

AcPI

Actualizaciones
en
Psicoterapia Integrativa

Editorial

Tenemos la satisfacción de presentar el Vol VII de nuestra publicación periódica Actualizaciones en Psicoterapia Integrativa *AcPI*. Este volumen incluye trabajos de variadas temáticas y son el producto del esfuerzo investigativo y/o de reflexión de profesionales ligados a nuestro Instituto, a quienes agradecemos por su aporte, colaboración y por compartir sus experiencias y conocimientos.

Dentro de los artículos del presente número, los lectores encontrarán revisiones teórico-clínicas en temas tan significativos como la felicidad duradera, la dimensión psicoevolutiva humana, la búsqueda de sentido en pacientes bipolares, el impacto del ejercicio físico en funciones cognitivas complejas y la perspectiva de género, todos estos desde el contexto del Enfoque Integrativo Supraparadigmático (E.I.S.). Y también podrán conocer resultados de investigaciones preliminares de nuestra población consultante, una en la temática de la infidelidad en la pareja, y la otra sobre las características sintomáticas y cambio durante el proceso de psicoterapia Integrativa EIS. Finalmente, en el apartado de reflexiones integrativas se han incluido dos problemáticas clínico sociales de relevancia y complejidad, las adicciones y los trastornos del espectro autismo; desde una mirada seria, actualizada y global nos entregamos elementos de especial aporte para su comprensión y abordaje integral.

Los invitamos, entonces, a conocer, compartir y reflexionar en torno a los trabajos contenidos en este *Vol VII de AcPI*, esperando les resulte de aporte a su labor profesional e invitándolos a continuar trabajando juntos en la búsqueda de respuesta a nuestros desafíos clínicos y sociales.

Verónica L. Bagladi L.
Directora

INDICE

Editorial.....	5
----------------	---

Artículos

El Paradigma Biológico de la Felicidad Duradera: Aportes orientados a la Psicoterapia <i>Ps. Ariel Gajardo G.</i>	8
--	---

Aportes de la Perspectiva de Género al Enfoque Integrativo Supraparadigmático <i>Ps. Mariana Gaba.</i>	27
---	----

Una Dimensión Evolutiva en el Contexto del Enfoque Integrativo Supraparadigmático <i>Ps. Gabriel Soler S. Mg.</i>	64
--	----

Impacto de la Actividad Física en el Desarrollo y Evolución de las Funciones Cognitivas <i>Ps. Luciano Parra S.</i>	86
--	----

Sentido de Vida para la población Bipolar. Consideraciones clínicas. <i>Ps. Camila Fuentes C.</i>	95
--	----

Características Psicológicas de Parejas en Situación de Infidelidad desde El Enfoque Integrativo Supraparadigmático <i>Ps. Michelle Oberreuter G. Mg.</i>	109
--	-----

Desafíos y Respuestas al Tratamiento de Consultantes en Salud Mental: Un estudio preliminar de resultados en Psicoterapia Integrativa EIS. <i>Ps. Verónica Bagladi L. PhD.</i> <i>Ps. Texia Bejer T. Mg.</i>	123
--	-----

Reflexiones Integrativas

Genética de las Adicciones <i>Ps. Francisco Dávalos. M.</i>	133
--	-----

Trastorno del Espectro Autista: Una comprensión Integrativa. <i>Ps. Camila Cayazzo A. y Ps. Mariela Bustos V.</i>	140
--	-----

Artículos

El Paradigma Biológico de la Felicidad Duradera Aportes orientados a la Psicoterapia

Ps.Ariel Gajardo G. *

Abstract

This article aims to review the paradigm of well-being as a complement to the paradigm of pathology -dominant in Clinical Psychology- from various authors and perspectives, which are a contribution to the understanding of the concept "lasting happiness", according the Supraparadigmatic Integrative Approach, and then focusing on the biological variables that affect it. For this, is performed a literature review of current scientific literature oriented to be a contribution to clinical work in psychotherapy.

