciones sexuales, las románticas y el amor sólido, maduro y trascendente, en un proceso transformador al que hemos denominado *amortopoyesis*, en forma metafórica, por su similitud a los procesos de formación, desarrollo y maduración de los elementos figurados de la sangre. Ya que la sangre es la vida para el cuerpo, lo es el amor para vivificar la vida.

AcPI, 10: 121–132

* Psicóloga Clínica. Mg. en Psicoterapia Integrativa. Docente UGRAM en Desarrollo Humano. soniachalup@gmail.com

Introducción

¿Por qué algunos deciden casarse mientras que tantos otros prefieren convivir y la gran mayoría se involucra solamente en relaciones sexuales transitorias sin compromisos? La simple observación nos informa que frecuentemente las personas están preocupadas por alcanzar una de estas metas y se definen a sí mismos, en cuanto a si tienen relaciones íntimas, parejas románticas o vínculos perdurables.

Hoy se habla mucho de sexo y poco de amor. Los matrimonios son motivo de queja de los contrayentes cuando ya no hay remedio, ya están casados, y poco conocen de las sutilezas del amor. Las relaciones se manejan con diversión, como si las vidas fueran telenovelas, películas de cine o canciones de radio. *«Bajo el nombre de amor circula una mercancía que es su negación y caricatura. Lo grave es que se está vilipendiando el amor verdadero por parte de todos esos falsarios de la sexualidad humana y que a fuerza de presentar una imagen deformada de la sexualidad, se compromete su valor como ser humano»*⁸

Como referente del concepto de amor asumiremos que el amor más básico o elemental involucra querer a quien satisface mis necesidades. Un paso en la dirección de amor más evolucionado involucra asumir que "amar es aceptar al otro como el otro es". Finalmente, el amor más evolucionado, el más completo y profundo, involucra asumir que amar es luchar por la felicidad del otro. (Opazo, 2017).

SEXO

Paradigma biológico

El 2002, Helen Fisher y sus colaboradores validaron que el deseo sexual trabajaba con la activación de los estrógenos y andrógenos cuando existía la finalidad de tener una relación erótica. Discutieron también acerca de la presencia de una estimulación instintiva básicamente visual en el hombre con deseo sexual constante y de una estimulación más auditiva y con deseo periódico en la mujer.

Young y sus colaboradores el 2005 trasladaron sus observaciones al sistema neural y lo describieron como un circuito que llevaba información somatosensorial de los genitales al cerebro durante la actividad sexual, de breve duración y detectable neurológicamente en el córtex cingulado anterior. Admitieron diferencias, aunque también interconexiones con los otros sistemas neurales que se activan en lazos de pareja romántica y de amor, El 2006 Páez verificó que el deseo sexual activaba regiones neuro cerebrales específicas, pero parcialmente semejantes al amor, y que utilizaba ese solapamiento para obtener el uso del sexo.

Las observaciones en la psicología del desarrollo indican que, al iniciarse la adolescencia, el dinamismo de la afirmación personal se arraiga en la búsqueda de la confirmación del propio atractivo sexual, tratando de canalizar los impulsos eróticos, e introduciéndose en las preocupaciones psicológicas que giran prioritariamente en las vivencias de amor (Krauskopf, 2000). Los centros cerebrales aún están inmaduros y en consecuencia tienen propensión a las acciones impulsivas y sin plena consideración de las consecuencias (Youth, 2002; Blakemore y Choudhury, 2006; Kuhn, 2006). La información relativa al

⁸ ALFONSO LÓPEZ QUINTÁS: El amor humano, X, 8. EDIBESA. Madrid

apetito sexual y las emociones entre los 11 a 13 años se procesan en la amígdala, una pequeña estructura con forma de almendra que se localiza en lo profundo del lóbulo temporal y que tiene una importante participación en las reacciones emocionales e instintivas. Entre los 14 a 17 se usan los lóbulos frontales que permiten un mejor control de impulsos, del apetito sexual y la conducta consecuente más razonada y juiciosa, un patrón que se incrementará en la vida de la mayoría de los adultos. (Steinberg, 2007)

Considerar una relación sexual es percibir y evaluar el riesgo y la recompensa. Dicha consideración se interconecta con dos redes cerebrales hipersensibles del sistema límbico. Recién iniciados, adolescentes y personas hipersexualizadas son influidas por la red socioemocional que es sensible a estímulos sociales y emocionales. Aquellos que responden más maduramente, que evalúan y responden cada vez más juiciosamente al riesgo y a la recompensa y que generalmente son adultos responsables, se ven más influidos por la red de control cognoscitivo que regula las respuestas a los estímulos, en conectividad de diversas áreas del sistema límbico y el funcionamiento de las regiones de la corteza prefrontal ventromedial. Crone y Van der Molen, 2004, Hooper, 2004, cit. en Steinberg, 2005 - Apear, 2000, Martin, 2002

La relación sexual desde el paradigma cognitivo

Hacia fines de la adolescencia se espera que el locus de control externo haya evolucionado hacia un locus de control interno. Por lo que la actividad sexual se acompañará del reconocimiento y la expresión de capacidades de anticipación de

resultados y manejo de las consecuencias.

La relación sexual desde el paradigma afectivo

Muchas relaciones sexuales sin reparos se producen en las personas, especialmente mujeres, con temor al abandono. Paradójicamente a la sexualidad sin duda más abierta y aceptada ahora que antes de la década de 1960, un estudio de Gerrard en 1987, en jóvenes varones universitarios, evidenció que tenían menos relaciones sexuales que aquellos jóvenes de las décadas del 1960 y 1970. Tal disminución en la actividad sexual se encuentra influida por elementos afectivos y volitivos de las universitarias quienes presentan mayor miedo o cautela frente a las enfermedades de transmisión sexual y una mayor autoestima personal, haciendo prevalecer sus sistemas de creencias personales en vez de aceptar los que se le quieren imponer, no sintiéndose obligadas a tener sexo para “complacer” a sus novios.

Otros estudios destapan la insatisfacción de la actividad sexual, al menos en una notable diferencia en los patrones de satisfacción de varones y mujeres; señalando al hombre como el mejor gratificado físicamente, pero quejumbrosos de sus compañeras, frías e insensibles. Las mujeres se sienten insatisfechas porque los hombres se apresuran demasiado, son rudos y no aprecian la importancia erótica y romántica de una excitación lenta y delicada. Hite 1976; Hunt 1974; McCary 1978.

La relación sexual desde el paradigma ambiental-conductual

En la actualidad el ambiente hedonista lo ha invadido todo, se ríe del amor desinteresado, de tal manera que la relación sexual por sí misma ya no se presenta atractiva; la cultura del “amor” promueve el sadismo, el masoquismo, la homosexualidad masculina y femenina, nuevas formas de cohabitación del hombre y de la mujer antes prohibidos, como el sexo en grupo, el cambio de parejas, que una mujer inicie el sexo, la masturbación y el sexo oral, etc. (Hunt, 1974; McCary, 1978). Las personas más que antes, buscan aumentar al máximo el placer durante el acto que tratar de alcanzar sólo el orgasmo. Se promueven intereses y gratificaciones exclusivamente placenteras. No se admite otro valor que lo agradable.⁹

Inversamente al alarde de la cultura sexual liberal, se mantienen casi invariables en las grandes mayorías humanas las preferencias sexuales, pues no son aceptadas el intercambio de compañeros, el sexo en grupo y el sexo fuera del matrimonio. (McCary, 1978)

Donde se han evidenciado cambios considerables con el paso del tiempo es en la aceptación de las relaciones sexuales premaritales en hombres y mujeres. En la población estadounidense en 1937 sólo 22%, y en 1974 el 75% de los varones aprobaba el sexo premarital en el hombre y más de 50% lo juzgaba aceptable en la mujer. (Hunt, 1974).