Keywords: *Supraparadigmatic Integrative Approach, biological paradigm, well-being, lasting happiness*

Resumen

El presente artículo tiene por objeto realizar una revisión del paradigma del bienestar como complemento al paradigma de la patología -dominante en Psicología Clínica- desde diversos autores y miradas, que son un aporte a la comprensión del concepto "felicidad duradera" de acuerdo al Enfoque Integrativo Supraparadigmático, focalizándose luego en las variables biológicas que inciden en ésta. Para ello se realiza una revisión bibliográfica de la literatura científica actual orientada a ser un aporte al quehacer clínico en psicoterapia.

Palabras claves: *Enfoque Integrativo Supraparadigmático, paradigma biológico, bienestar, felicidad duradera*

AcPI, 7: 8-16.

* Psicólogo Pontificia Universidad Católica de Chile. Mg© en Psicología Clínica, mención Psicoterapia Integrativa, Universidad Adolfo Ibáñez en convenio con Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa (ICPSI). contacto: atgajard@gmail.com

INTRODUCCIÓN

*La felicidad es el sentido y la finalidad
de la vida, el objetivo y el fin último
de la existencia humana*

ARISTÓTELES

Gran parte del conocimiento acerca del ser humano se debe a que se ha aprendido a hacer las preguntas correctas. Desde el Enfoque Integrativo Supraparadigmático (desde ahora EIS) se ha aceptado que la manera idónea para responderlas es yendo en busca del conocimiento válido, que aporte a la predicción y al cambio. Esta manera de relacionarse con el conocimiento involucra la realización de una pregunta simple, pero de grandes consecuencias, la pregunta “¿por qué?”.

Ésta involucra una causalidad, es decir, una relación entre un evento (la causa) y un segundo evento (el efecto), donde el segundo se entiende como una consecuencia del primero. Dicha condición puso el foco en el origen de las cosas, en lo que Aristóteles, el filósofo, llamó la causa eficiente. Se busca en el pasado, en la proximidad del espacio y tiempo que la causa tiene con su supuesta consecuencia y en la condición de que siempre que suceda, también sucederá su efecto (Giannini, 1994). Esta última condición queda reflejada en la definición de la Real Academia Española acerca de la causalidad, al definirla como “ley en virtud de la cual se producen efectos” (RAE, 2014).

Desde el EIS se entiende que no es posible hablar de este tipo de causalidad cuando se trata de la causa de los fenómenos psicológicos. En la mayoría de los casos, las variables involucradas son tantas, que no es posible esperar que cada vez que suceda A, suceda B. Sin embargo, si es posible encontrar principios que incrementen la predicción de estos fenómenos, a través de las probabilidades. Por ello, es posible predecir que cada vez que suceda A, aumente la probabilidad

que suceda B. Como señala Opazo (2006) “no se trata entonces de una relación legal de necesidad, sino de una relación probabilística establecida sobre la base de observaciones científicas sistemáticas”.

Sin embargo, esta pregunta sobre el origen de las cosas, no agota todas las posibilidades y probablemente su importancia en la actualidad ha dejado de lado otras preguntas que en otro tiempo fueron bastante o más relevantes. Aristóteles distinguía otros tres tipos de causas, una de ellas la causa final, la cual se refiere al fin hacia el cual un ser se dirige, la meta de su ser o el fin de toda producción, en otras palabras, la finalidad de algo (Giannini, 1994).

El interés por ésta última causa condujo a Aristóteles a cuestionar el fin del ser humano, preguntándose; ¿Cuál es el fin del ser humano, fin que no sea medio de ninguna otra cosa?, es decir, ¿cuál es el fin último del ser humano? Y llegó a la siguiente conclusión; la Felicidad.

Se puede hacer el ejercicio, sólo basta con preguntarse “¿para qué?” acerca de cualquiera de sus actos. Al tener una respuesta, preguntarse nuevamente ¿para qué? Tal vez, como Aristóteles, llegue a la conclusión de que las cosas que hace tienen la finalidad de hacerlo feliz, incluso en aquellas cosas donde existe un sacrificio. Una vez que llegue a esa respuesta, pregúntese, ¿para qué ser feliz? Tal vez, como Aristóteles, encuentre aquí el lugar donde se agotan las respuestas.

Aristóteles, desde la Teleología, discute la importancia de la felicidad. Sin embargo, la Psicología como disciplina había olvidado su estudio, focalizándose durante años principalmente en la comprensión de los desórdenes mentales, la patología, los problemas en las relaciones interpersonales y en general, el sufrimiento humano. No desde hace mucho la preocupación por el bienestar humano comenzó a adquirir mayor preponderancia en la investigación

en Psicología. Sólo basta, por ejemplo, remontarse al año 2004 y notar que el *Comprehensive Textbook of Psychiatry* dedicaba miles de líneas para la depresión y la ansiedad, cientos de líneas para temas como la vergüenza, culpa, rabia y odio y sólo cinco líneas dedicadas a la esperanza y una línea a la dicha. Cabe notar que no había ninguna línea para la fe, el perdón, la compasión o el amor (Pedrals y López, 2014).

Sin embargo, la felicidad parece ser mundialmente un asunto que no se puede dejar de lado, principalmente si se considera que la OMS define Salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 2006, p. 1) En línea con esto, desde el EIS, la Salud Mental consiste no sólo en la ausencia de disfunciones, sino también en el bienestar psicológico.

El solapamiento que se produce entre felicidad y bienestar proviene de la evolución del concepto de felicidad en relación a los datos que la investigación ha ido aportando, de manera que actualmente al hablar de felicidad, se habla también de bienestar psicológico. Es un gran hallazgo de la investigación haber descubierto lo cercano que ambos conceptos son y esto se observa con facilidad en todas las consecuencias positivas que la felicidad duradera otorga a la vida de las personas, las cuales parecen incluso no tener relación aparente con lo feliz que una persona puede ser. Por ello, si ni los argumentos de Aristóteles ni lo que la OMS tenga que decir parecen ser suficiente, tal vez sea momento de decir que la gente feliz suele ser más saludable, vive más tiempo, disfruta una mejor calidad de vida, es menos proclive a sufrir depresión, ansiedad, estrés o ira, se involucra en menos actos de violencia, tienen relaciones más duraderas y sólidas, tienen mayor autoestima, menores índices de emociones negativas, mayor satisfacción con la vida, entre muchos otros beneficios. (Martínez, D., Ivanovic, F. y Unanue, 2013) Y no sólo se trata de

correlaciones, se ha demostrado que la felicidad en muchas ocasiones precede y predice estos resultados, en vez de ser sólo un resultado de estos (Cohn, et. al., 2009)

Sin embargo, para llegar a entender los sustratos biológicos de la felicidad, al menos cabe preguntar, ¿qué es la felicidad desde el punto de vista de la ciencia actual?

FELICIDAD MOMENTÁNEA Y FELICIDAD DURADERA

Poder definir y conceptualizar el término “felicidad”, más allá de los discursos personales, ha sido bastante difícil. Los investigadores Juan Carlos Oyanedel, María Ángeles Bilbao, Camila Mella y Cristián Ayala en su artículo “Midiendo el bienestar subjetivo” (2013) describen el recorrido que ha tenido el estudio del paradigma del bienestar, en contraste al paradigma orientado hacia la patología. La investigación en torno al bienestar se podría categorizar en tres grandes dimensiones; el bienestar objetivo, la calidad de vida y el bienestar subjetivo.

El bienestar objetivo se refiere principalmente a la satisfacción de necesidades ligadas a condiciones materiales, es decir, a los bienes externos. A modo de ejemplo, el PIB de un país sería reflejo del bienestar objetivo de sus habitantes (Oyandel et al, 2013). Sin embargo, esta medida ha demostrado ser insuficiente para dar cuenta del bienestar real de las personas. En efecto, siguiendo con el ejemplo, superado cierto umbral de riqueza, mayores ingresos económicos no se traducen en mayor felicidad a pesar de lo importante que muchos creen que el dinero solucionaría sus problemas (Diener & Diener, 2014).