Debido al flagelo del SIDA que se propagó a través del sexo sin protección, así como otras infecciones de transmisión sexual, se empezó a promover prácticas sexuales más seguras de homosexuales y heterosexuales (Laumann, 1994), si bien tardó en producirse el cambio, ya que los jóvenes consideraban que

quienes les advertían les daban mensajes homofóbicos y violaban sus derechos. También se ha reducido la prostitución sin preservativos. (Stevens Long y Commons, 1992)¹⁰

Ante la alharaca de las relaciones sexuales hiperfrecuentes, investigadores de la Universidad de Chicago efectuaron una encuesta aleatoria sobre los hábitos sexuales de casi 3,500 estadounidenses de 18 a 59 años y los resultados señalan que hay tres patrones básicos de las relaciones sexuales: 1/3 de la población tiene relaciones sexuales al menos dos veces por semana, 1/3 las tienen varias veces al mes y 1/3 unas cuantas veces al año o no las tiene en absoluto. La gran mayoría de los estadounidenses practica la monogamia. 9 de cada 10 tienen un solo compañero sexual en un año (o ninguno). A lo largo de su vida, una mujer común tiene sólo dos compañeros, y un hombre seis compañeras. Los matrimonios constituyen el grupo que tiene más relaciones sexuales y mayores probabilidades de orgasmos durante el sexo. Sólo 1 de cada 4 solteros tiene actividad sexual dos veces a la semana, frecuencia que se dobla en el matrimonio, en 2 de cada 5. Y para finalizar, demoliendo los estereotipos populares, se dan sólo variaciones pequeñas entre los grupos raciales y étnicos.

La cultura hipersexualizada nos invita continuamente al sexo libre. Sin embargo «la sexualidad “desconectada” del amor y de los sentimientos rebaja y empobrece a la persona, y conduce a la neurosis»¹¹ Los actos sexuales sin compromisos, en un buen número recaen en amores no

⁹ ALFONSO LÓPEZ QUINTÁS: El amor humano, X, 8. EDIBESA. Madrid

¹⁰ Papalia, Diane Desarrollo Humano. Ed Mc Graw Hill, 4ta Ed. 1998

¹¹ ENRIQUE ROJAS: El amor inteligente, VIII. Ed. Temas de hoy. Madrid. 1997

correspondidos y trágicos, donde el uno está dispuesto a dar, y el otro lo realiza sólo por apetencia, para satisfacer un deseo, busca el placer que el otro le proporciona a él, evidentemente tiene que terminar mal. El deseo sexual es egoísta asevera Ortega y Gasset en su ensayo *Estudios sobre el amor*, pues cuando aparece, busca algo que le satisfaga, saciar la lujuria. Incluso cuando el deseo es de ambas partes, puede ser una coincidencia de egoísmos. Es lógico pensar que una relación que llega al matrimonio con este patrón será un total fracaso. Las investigaciones han indicado que esta etapa generalmente termina y desciende neuroquímicamente y psicológicamente en pocas horas. Fisher et al. (2002).

ENAMORAMIENTO

Neurobiología de las relaciones románticas

En el romance las conductas poseen una clara base neurobiológica, en donde los neurotransmisores como la DA, NE, 5-HT y los neuropéptidos AVP y OT se conjugan para generar la experiencia de la relación de pareja pasional. Gracias a los adelantos en neuroimagen, biología molecular y genética, es posible determinar las regiones y circuitos cerebrales involucrados en la relación romántica, además de entregarnos las bases genéticas que abren las puertas para entender las conductas de un tipo u otro.

El estar enamorado actúa con el aumento de dopamina (DA) y de la norepinefrina (NE) y la disminución de la serotonina (5HT). Al inicio recorre circuitos de DA mesolímbicos de recompensa y reforzamiento a recompensa. Young et al. (2005), y más

que emoción es motivación que lleva a emociones tales como euforia y ansiedad (Páez, 2006). Con el aumento de dopamina DA se produce un alto grado de sensibilidad corporal, euforia, pérdida del apetito y aumento de la atención, que incita a considerar única a la persona admirada. (Fisher et al. 2002a). El aumento de norepinefrina NE provoca un aumento de la memoria para nuevos estímulos y la disminución de serotonina 5-HT provoca pensamientos obsesivos sobre la persona en conquista (Fisher et al. 2002). Los bajos niveles de 5-HT observados en personas enamoradas son muy similares a los valores presentados en pacientes con desorden obsesivo-compulsivo (Páez, 2006). El enamoramiento es una experiencia que produce placer, está asociado a los sistemas de recompensas, que son los mismos activados en la adicción a las drogas (Maureira, 2009). Un sustrato neural relacionado con el sistema de recompensa es el sistema de DA mesocorticolímbico, que incluye el Área Tegmental Ventral (AVT), el núcleo accumbens (N. Acc), la corteza prefrontal (CPF), la amígdala y el hipotálamo (Kandel et al., 2001). Además de esas estructuras, Zeki (2007) incluye la ínsula medial, el cíngulo anterior, el hipocampo y partes del striatum como zonas relacionadas con el romance. Con fMRI se ha observado las áreas subcorticales envueltas en el cortejo como el AVT y el núcleo accumbens. De la misma forma, el chocolate activa el AVT y la región subcallosa (Small et al., 2001). El trabajo de Aron et al. (2005) muestra que el cerebro cambia con la duración de la relación, más activo el pálido ventral mientras más largo el romance.

La evolución del amor romántico parece ir con el desarrollo de la corteza cerebral humana, como una forma desarrollada de cortejo que evolucionó

para la selección de la pareja (Aron et al., 2005). Durante el romance hay una activación de áreas subcorticales, recompensa-motivación para enfocarse en un individuo (Páez, 2006). Áreas corticales límbicas, como corteza cingulada y prefrontal procesan factores emocionales individuales (Kandel et al., 2001). Y ocurre una desactivación de la amígdala, relacionada con el temor y la agresión (Kandel et al., 1997). El amante reduce respuestas de miedo y emociones negativas (Páez, 2006). Las investigaciones han indicado que esta etapa generalmente termina al cabo de un año y medio a tres años y es inusualmente prolongado frente a otras especies. (Fisher et al., 2002).

Estados cognitivos durante el enamoramiento

Durante el estado inicial del enamoramiento quedan notablemente alteradas las facultades perceptivas y deductivas en todo lo que se refiere a la persona elegida. Los defectos que existan en dichas personas no se perciben, las cualidades se sobreestiman. La mente no está equilibrada sino profundamente inclinada hacia la pasión. El enamorado idealiza a la persona apreciada y la convierte en el centro de sus aspiraciones. La fascinación puede ser engañosa. Además, con demasiada frecuencia, los enamorados mantienen el uno con respecto al otro, una postura falsa. Lo que no los lleva a conocerse, ni a conocer el verdadero punto de vista del otro en problemas fundamentales de la vida. Este estado puede pasar muy pronto.

Afectividad propia del romance

Las relaciones sentimentales sirven como oportunidad para ampliar experiencias e intereses y enriquecer la

identidad. El amor romántico se presenta similar en ambos sexos en la intensidad y en apego más duradero que la relación sexual. El hombre experimenta mayor atracción por la apariencia física de la mujer, y ella mayor atracción por el dinero, la educación y la posición social de la pareja.

La afectividad se inclina hacia la sensualidad y la atracción es palpable. Richard Centers (1975), postula la *teoría instrumental de la selección de pareja*. Estableciendo que, en las elecciones románticas, nos sentimos atraídos hacia personas con necesidades semejantes o complementarias a las nuestras buscando la gratificación de nuestras necesidades, donde algunas de éstas (como el sexo y la afiliación) son más importantes y algunas son más apropiadas para el hombre y otras para la mujer. Winch, 1958 desarrolla la *teoría de las necesidades complementarias* conforme al viejo principio de que los polos opuestos se atraen. Así, un hombre dominante se sentirá atraído por una mujer sumisa o un hombre tranquilo por una mujer dinámica y extrovertida y a la inversa.

La atracción con mucha frecuencia podría tener el riesgo de no brindar armonía a la pareja y con el tiempo, ocasionar roces que enfrían la pasión. Elegir a una persona muy diferente, con un notable desnivel de educación, higiene, costumbres, disminuir de categoría social etc. puede convertirse en espinas muy desagradables y, con el tiempo, realmente insufribles. Eva Firkel responde en su libro, que para que la atracción se prolongue es necesario cierto grado de educación. Pero si uno de los dos no la tiene, es mejor que tampoco la tenga el otro»¹² Uno o el otro puede salir lastimado o acoplejado por la falta de estudios, de maneras a la hora de comer o

¹² EVA FIRKEL: Mujer, vocación y destino, II, 2, b. Ed. Herder. Barcelona.

de asistir a un compromiso social o a la hora de guiar a sus futuros hijos. La atracción hace que el hombre llegue a la luna; pero un pequeño defecto desagradable, a la larga, puede destruir el romance y la pasión.

AMOR

Biología del amor sólido

Biológicamente el amor recorre circuitos peptidérgicos implicados en la formación de lazos sociales y en el vínculo perdurable de pareja con el fin de criar a los hijos. Actúan dos neuropéptidos: la oxitocina (OT) y la vasopresina (VTP). La relación duradera de pareja, aquella que tiene que ver con la monogamia y la fidelidad, depende de la distribución de los receptores de OT y AVP, y esto depende a su vez de los genes.

Sistemas cognitivos en el amor maduro

En relaciones de amor, no se observan presiones mentales o distorsiones cognitivas que apresuren la consolidación de decisiones tales como vivir juntos para siempre, casarse, mudarse juntos a una vivienda, etc. Las decisiones las toman los que se aman, en tiempos personales y con madurez cognitiva.

El amor inicia un curso apropiado cuando cada persona dentro de la relación de amor tiene la certeza de que la felicidad de uno está de una u otra manera determinada por la felicidad del otro. Piensa que esa persona por la cual siente amor es algo verdaderamente importante y toma la decisión conscientemente a diario de construir una vida en común, de cuidarle y de hacerla feliz. Ambos evitan la principal fuente de conflicto, el egocentrismo cognoscitivo, y en cambio aplican la regla de oro “más que encontrar la persona perfecta,

asumir la posición cognitiva perfecta, pensando más en el otro que en sí mismo”. La pareja logra identificar distorsiones cognitivas, perspectivas poco realistas y sobre exigencias del otro y de sí mismo, encontrando que el amor cognitivamente es la aceptación incondicional. Estableciendo que el terreno común, la casa donde vivirán, el diálogo que establecerán sea de paz y armonía.

Como objetivo principal del amor asume el trabajo de la atención, dedicada al desarrollo del amado. Cuando nos amamos a nosotros mismos, atendemos a nuestro propio desarrollo, más cuando prestamos atención a alguien, significa que nos importa. El acto de prestar atención nos exige el esfuerzo de apartar nuestras preocupaciones presentes y de activar nuestra conciencia. La atención es un acto de voluntad, de trabajo contra la inercia de nuestra mente. Escuchar bien es un ejercicio de atención y, por lo tanto, un trabajo duro. La mayoría de la gente no sabe escuchar, y no se propone asimilar en forma completa y escuchar de verdad pues supone energía y esfuerzo y resulta más apropiado en el amor de pareja. Sin embargo, la mayoría de las parejas nunca se escuchan de verdad¹³.

Al amar aprenden a ser creativos, a convertirse en buscadores de características que pueda admirar en su pareja y hacerle saber que le valora, lo que dará un concepto de sí mismo y de pareja fortalecida.

El amor según Bernard Murstein (1982), para ser el más idóneo posible, tendrá que gozar de tres etapas del cortejo: estímulo, valor y función. Cada persona tendrá que examinar las cualidades y deficiencias de la otra

¹³ Peck, La nueva psicología del amor, Ed. EMECE, Barcelona, 1997

para determinar si la relación vale o no la pena. Este análisis tendrá lugar en tres etapas del cortejo. Durante la etapa de estímulo, cuando un hombre y una mujer se conocen o se ven por primera vez, hacen un juicio inicial sobre el aspecto, personalidad e inteligencia del otro. Si las primeras impresiones son favorables, la pareja pasa a la segunda etapa, la de comparación de valores. En ésta, sus conversaciones revelan si son compatibles sus intereses, actitudes, creencias y necesidades. En la etapa final, la de la función, la pareja decide si puede desempeñar funciones compatibles en el matrimonio o en otra relación a largo plazo.

Ambientes y conductas del amor saludable

Amados y amantes se desenvuelven en un ambiente que refuerza en ellos una conducta de aprendizaje en conjunto, desde una dimensión que trasciende el sexo y el romance. Su entorno se nutre de buenas lecturas, películas, charlas, cursos, para hacer una propia escuela para la vida. La relación de amor tiene elementos básicos y necesarios de la monogamia y la fidelidad, o sea acciones y conductas orientadas a la mantención de una relación de pareja con un solo individuo (Maureira, 2008). Constantemente la conducta es de consideración con la persona que aman, con su personalidad, historia, necesidades y gustos propios, que son diferentes del resto del mundo.

Relación sistémica del amor evolucionado

La pareja crea una nueva estructura en el proceso de comprometerse definitivamente. Al interior de dicha estructura relacional se hace indispensable negociar los límites, de ahí que la pareja deba redefinir poco a poco sus relaciones con los otros familiares y amigos y entre sí.

Necesariamente se producen muchos cambios informales en la relación. Además, tendrán que presentarse algunos acontecimientos más formales, como la ceremonia matrimonial, pues, tanto los cambios informales como formales, contribuyen a establecer límites concretos a la pareja y necesarios para su pervivencia en el tiempo. (McGoldrick, 1980). Es válido que se tome en cuenta el sistema más amplio que solo lo dos, sino también un poco con sus padres y familiares. Estos, rara vez deberán suponer un motivo fundamental en la decisión, pero definitivamente si influyen.

La pareja aprende a escuchar buscando entender, mejorando los modos de recepción y emisión de los mensajes de comunicación, dándole prioridad el uno al otro. El sistema de dos suele estar cargado de diálogo, donde ambos se buscan para estar juntos sin exigencias sensuales, y enfrentan conversaciones y opiniones sobre todos los temas.

Amor sólido en el inconsciente o inconsciente del amor sólido

Desde el inconsciente, una piedra angular en la relación de amor maduro es la atracción amorosa que de niño sintió por el progenitor del sexo opuesto, atracción que más tarde “transfirió” a un objeto socialmente aceptable: la posible pareja. (Por tanto, quizá tenga razón la vieja canción que dice “Quiero una muchacha como la que se casó con mi querido padre”.) La «pulsión sexual» o «libido» explica Freud, tendrá que estar completamente orientada hacia la persona a la que se dirige la atracción sexual, y tendrá como meta la acción hacia la cual fuerza la pulsión. Los amantes se buscan uno al otro en forma total, subordinando a la pulsión genital todas las

pulsiones autoeróticas, pre eróticas, fijaciones y posibles desviaciones que apasionan a uno o ambos.¹⁴

El amor sólido desde la teoría psico social de Erikson (1963) está determinado por la forma en que haya desarrollado y resuelto los problemas de los periodos anteriores: dilemas de confianza y autonomía, de iniciativa, laboriosidad e identidad. La intimidad alcanzará el amor superando al aislamiento, a través del logro del compromiso, decisión, confianza, comunicación, respeto, responsabilidad, cooperación mutua, sentido de ética y sacrificio. Así se constituye una relación de amor evolucionado, mutuamente satisfactoria, con otra persona, se unen dos identidades, sin que ninguno de los dos pierda sus cualidades propias. En cambio, el aislamiento manifiesta incapacidad o intento vano de lograr la reciprocidad, algunas veces porque la identidad es demasiado débil para arriesgar una unión cercana con otro y otras porque no existe ni sacrificio ni compromiso por parte de la pareja. Sus síntomas son la falta de respeto mutuo, de comunicación, de confianza y confianza.¹⁵

Afectividad del amor sólido

La teoría triangular del amor propuesta por Sternberg (1986), demuestra las complejidades que supone establecer relaciones de amor verdadero, ya que el amor tiene tres componentes: la intimidad, el sentirse unido o vinculado al ser querido; la pasión, la excitación y el componente sexual de la relación; y el tercer componente es decisión y compromiso. Dichos componentes presentan aspectos a

corto y a largo plazos. El primero es la decisión o el darse cuenta de estar enamorado. El aspecto a largo plazo es el compromiso de cultivar ese amor. Una vez más puede variar la relación entre este componente y los dos restantes. Para demostrar las combinaciones posibles, Sternberg (1986) ideó la taxonomía de las relaciones amorosas. Por supuesto la mayoría de la gente desea una relación matrimonial en la que predomine el amor sólido. Pero más de una pareja ha confundido el romance con el amor; en muchos matrimonios la pasión desaparece y entonces la esencia de la relación se torna no romántica. El amor puede destruirse si se niegan los sentimientos, en especial el enojo. El temor al rechazo también lo bloquea, sobre todo cuando produce una falsa identidad que tiende a satisfacer al otro y no las necesidades personales más importantes. El cortejo tradicional y los patrones del noviazgo pueden hacer huir al amor, si sólo abarcan intercambios superficiales y apariencias. Hay conductas que son aún más nocivas para solidificar una relación: el sexo informal, la franqueza brutal y una falsa indiferencia, no son tierra fértil para alcanzar un amor maduro (McCary, 1978).