La calidad de vida se refiere a lo que se suele entender por salud, es decir, el bienestar físico, mental y social, en conjunto con la ausencia

de enfermedad. El término se relaciona más bien a la noción de funcionalidad e involucra las condiciones necesarias para una buena vida y la práctica del buen vivir (Oyandel et al, 2013).

Por último, el bienestar subjetivo es entendido como “un sentido de bienestar con nuestra vida, tanto en términos de sentimientos como de pensamientos” (Oyandel et al, p.25, 2013), es decir, incluiría cómo la persona se siente y evalúa su vida. En otras palabras, el bienestar subjetivo se subdivide en dos componentes; uno afectivo (relacionado a las emociones positivas y negativas) y otro cognitivo-evaluativo (relacionado a la satisfacción con la vida) (Oyandel et al, 2013). El primero de ellos se vincula con la experimentación frecuente de emociones positivas y en menor medida de emociones negativas. El segundo de ellos, en cambio, se vincula con el grado en que la persona evalúa de manera positiva y en términos generales su vida y su contexto.

El concepto de bienestar subjetivo parece ser bastante clarificador, sin embargo, pronto la idea de lo que es la felicidad terminó relacionándose a lo que es conocido como el paradigma hedónico, es decir, aquella que se obtiene por medio de la autogratificación, por ejemplo, con la compra de bienes materiales. La evidencia demostró que el bienestar subjetivo no otorgaba la evidencia suficiente en relación a lo que significa e involucra ser feliz. Se recurrió entonces a un nuevo paradigma, el paradigma eudaimónico. Se comenzó a comprender que la felicidad no sólo involucra emociones y pensamientos positivos, sino que involucra un tipo de vivencia temporal en donde se es capaz de satisfacer una necesidad de proyección o trascendencia, yendo más allá de sentirse transitoriamente contentos. En algunas personas la felicidad es un estado permanente que más que depender de circunstancias ambientales y pasajeras (como es el caso del placer) funciona como un escudo que protege frente a eventos adversos y facilita gozar de eventos agradables.

Desde este paradigma la felicidad se asocia a la impresión de que la vida tiene sentido y propósito. Desde el punto de vista del EIS esta noción de felicidad se relaciona estrechamente con el Sistema Self y con la presencia de un Trasfondo Eficaz.

Por otra parte, Martin Seligman (2011), investigador en Psicología Positiva, distingue tres formas de estudiar la felicidad. La primera se relaciona a la felicidad hedónica, es decir, coloca el foco en las emociones positivas, tales como la alegría o el placer. La segunda se relaciona con lo que se denomina compromiso, caracterizado por un estado de absorción o de total implicación que las personas experimentan cuando y mientras realizan ciertas actividades (por ejemplo, alguna actividad apasionante) y se relacionaría a las fortalezas personales. La tercera forma es el sentido, es decir, vivir una vida significativa, en donde las fortalezas se unan a algo más trascendente. Seligman (2011) también recalca la importancia de distinguir entre la felicidad momentánea y duradera. La primera se puede obtener mediante el placer, comiendo un helado o viendo una película. Sin embargo, la evidencia ha demostrado que aumentar estas experiencias no redundan en un aumento de felicidad, lo que no quiere decir que no sean necesarias. Por esta razón, Seligman (2011) utiliza el término de vida plena, para hacer referencia a la integración de todas las condiciones que permiten vivir feliz de manera duradera, es decir, hace referencia a la experimentación de emociones positivas respecto al presente, pasado y futuro, poder disfrutar de los sentimientos positivos derivados de los placeres, obtener gratificaciones gracias a las fortalezas personales y hacer uso de éstas en algo más elevado que uno mismo, otorgándole un sentido a la vida.