La afectividad del amor profundo tiene otro enfoque desde Hazan y Shaver (1988) y posteriores investigadores, quienes relacionan el estilo de apego adulto con la historia familiar temprana y los modelos mentales del apego. Integran las teorías del amor a la perspectiva del apego de los tres estilos: el apego seguro, el apego evitativo y el apego ansioso-ambivalente. Levy y Davis (1988) evalúan los vínculos existentes entre los estilos de apego y las medidas de los tres componentes del amor del modelo de Sternberg (1986): intimidad, pasión y compromiso. Encuentran que los tres componentes del amor correlacionan

¹⁴ Freud Sigmund, tres ensayos para una teoría sexual

¹⁵ Papalia, D, et. All, Desarrollo Adulto Mc. Graw Hill, México, 2009

positivamente con el apego seguro y negativamente con el evitativo y el ansioso-ambivalente. La evitación tiene una relación con la de falta de compromiso y la ambivalencia ansiosa con un estilo de amor conflictivo. Partiendo del estudio de una amplia muestra de estudiantes universitarios, Feeney y Noller respaldaron los estudios anteriores. Un hallazgo notable es que los sujetos evitativos habían pasado por un largo período de separación de sus madres en la niñez. Sin embargo, la limitada coincidencia entre los estilos de apego, previenen contra un modelo simplista que iguale estilos particulares de apego con otras formas de amor.¹⁶

Las parejas jóvenes que alcanzan un amor sólido (Adams, 1979), pasan por tres etapas, la primera de atracción inicial basadas en cualidades bastantes superficiales: atractivo físico, carácter gregario, porte e intereses comunes. En la segunda etapa, relación se refuerza con las reacciones de otros (incluido el hecho de ser considerados como pareja) y por sentirse cómodos cuando están juntos. La pareja inicia entonces una tercera etapa de compromiso e intimidad que produce mayor atracción y enamoramiento. Examinan los puntos de vista del otro y sus sistemas de valores al hacer un compromiso. En esta fase, el amor ha madurado y la pareja a menudo cree estar preparada para tomar decisiones respecto del matrimonio.

El estudio longitudinal inglés conducido por Eysenck, varias décadas atrás, mostró que la vida sexual era la variable más predictora de la permanencia de la pareja¹⁷, la difusión de dicho estudio puede ser la razón para que tantos sujetos crean que por ese camino llegarán a la felicidad y permanencia con sus parejas. Los

resultados actuales apuntan a que la compatibilidad sexual está muy abajo en la lista de prioridades matrimoniales.¹⁸ Al contrario, el divorcio se ha vuelto tan frecuente que ahora los psicólogos están estudiando por qué muchos matrimonios no se disuelven. Amar y ser feliz está relacionado según estudios de Cimagroup en Chile, hombres y mujeres son más felices en relaciones matrimoniales y familiares, donde sus principales fuentes de felicidad y satisfacción son la capacidad para entretenerse juntos, los procedimientos de toma de decisiones y el amor mutuo.¹⁹

Evaluación del Amor Evolucionado

Estudios desde el ICPSI (Santiago de Chile), estar en una relación de amor se convierte en un factor protector para la salud.²⁰ De ahí que los la evaluación del amor sólido consideran los siguientes aspectos: El amor debe superar el egocentrismo y luchar por la felicidad del otro, teniendo en primer lugar a la pareja dentro de la familia, con una sexualidad integral que considere no sólo placer sino afectos y valores comunes. Entretenerse juntos rompiendo las rutinas, evitando caer en el aburrimiento. Así mismo, en la medida que van avanzando en la vida juntos deben ir ajustando sus expectativas a la realidad, menos idealizadas sobre uno mismo y sobre su pareja. El lema aquí pasa a ser “Cambiaré mis defectos en todo lo que pueda” y “Aceptaré tus defectos en todo lo que pueda”. La influencia recíproca de las conductas de uno sobre el otro se conoce como causalidad circular, la cual debe ser asumida, entendiendo que la pareja

¹⁶ Feeney, Judith, Noller, Patricia, APEGO ADULTO, Ed, Desclée de Brouwer, S.A., 2001, Bilbao, España

¹⁷ Bagladi, V. ACPI, Vol I 2009, Una aproximación al bienestar humano, www.icpsi.cl Santiago de Chile, pp 15

¹⁸ Craig, Grace. (2006). Psicología del Desarrollo Humano, pp. 196

¹⁹ Bagladi, V. ACPI, Vol I 2009, Una aproximación al bienestar humano, www.icpsi.cl Santiago de Chile, pp 10

²⁰ Bagladi, V. ACPI, Vol I 2009, Una aproximación al bienestar humano, www.icpsi.cl Santiago de Chile, pp 10

asuma que su dinámica de interacción se mantiene por las conductas que emiten el uno y el otro; asumir esto es de vital importancia para superar conflictos, el bienestar y buen funcionamiento de la pareja; y sentirá vívidamente que “el dar rinde dividendos”. No menos importante es el cambio de óptica que implica pasar de preguntarnos ¿en qué estás fallando tú? a preguntarnos ¿en qué estoy fallando yo? Y la actitud con que se enfrentan los problemas pues los problemas emergentes unen a las buenas parejas y separan a las malas (Opazo, 2017). El reto de un amor evolucionado consiste en asumir los problemas como un desafío común; desafío que enfrentaremos juntos, no cada uno en su trinchera individual, sino juntos como una unidad, apoyándonos y aportándonos mutuamente. El poder controlar la agresividad. Para ello es necesaria la capacidad de control de impulsos, el que no estemos siempre focalizados en lo que nos molesta en una suerte de fabricación constante de nutrientes para la agresividad; que ambos sean capaces de pasar de la agresividad a la asertividad. Que se tenga la capacidad para alcanzar acuerdos. Sin acuerdos no hay un NOSOTROS. Para el adecuado funcionamiento en pareja se requiere una clara la respuesta al ¿cómo queremos ser? conversando entre ellos qué esperan de la pareja, qué quieren lograr.

Otra investigación²¹ se enfoca en la identidad personal, que se permite ser como es de verdad y sin fingimientos y en completa libertad. También involucra decisión y ejercicio de la sabiduría. La persona que ama, si lo hace de verdad es porque así lo ha decidido; se ha convencido a amar, con independencia de sus sentimientos amorosos o más allá de ellos. Siempre es mejor que los

experimente, pero si no es así, la decisión y la voluntad de amar aún permanecen y pueden ser aplicados. El amor sólido no es un sentimiento que sobrecoja a los contrayentes. Es una decisión reflexiva, de dedicación. Es responsable, planifica para decidir juntos el futuro, la significación se la recibe y se aprovecha en la atención a los valores espirituales, así el amor avanza hacia una dimensión trascendente para clarificar la vida, perfeccionar las intenciones y la realización en lo que es la auténtica vocación. El sentido que toma la relación es de -ganar-ganar-, si uno de los dos pierde no funcionará.

Las parejas que se aman y tienen muchos años de estar juntas, pueden estar mejor que nunca (Troll & Smith). Esto depende de que el amor haya sido relativamente bueno desde el principio pues en una relación de amor sólida, la amistad amorosa marcada por la afectividad, la adhesión, el compromiso y la seguridad, se intensifica a medida que la persona comparte alegrías y tristezas, la confianza y la fidelidad, y una íntima comprensión el uno con el otro. (E. Walster & Walster 1978). En una relación de larga duración, pero inconstante, sin embargo, el nido vacío, la transición que accede cuando el último hijo se va de casa puede ser una crisis de pareja y personal y terminar separándoles. Además, muchas parejas de edad avanzada se están separando por las mismas razones que las parejas más jóvenes debido a sus mayores expectativas del vínculo conyugal y su creciente disposición de terminar una relación insatisfactoria.

El Self en el Amor sólido y trascendente

Aristóteles enseña que «amar es buscar el bien de la persona amada», Santo Tomás de Aquino descifra que «Amar es desear el bien de alguien», Sócrates centra que «el amor es darse» y P.A. Hurtado (1946) exhorta a recorrer el camino de una relación madura amando a la otra persona,

²¹ www. Corazones. Org

tratando de hacerle el bien, no buscando recibir, si no dar, darse a sí mismo y todo lo que se tiene, llenar de sol la vida del ser amado.

No hay amor sólido sin sacrificio, optimismo y respeto y lo contrario al amor no es el odio ni la indiferencia, sino el egoísmo y el placer hedonista. Así pues, la lujuria causará enormemente más males que los que pueda reparar el amor. En cambio, el mundo le pertenecerá al que más ame pues en el amor, mientras más da, más se multiplica. Lo que nos lleva a decir: gracias porque puedo dar amor, no al amante, aunque el corazón esté latiendo apresuradamente por él, ni al que acaba de componer el mejor poema de amor, sino a DIOS y a encontrarnos con Él en unidad con la pareja amada.²²

¿Será cada vez más difícil encontrar relaciones de parejas que evolucionen hacia esta relación de amor? Los estudios longitudinales de Arland Thornton (1989) atestiguan que las actitudes y los valores de la vida familiar, en general, tienen muy debilitadas las normas sociales que exigen que las parejas se casen, sigan casadas, procreen, tengan relaciones íntimas sólo dentro del matrimonio y mantengan separados los roles del hombre y de la mujer; en cambio se han fortalecido otros patrones de relaciones, de familias y de entender la forma de entablar vínculos, más aún se los ha legalizado socialmente. Pero, aun así, la mayoría de la gente sigue escogiendo un estilo de vida familiar tradicional que abarca el amor, el matrimonio y la procreación. A ellos, suponemos que les será cada vez más difícil alcanzar relaciones de parejas con amor sólido, y por tanto recomendamos asumir la sabiduría del

proverbio ruso: «Antes de viajar por tierra, ora; si es por mar, ora dos veces; y si te vas a casar, ora tres veces. Porque en el matrimonio, las tempestades y los naufragios son muy frecuentes».

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Craig, G. (2006) *Psicología del Desarrollo Humano*, Ed. Prentice Hall, Barcelona, España.

Feeney, Judith, Noller, P. (2001) *Apego Adulto*, Ed, Descleé de Brouwer, S.A., Bilbao, España

Firkel, E. (1966) *Mujer, vocación y destino*, II, 2, b. Ed. Herder. Barcelona.

Freud, S. (2001) *Tres ensayos para una teoría sexual*. Ed. Herder. Barcelona.

Hurtado, S.J., (2011) *Cartas e informes del padre Alberto Hurtado, S.J.* Santiago: Ediciones Universidad Católica.

López Quintás, A. (1994) *El amor humano*, X, 8. EDIBESA. Madrid

Opazo, R. (2017) *Psicoterapia Integrativa EIS: Profundizando la Comprensión, Potenciando el Cambio*. Andros, Ltda. Santiago Chile.

Papalia, D, et. All, (2009) *Desarrollo Adulto* Mc. Graw Hill, México,

Peck, (1997) *La nueva psicología del amor*, Ed. EMECE, Barcelona.

Rojas, E. (1997) *El amor inteligente, VIII*. Ed. Temas de hoy. Madrid.

Stemberg, R. (1989) *El Triángulo Del Amor, Intimidación, Amor, Compromiso*, Ed. Paidós, Bs, As, Argentina.

²² Hurtado, S.J., Alberto. Cartas e informes del padre Alberto Hurtado, S.J. Santiago: Ediciones Universidad Católica. 2011

Reportes de Investigación ICPSI

Función del EIS Búsqueda de Sentido en muestra clínica: pacientes del centro de atención psicológica CONPER.

Mg. Jose Pablo Palacios*²³

Abstract:

This research aims to examine the function: search for meaning of the Supraparadigmatic Integrative Approach (EIS). Specifically, the similarities or differences among patients of CONPER with regards to their existential goals. Does sex, age, education, psychological diagnosis or reason of consultation impact how these individuals choose more “transcendental” goals over more “basic” senses of living or viceversa?

Keywords: *Existential goals, Senses of living, Supraparadigmatic Integrative Approach (EIS).*

Resumen:

La presente investigación busca examinar la función de búsqueda de sentido del Paradigma Supra paradigmático (EIS); específicamente las semejanzas o diferencias entre pacientes del CONPER con respecto a sus motivaciones existenciales/nortes orientadores. Acaso ¿el sexo, la edad, el nivel educacional, el diagnóstico psicológico o el motivo de consulta impactan la manera en que estos individuos se deciden por metas más “trascendentales” sobre metas más “básicas” o viceversa?

Palabras Clave: *Metas existenciales, Sentido de Vida, Enfoque Integrativo Supraparadigmático Approach*

Introducción

La cuestión sobre el sentido que tiene la vida parece habernos acompañado desde que el ser humano desarrollo capacidades de pensamiento superior, con este desarrollo comenzamos a razonar y a preguntarnos sobre el funcionamiento del mundo, un mundo que constantemente tratamos de dominar y predecir con la finalidad de lograr una mejor adaptación y supervivencia. El tópico del sentido de vida del hombre o el propósito del ser humano en el mundo ha sido objeto de un gran estudio en los campos filosóficos, teológicos, literarios y recientemente ha sido abarcada por los campos científicos y psicológicos. Y cada uno de estos campos ha dado su aporte con respecto a la conceptualización y definición de este concepto. Aun así, hoy en día, esta interrogante parece más difusa que nunca, el para qué se vive ya no tiene solo un par de respuestas uniformes y dogmáticas. En la sociedad y cultura occidental existe una amplia gama de valores morales y formas de vivir. Esta creciente diversidad de costumbres, creencias, conductas y patrones valóricos provocan que nuevas maneras de ver y abarcar esta interrogante aparezcan.

Opazo (2017) denota que el creciente cuerpo de literatura e investigaciones (Debats, 1996; Ray, 2004; Powel et al., 2005) con respecto a la espiritualidad y la salud mental validan la relevancia de esta variable (sentido de vida) y su inclusión dentro del Modelo Integrativo Supraparadigmático. El autor agrega que esta función, bien concebida y bien administrada, puede aportar profundidad al Supraparadigma. Dentro del enfoque se sostiene que un sentido de vida posibilita un **balance**

adecuado ente eficacia y eficiencia en el ámbito de las decisiones, favoreciendo decisiones y conductas que perfilen una trayectoria existencial, clara y armónica.

Opazo y Bejer (2017) expresan que dentro del EIS lo que se busca es poder generar estímulos efectivos que permitan una movilización ideográfica del sistema psicológico. La psicoterapia integrativa dependiendo del motivo de consulta considera a la búsqueda de sentido como un punto importante en la intervención clínica. Gandelman (2007) sostiene que es relevante considerar la temática de búsqueda de sentido como campo a trabajar en los momentos críticos del desarrollo, las llamadas crisis normativas (adolescencia, crisis de la mediana edad) pues lo que se busca es reforzar a la persona, recaudando el trasfondo experimental que presenta el sujeto y encausándolo hacia los fines propuestos por sí mismo. Resultando en grandes beneficios como; reducción de sintomatología, aumento de capacidad de disfrute, mayor conocimiento de sí mismo y adecuada toma de decisiones. Araya (2009) menciona que implementar una serie de estrategias para favorecer el sentido de vida podría contribuir al éxito de alcanzar otros objetivos terapéuticos e incrementar la sensación subjetiva de bienestar del paciente.

METODOLOGÍA

Considerando lo anterior se realizó la siguiente investigación buscando expandir en las investigaciones anteriores al analizar las motivaciones existenciales de las personas consultantes como también la relación existente entre esta y otras

variables como el sexo, edad, nivel educacional, puntajes EPQ, motivo de consulta y diagnóstico.