La evidencia demuestra que una vida en la que predomina el placer no es la mejor opción cuando se trata de la felicidad duradera, sino va de la mano con una vida con sentido, y, entre

paréntesis, tampoco facilita la salud física y mental. Por dar un ejemplo, Steve Cole evaluó el grado de felicidad hedónica y eudaimónica en 80 adultos sanos y tomó muestras de sangre para evaluar el perfil genético en relación al aumento de inflamación y el descenso de la actividad antiviral del cuerpo, encontrando que las personas que experimentan una mayor felicidad eudaimónica presentaban bajos niveles de inflamación, fuerte expresión antiviral y genes de anticuerpos. El patrón opuesto se encontró en las personas con altos niveles de felicidad hedónica. En conclusión, el tipo de felicidad experimentada se relacionaría con la expresión de los genes y la salud física.

Sin embargo, una vida en la que sólo se experimente un fuerte sentimiento de sentido de vida y propósito ¿será suficiente para ser feliz de manera duradera? El investigador Tal Ben Shahar (2008) sugiere que no y en cambio, propone el modelo de las cuatro hamburguesas para explicar lo que hasta ahora la evidencia ha logrado demostrar. La primera de ellas es una hamburguesa vegetariana, de sabor insípido, pero a largo plazo, saludable. Esta opción caracteriza a las personas que viven en función de un beneficio futuro, pero a costa de vivir insatisfechos en el presente. A la larga, no disfrutan el día a día, ya que siempre piensan en lo que vendrá. Es el clásico modelo competitivo. La segunda hamburguesa es la típica de la comida chatarra, sabrosa, pero a largo plazo, poco saludable. Esta opción caracteriza a las personas que viven disfrutando el presente, pero no piensan en su futuro y se relaciona al modelo hedonista. La tercera hamburguesa es la peor de todas, de mal sabor y a futuro, poco saludable. Esta opción caracteriza a las personas que viven pensando que el pasado era mejor, no disfrutan del presente ni viven pensando en el beneficio futuro. A esta opción corresponde el modelo nihilista. Por último, existe la mejor hamburguesa, aquella que es sabrosa y a futuro, saludable. Esta hamburguesa caracteriza a las personas que viven experimentando beneficios en

el presente y al mismo tiempo viven acorde a lograr tener beneficios en el futuro. Esta opción corresponde al modelo de la felicidad. Para Tal Ben Shahar ser feliz implicaría vivir en sintonía con el futuro (sentido), satisfaciendo las necesidades del presente (placer).

La felicidad duradera, entonces, involucra dos aspectos inseparables; la hedonía y la eudaimonía. Ambos componentes están presentes en las personas felices (Kringelbach y Berridge, 2009). Sin embargo, ¿de qué depende la felicidad duradera?, ¿por qué si a través de un modelo explicativo de la felicidad, parece tan fácil ser feliz, para muchas personas les resulta tan difícil?, ¿qué variables facilitan u oponen resistencia a la obtención de placer y construcción de sentido?, ¿más de ambos es mejor o cuál es el equilibrio exacto?

Respecto al equilibrio exacto, el EIS aporta en la comprensión de que existen variables nomotéticas e idiosincráticas, por lo que el equilibrio “exacto” dependerá de las características particulares de cada individuo y de lo que la gran mayoría comparte. Lo que es claro, es que la felicidad duradera depende de aquello que nos hace feliz momentánea y duraderamente per se, de factores internos y externos y del peso diferencial que tiene cada uno de estos factores nomotética e idiosincráticamente.

La discusión acerca de los aspectos biológicos sobre diferentes constructos de investigación en Psicología ha sido un terreno de común debate. Ha sucedido así con la investigación en Inteligencia, Creatividad, Personalidad, entre muchos otros constructos. El estudio sobre la Felicidad no es ajeno a este clásico debate entre el peso de la biología y el de la estimulación ambiental, o más específicamente, cómo captan los conceptos en inglés “nature” y “nurture”. Estos refieren específicamente a la distinción entre los aspectos heredados y aquellos que no lo son. Desde el EIS se comprende que considerar sólo los factores heredados como biológicos es

insuficiente, ya que existen otras variables cuya influencia es ejercida desde lo biológico, no estrictamente heredados y que inciden de manera significativa en la felicidad. A continuación se presentan las variables biológicas que inciden en la felicidad duradera, abordando el debate en torno a la herencia y considerando aquellas variables no estrictamente heredadas, pero que ejercen su peso principalmente desde lo biológico, como es, por ejemplo, el sueño, la alimentación o el deporte, considerando además tanto aquellos factores que inciden más directamente en la felicidad momentánea como en la felicidad duradera.