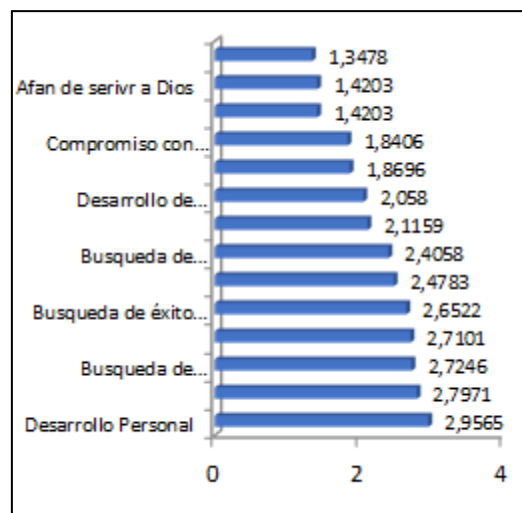
Para el siguiente trabajo se consideró la población consultante adulta de los Consultorios dependientes del Instituto Chileno de Psicoterapia integrativa (CONPER). La muestra quedó configurada por 69 personas divididas entre 34 hombres y 35 mujeres cuyas edades se encontraban entre los 18 y 61 años. Para la recopilación de información se utilizó la ficha de Evaluación Integral o FEI, específicamente la escala de sentido de vida. Dicha escala presenta 14 alternativas de sentido de vida y los sujetos deben indicar cuán importante es cada una de estas opciones en su vida. Dentro de la investigación se cambió el rango de puntaje de 5 puntos a 3 donde 1 es poco importante y 3 es muy importante. Las variables analizadas, relacionadas con las motivaciones existenciales fueron distribuidas de la siguiente manera. **Edad;** 1= 18-21, 2= 22-35, 3= 36- 49, 4= 50-60. **Sexo;** 1= Hombre, 2= Mujer. **Nivel Educativo;** 1= Educación media, 2= Técnico, 3= Universitario Incompleto, 4= Universitario. **Diagnóstico;** 1=Problema de fase de vida, 2=Duelo complicado/no complicado, 3=Relación conflictiva con cónyuge o pareja, 4=Trastorno depresivo (mayor, persistente), 5=Trastorno de ansiedad (crisis de pánico, ansiedad generalizada), 6=Trastorno alimenticio (bulimia, anorexia, atracón), 7=Trastorno por consumo de sustancias, 8=Trastorno obsesivo compulsivo, 9=Problema de relación de padres e hijos, 10=Problema relacionado con el entorno. **Motivo de Consulta;** 1=Crisis vital, 2= Problemas Interpersonales (ambiente, familia, pareja, otros), 3=Problemas afectivo

(ansiedad, depresión, irritabilidad, inestabilidad emocional), 4=Problemas conductuales (inhibición, impulsividad, agresividad), 5=Duelo (perdida, muerte), 6=Problema alimenticio (atracones, purgas, restrictivo), 7=Violencia/maltrato, 8=Problema de consumo de sustancias, 9=Abuso sexual, 10=Problema sexual (parafilia, de orientación, disfunción sexual). **Puntajes EPQ;** Neuroticismo, Extroversión, Psicoticismo, Deseabilidad Social.

Los datos fueron analizados utilizando el programa SPSS, se aplicó un estadístico t-student para la comparación de medias, como también anovas y manovas entre las orientaciones vitales y el resto de las variables con el fin de indagar sobre la posibilidad de una asociación entre estos.

RESULTADOS

Gráfico N°1



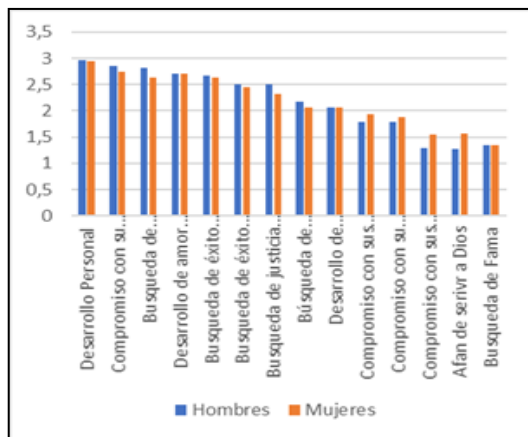
Los resultados obtenidos se aprecian a continuación. Con relación a los datos generales en el gráfico N°1 se puede apreciar que entre las orientaciones vitales más populares tenemos “desarrollo personal” “compromiso con la familia” “búsqueda de conocimiento” y desarrollo de amor en

pareja". También se puede observar que "compromiso con creencias políticas", "afán de servir a Dios" y "búsqueda de fama" serían las orientaciones menos consideradas dentro de la población consultada.

Sexo

Con relación a la variable sexo, en el gráfico N°2 se aprecia que desarrollo personal, compromiso con familia, búsqueda de conocimiento y desarrollo de amor en pareja serían las cuatro primeras referencias de ambos sexos. Y que afán de servir a Dios y búsqueda de fama serían las que son menos elegidas.

Gráfico N°2



Interesantemente no se encontraron asociaciones significativas entre el sexo y las orientaciones vitales. Esto puede ser resultado de las características de la muestra, en especial el tamaño o por el hecho de que provienen del mismo centro de atención. Aun así, al combinar esta variable con la edad aparece una asociación significativa con una de las orientaciones vitales.

Edad

En la tabla N°1 se puede observar que existiría una asociación entre las

orientaciones vitales y la edad. En otras palabras, en ciertas etapas existen algunas motivaciones que son muy relevantes mientras que otras toman menor importancia.

Tabla N°1

	F	Sig
Búsqueda de justicia social	2,767	0,049
Afán de servir a Dios	6,336	0,001
Desarrollo personal	2,965	0,038

En la tabla N°2 se puede apreciar los resultados de las orientaciones vitales según el rango de edad. Es así como el ítem de búsqueda de justicia social aparece como relativamente importante en todas las edades. El afán de servir a dios aparece como muy poco relevante en el rango de 18-21 pero va tomando importancia al pasar los años. Conjuntamente el desarrollo personal, a pesar de que es el ítem más popular a través de todas las edades, se observa un incremento de interés hacia esta motivación a partir del rango de 22-35 años, el cual se mantiene estable a través de los otros rangos.

Tabla N°2

	18-21	22-35	36-49	50-61
Búsqueda de justicia social	2,1667	2,5946	2,0500	2,667
Afán de servir a Dios	1,0000	1,3514	1,3500	2,500
Desarrollo personal	2,6667	3,0000	2,9500	3,0000

Nivel educacional

Con respecto a la variable del nivel educacional y las orientaciones vitales se encontró lo siguiente. En la tabla N°3 se aprecia una asociación con el ítem búsqueda de justicia social

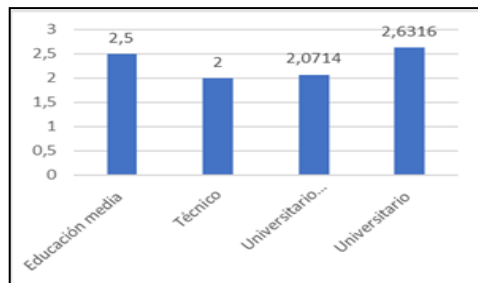
Tabla N°3

	F	Sig
Búsqueda de justicia social	3,297	0,026

En el grafico N°3 se aprecia que fueron aquellos individuos pertenecientes a los

grupos educación media y universitarios, quienes encontraron al ítem Búsqueda de justicia social más importante en comparación con aquellos pertenecientes a las categorías de Técnico y universitario incompleto.

Gráfico N°3



Puntajes EPQ Extroversión

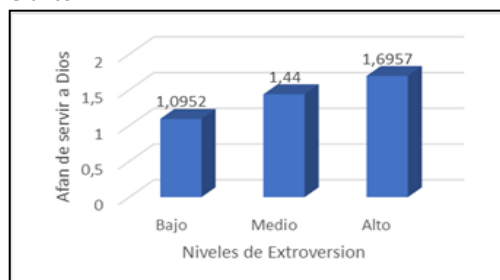
En la tabla N°4 se observa que habría una asociación entre la orientación vital afán de servir a Dios y la escala de extroversión.

Tabla N°4

	F	Sig
Afán de servir a Dios	3,992	0.023

En el grafico N °4 se observan los resultados de las orientaciones vitales según el nivel de extroversión, se aprecia que, a mayor nivel de extroversión, mayor interés hay hacia la orientación afán de servir a dios. Esta escala hace referencia a una cualidad de la personalidad relacionada con la dimensión y/o medio ambiente, evalúa el tipo de orientación del sujeto hacia el mundo, ya sea externa o interna respectivamente (Bagladi, 2003).

Gráfico N°4



Psicoticismo

En la tabla N°5 se observa la relación entre el psicoticismo y la orientación vital búsqueda de éxito económico.