VARIABLES BIOLÓGICAS QUE INCIDEN EN LA FELICIDAD

LA MITAD DE LA TORTA DE LA FELICIDAD; EL VALOR DE REFERENCIA

Sonja Lyubomirsky (2008) refiere que es posible lograr la felicidad duradera, más allá de la suma de momentos placenteros, y explica que la gran resistencia que existía (y aún existe en menor medida) entre los investigadores respecto a esta posibilidad se sustenta en dos descubrimientos; que la felicidad es heredable y muy estable a lo largo de la vida, y que es una característica común de las personas la gran capacidad para habituarse a los cambios positivos en la vida. La consecuencia de estas dos condiciones nomotéticas, fue creer que no era posible que las personas fueran felices de manera duradera ya que se consideraba que cualquier aumento en la felicidad sería pasajero y tarde o temprano, de manera inevitable, volverían a su estado original de felicidad o, como Lyubomirsky lo llama, su “valor de referencia”.

Seligman (2011) llama al “valor de referencia”, “rango fijo” y alude a que aproximadamente la mitad del puntaje obtenido en los test que miden felicidad se relaciona al resultado que obtienen los padres biológicos respondiendo a estos mismos test, lo que da cuenta de que un nivel específico o rango fijo de felicidad es heredado. Lyubomirsky (2008) y su

equipo de investigación también han encontrado que el 50% de las diferencias entre los niveles o el rango de felicidad de las personas, depende de su “valor de referencia”, determinado genéticamente. Este es un valor cuyo origen se encuentra en los familiares biológicos directos y las personas tienden a retornar a estos valores a pesar de sufrir dificultades. Estudios con gemelos univitelinos han sugerido conclusiones que apuntan a la misma dirección de un rango fijo o valor de referencia. Un modo de ejemplificar lo que revelan los estudios con gemelos es que si tomamos hipotéticamente 100 gemelos univitelinos, estos tendrían niveles de felicidad diferentes, pero se reducirían sólo al 50% (Lyubomirsky, 2008).

A pesar del aparente abismante peso de la biología, estos datos deben ser mirados con precaución. Ed Diener, uno de los grandes científicos del estudio de la Felicidad, contrasta los resultados de las investigaciones que arrojan un valor de referencia o rango fijo de alrededor de 50% con otros estudios llevados a cabo con poblaciones diferentes. Un conocido grupo danés de investigadores ha estimado que alrededor de un 22% de la felicidad sería heredada, en contraste con el 50% que han encontrado otros grupos. Estas diferencias se explican puesto que la genética y las circunstancias de la vida se afectan mutuamente y no sólo en una dirección. Si, por ejemplo, un individuo hereda el temperamento de su padre y la memoria de su madre, estas características afectarán la manera en que se relaciona con otros, su educación, su trabajo, etc. Pero también el ambiente afecta sus genes, a través de la expresión que los genes van a tener gracias a las condiciones y los estímulos ambientales a los que esa persona esté sometida. Para dar uno de los ejemplos clásicos, en un estudio acerca de la satisfacción de vida, se observó que en personas adineradas los genes lograron predecir de mejor manera la felicidad, en contraste, en personas en situación de pobreza el ambiente presenta una mayor influencia. Si en términos de porcentajes el

impacto del ambiente es mayor bajo ciertas condiciones, resulta lógico que sea menor el de la biología (Diener & Diener, 2008).