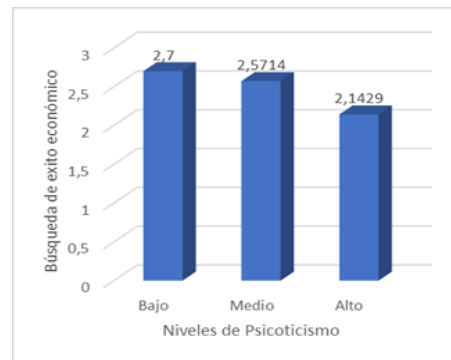
Tabla N°5

	F	Sig
Búsqueda de éxito económico	3,522	0.035

En el grafico N°5 se aprecia que aquellos individuos con niveles bajos de psicoticismo puntuaron al ítem búsqueda de éxito económico más alto que aquellos con niveles medios y altos.

Esta escala evalúa el grado de psicopatía, agresividad, terquedad e impulsividad presentados por el sujeto (Bagladi, 2003). Esto se podría explicar desde la perspectiva que individuos con psicoticismo alto tienen dificultad en controlar sus impulsos y hasta cierto punto planear a largo plazo, esta incapacidad de pensar a largo plazo podría hacer que vean la estabilidad económica como efímera y poco relevante.

Gráfico N°5



Diagnóstico

Con respecto al Diagnóstico de un Trastorno Depresivo y el sentido de vida, se encontró una asociación significativa con el ítem búsqueda de conocimiento, esto se aprecia en la tabla N°6.

Tabla N°6

	F	Sig
Búsqueda de conocimiento	6,272	0,015

En la tabla N°7 se observa que dentro de quienes puntuaron la búsqueda de conocimiento como muy importante, la gran mayoría no presentaba un trastorno depresivo 69.6% versus aquellos que si lo presentaban 24.1%. Así mismo dentro de quienes puntuaron este ítem como poco importante, la gran mayoría estaba conformada por individuos con el trastorno, con un 75%, versus un 25% de aquellos con ausencia de este.

Tabla N° 7

		Trastorno depresivo (Mayor, recurrente)		Total
		Presente	Ausente	
Búsqueda de conocimiento	Poco importante	3 75,0%	1 25,0%	4 100,0%
	Medianamente importante	5 45,5%	6 54,5%	11 100,0%
	Muy importante	13 24,1%	41 75,9%	54 100,0%
Total		21 30,4%	48 69,6%	69 100,0%

Motivo de consulta

En la tabla N°8 se observa asociaciones significativas entre el motivo de consulta "crisis vital" y los ítems compromiso con su familia y compromiso con creencias políticas.

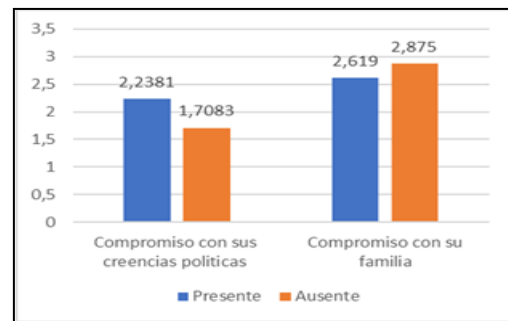
Tabla N°8

	F	Sig
Compromiso con su familia	4,515	0,037
Compromiso con creencia políticas	5,756	0,019

En el grafico N°6 se aprecia que aquellos individuos con el motivo de consulta "crisis vital", puntuaron al ítem compromiso con sus creencias políticas más alto que aquellos

que no presentaban este motivo de consulta. En cambio, el ítem compromiso con su familia fue visto como más importante por aquellos que no presentaban este motivo de consulta versus los que sí.

Gráfico N°6



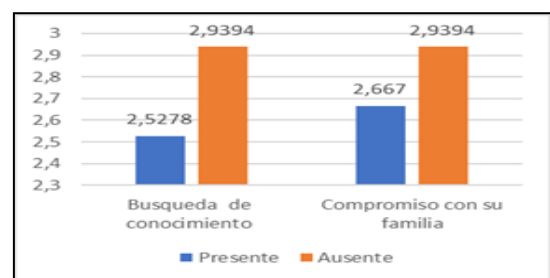
En la tabla N°9 se observa las asociaciones entre el motivo de consulta "problema afectivo" y las orientaciones vitales búsqueda de conocimiento y compromiso con su familia.

Tabla N°9

	F	Sig
Búsqueda de conocimiento	10,368	0,002
Compromiso con su familia	6,182	0,015

En el grafico N°7 se puede apreciar que aquellos individuos con ausencia del motivo de consulta problema afectivo puntuaron a la búsqueda de conocimiento como más importante que aquellos que si presentaban el trastorno. Así mismo aquellos individuos con ausencia de un problema afectivo puntuaron más alto al ítem compromiso con su familia que aquellos que si presentaban este motivo de consulta.

Gráfico N°7



Edad y sexo

En la tabla N°10 se observa la asociación entre Edad-Sexo y la orientación vital "búsqueda de reconocimiento o prestigio social"

Tabla N°10

	F	Sig
Búsqueda de reconocimiento o prestigio social	3,548	0,036

En la tabla N°11 se puede apreciar que dentro del rango 22-35 años, son más los hombres quienes consideran importante a la orientación búsqueda de reconocimiento o prestigio social con un 66,7% versus las mujeres con un 33,3%.

Tabla N°11

		Hombre	Mujer	Total
18-21	Poco importante	2 50%	2 50%	4 100%
	Medianamente importante	0 0%	1 100%	1 100%
	Muy importante	0 0%	1 100%	1 100%
22-35	Poco importante	1 16%	5 83%	6 100%
	Medianamente importante	7 43,8%	9 56,3%	16 100%
	Muy importante	10 66,7%	5 33,3%	15 100%
36-49	Poco importante	4 57,1%	3 42,9%	7 100%
	Medianamente importante	4 66,7%	2 33,3%	6 100%
	Muy importante	3 42,9%	3 57,1%	6 100%
50-61	Poco importante	1 100%	0 0%	1 100%
	Medianamente importante	1 50%	1 50%	2 100%
	Muy importante	1 33,7%	2 66,3%	3 100%

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En respuesta al objetivo planteado "analizar la función del SELF Búsqueda de Sentido del EIS, en una muestra clínica" se obtuvieron varios resultados. Primero que las orientaciones vitales mejor puntuadas son: Desarrollo personal, compromiso con su familia, desarrollo de amor en pareja, búsqueda de conocimiento, búsqueda de éxito laboral y búsqueda de éxito económico.

Al momento de evaluar las diferencias entre hombres y mujeres no se observa nada realmente significativo. No obstante orientaciones como búsqueda de conocimiento y búsqueda de justicia social parecen ser ligeramente más valoradas en hombres. Mientras que las orientaciones vitales compromiso con sus creencias religiosas y afán de servir a Dios parecen ser más relevantes para las mujeres.

En relación con la variable edad se aprecia que el afán de servir a Dios es poco importante en edades entre 18 y 21 pero se muestra relativamente presente e importante en edades entre 50 y 61. Aquí se podría argumentar que las nuevas generaciones no encuentran tanta satisfacción en la religión o en servir a Dios como generaciones anteriores, lo cual podría ser causa del incremento en información a la que nuevas generaciones están expuestas lo que resulta en una posición más desafiante e incrédula a tópicos antes considerados irrefutables. Otro factor puede ser el hecho de que en la juventud existe este sentimiento de invencibilidad mientras que en edades avanzadas se considera de gran manera la fragilidad de la vida lo que haría

en cambio que se aferren más a la religión. Así mismo la búsqueda de justicia social parece relevante en todas las edades, pero se ve más importante para aquellos individuos con edades entre 22 a 35 y 50 a 61 años.

Al igual que en la investigación de Opazo y Bejer (2017) la orientación desarrollo personal aparece como muy importante en todas las edades, lo que indica la relevancia que tiene esta temática en la vida de los individuos consultantes e incrementa más la necesidad por la exploración detallada de este concepto. Con relación a la combinación de estas dos variables (sexo, edad) se encontró una asociación con la búsqueda de reconocimiento o prestigio social la cual en su mayoría se vio valorada más positivamente en hombres que en mujeres específicamente en el rango etario de 22 a 35 años.

Con respecto al nivel educacional y su asociación con el ítem búsqueda de justicia social se encontró que fueron los individuos que se encontraban en los grupos de educación media y universitarios quienes puntuaron a esta orientación más alto que el resto. En este caso se podría inferir que una educación universitaria puede proveer a uno con una enseñanza cargada de valores que incitan o promueven la justicia social.

Los resultados hallados entre los puntajes del EPQ y las orientaciones vitales como la relación entre la extroversión con el afán de servir a Dios podrían sugerir que esta característica de la personalidad hace que el individuo busque más estimulación en su mundo externo. Como se mencionó antes esta escala hace referencia a una cualidad de

la personalidad relacionada con la dimensión y/o medio ambiente, evalúa el tipo de orientación del sujeto hacia el mundo, ya sea externa o interna respectivamente (Bagladi, 2003). A mayor nivel de extroversión mayor es la orientación del sujeto hacia el mundo externo, en este caso "Dios" podría servir como una gran fuente de estimulación externa para estos individuos.

Con respecto a la escala de psicoticismo la cual evalúa el grado de psicopatía, agresividad, terquedad e impulsividad presentados por el sujeto (Bagladi, 2003) se encontró una relación con la orientación búsqueda de éxito económico, específicamente, aquellos con puntajes bajos en psicoticismo encontraron este ítem más importante que aquellos con puntajes altos. Se podría inferir que niveles bajos de impulsividad ayudan al individuo a tener un mayor control sobre sus acciones y decisiones financieras como también en su capacidad para planear a futuro, esto resultaría en una necesidad más clara de estabilidad lo cual correspondería con un nivel alto de interés hacia el éxito económico. Por otro lado, altos niveles de psicoticismo dificultarían un manejo organizado de aspectos de la vida como el planear hacia el futuro lo que correspondería con un menor interés por el éxito económico.

El diagnóstico y motivo de consulta fueron variables muy interesantes de analizar, empezando por el diagnóstico de depresión y su relación con la búsqueda de conocimiento. En esta investigación se encontró que quienes puntuaron la búsqueda de conocimiento como muy importante, la gran mayoría no presentaba

un trastorno depresivo 69.6% versus aquellos que lo presentaban 24.1%. De la misma manera dentro de quienes puntuaron este ítem como poco importante, la gran mayoría estaba conformada por individuos con el trastorno depresivo, con un 75%, versus un 25% de aquellos con ausencia de el mismo. Si consideramos varios de los síntomas de la depresión como la falta de interés y motivación por realizar gran mayoría de actividades, resulta relativamente lógico que aquellos con este trastorno se sientan poco interesados hacia la búsqueda de conocimiento. Ahora con respecto al motivo de consulta, hay que notar que la asociación que se encontró entre crisis vital y la orientación compromiso con creencias políticas, es particularmente interesante. Se encontró que aquellos que presentaban este motivo de consulta puntuaron a esta motivación más alto que aquellos que no lo presentaban. La crisis vital puede describirse como una etapa donde se produce un proceso de reorganización de las estructuras del sujeto, desorganizadas ante situaciones nuevas con las que se ve obligado a enfrentarse, como un divorcio o un despido. Si consideramos que desde tiempos inmemorables ha habido conflictos por discrepancias en creencias políticas, entonces podríamos considerar que alguien con creencias extremas y arraigadas pueda encontrarse con situaciones que provoquen estos procesos de desorganización conocidos como crisis vitales. Con respecto al motivo de consulta problema afectivo, se halló que aquellos individuos que no presentaban este motivo de consulta puntuaron a la búsqueda de conocimiento y al compromiso con la familia más alto que aquellos que sí. Lo que sugiere que el presentar algún tipo de problemática

emocional afectaría el interés que hay hacia enriquecer el conocimiento como también hacia las relaciones familiares.

CONCLUSIONES

Al momento de indagar en las orientaciones vitales que son importantes para la población clínica consultante se obtiene que las mejor puntuadas son: Desarrollo personal, compromiso con su familia, desarrollo de amor en pareja, búsqueda de conocimiento, búsqueda de éxito laboral y búsqueda de éxito económico, esto se asimila a los resultados encontrados por Opazo y Bejer (2017) lo que sugiere que el ítem Desarrollo Personal es definitivamente uno de los nortes orientadores más populares. Esto hace que sea crucial continuar definiendo el concepto de desarrollo personal como también el significado de este dentro del Modelo Integrativo Supraparadigmático. Con respecto a la variable edad se aprecia que el afán de servir a Dios se muestra relativamente presente e importante en edades entre 50 y 61 pero es poco importante en edades entre 18 y 21 pero. Aquí se sugiere que es el sentimiento de fragilidad que experimenta el adulto mayor el que causa este acercamiento a lo religiosos, a diferencia de su contraparte más joven.

En cuanto a la variable nivel educacional se aprecia que fueron aquellos individuos pertenecientes a los grupos educación media y universitarios, quienes encontraron al ítem Búsqueda de justicia social más importante en comparación con aquellos pertenecientes

a las categorías de Técnico y universitario incompleto. Lo que se hipotetizo con esta variable fue que la ecuación universitaria (directamente, o indirectamente) tiende a incitar o a generar un deseo de lucha social en los estudiantes, esto se debe a la exposición de los jóvenes a ideas liberales y marxistas.

Los resultados de la variable diagnóstico por su parte nos exponen como los síntomas de un trastorno pueden influir en el interés o apreciación que hay sobre un ítem en particular, lo mismo se puede decir de la variable motivo de consulta. Aquí cabe recalcar que solo son hipótesis ya que la relación entre estas variables no muestra una dirección clara.

Finalmente, los resultados encontrados entre el Psicoticismo y la búsqueda de éxito económico implican que; un control sobre nuestros impulsos es muy relevante a la hora de considerar la importancia del éxito económico y la importancia de una estabilidad económica futura.

Al analizar como los individuos llegan a definir sus nortes orientadores o como estos dan importancia a ciertas orientaciones, las variables analizadas parecen ser relevantes en ese proceso. Variables como la edad, sexo, nivel educacional y el resto aportarían posibilidades ambientales, aportarían posibilidades intelectuales, aportarían posibilidades de relacionarse como también aportarían desventajas, lo que en general simplificaría o dificultara el logro de las orientaciones propuestas. En resumen, las orientaciones vitales parece que varían según la edad, etapas cumplidas, el tipo de

educación, la presencia o no de algún trastorno mental etc.

Si bien en la investigación realizada se hallaron resultados interesantes, la muestra es relativamente pequeña por lo que los hallazgos solo pueden considerarse aproximaciones. Sería interesante poder comparar con muestras clínicas de otros centros y con muestra no clínicas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Araya, M. (2009).** *Búsqueda de sentido y Enfoque Integrativo Supraparadigmático*. Tesis para optar al título de especialista en psicoterapia integrativa. Santiago: Centro Científico de desarrollo psicológico.
- Bagladi, V. (2003)** “*Variables Inespecíficos en Psicoterapia y Psicoterapia Integrativa*”. Tesis Doctorado, USL. Argentina.
- Bagladi, V. (2009).** *Una aproximación clínica al bienestar humano*. En I. Fernández & J. Sanhueza (Eds.), *Psicología para la vida*, (pp.113-183). Santiago: Comunicaciones Noreste.
- Gandelman M. (2007)** *La Funcion del Self Búsqueda de sentido en la vida en la adolescencia tardía*. Tesis para optar al grado de magister. Escuela de psicología Universidad Adolfo Ibañez e Instituto de Psicoterapia Integrativa, Santiago, Chile.
- Opazo, R. (1999).** *Psicoterapia Integrativa. Una delimitación Clínica*. Tesis para optar al Titulo de Doctor en Psicología. Universidad Nacional de San Luis, San Luis, Argentina.
- Opazo, R (2004).** *Psicoterapia Integrativa y Desarrollo Personal*. En H, Fernandez-Alvarez & **Opazo, (Comp.)**, *La Integración de Psicoterapia Manual Práctico* (pp. 335-384). Barcelona: Editorial Paidós

Opazo, R. (2017). Psicoterapia Integrativa EIS: profundizando la comprensión, potenciando el cambio. Chile: Autoedición.

Opazo, R. y Bejer, T, (2017). *Investigación orientaciones vitales en una muestra clínica: pacientes del instituto chileno de psicoterapia integrativa.* Santiago