A pesar de estas diferencias numéricas, aun así los genes son muy importantes, sin embargo, ¿de qué genes se trata? Los investigadores han comenzado a estudiar los genes involucrados en la felicidad y el buen humor. Se ha observado a través de análisis de ADN la existencia de genes involucrados en la depresión, el archienemigo de la felicidad. A través de un estudio longitudinal en donde se siguió a niños a lo largo de su crecimiento hasta su adultez, se les tomó muestras de ADN, se observaron sus circunstancias de vida y se observaron sus antecedentes sociales. EL único gen que pudo ser aislado fue el 5-HTP, y una de sus variaciones fue un factor en la depresión. Las personas con una alelo específico para el gen 5-HTP reaccionan más en ciertas zonas del cerebro relacionadas a las emociones cuando se les presentan imágenes perturbadoras y tienen mayor rumiación del pensamiento como respuesta al estrés (Diener & Diener, 2008).

Los estudios con gemelos son reveladores. Los investigadores suelen estudiar gemelos monozigotos (idénticos), quienes tienen en común la totalidad de sus genes, y dicigotos (fraternos), quienes comparten aproximadamente la mitad de sus genes. Al investigar gemelos que comparten diferentes cantidades de genes, que han compartido a lo largo de su crecimiento ambientes familiares similares o diferentes, es posible descubrir cuánto de su felicidad es heredada. Un estudio con gemelos llevado a cabo por investigadores de la Universidad de Edinburgh (Archontaki, Lewis & Bates, 2013), estudió 837 pares de adultos, idénticos y fraternos, a quienes se les aplicó la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff (Ryff Psychological Well-Being Scale), que mide autonomía, dominio del medio ambiente, crecimiento personal, relaciones positivas con otros, proposito de vida y auto-aceptación (todas estas, medidas de felicidad eudaimónica), con la

finalidad de estudiar cómo la composición genética y el ambiente afectan el bienestar. Se observaron influencias genéticas significativas para cada uno de los factores que componen la escala de bienestar psicológico, dando cuenta de que la felicidad eudaimónica tendría significativas influencias genéticas. Además, se encontró un factor genético general y cuatro factores genéticos específicos para dar cuenta de los efectos de la heredabilidad del bienestar eudaimónico, lo que demuestra que el bienestar sería explicado por una estructura genética compleja. La auto-aceptación, entendida como la confianza y actitud positiva hacia sí mismo, se encontró estrechamente ligada con el aspecto más general del bienestar psicológico, por lo que destaca su importancia. Además, las diferencias en auto-aceptación tienen un componente genético significativo. Por último, estos resultados revelan que en general, el ambiente no es una fuente significativa de la estructura psicológica del bienestar.

Es clara la existencia de un valor de referencia o rango fijo de felicidad, determinado genéticamente, y también el hecho de que las personas retornen a estos valores luego de vivir tanto experiencias positivas como negativas. Entonces es necesario preguntar ¿qué explica este fenómeno?

LA ADAPTACIÓN HEDÓNICA:

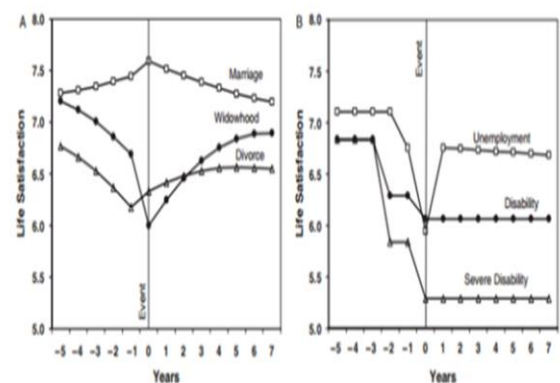
Si suponemos que un 50% de la felicidad personal depende de la herencia biológica y anteriormente se habló de la discusión científica acerca del aporte de la biología y del ambiente, se podría suponer que el otro 50% corresponde a las variables ambientales. Pues esto no es así. Como era de esperar existen otras variables involucradas. Desde el EIS esto se comprende a través del desglose de los fenómenos psicológicos en paradigmas y funciones del sistema self. Sonja Lyubomirsky y su equipo de trabajo (2008) descubrieron que sólo el 10% de la felicidad depende de las circunstancias de la vida o de las

situaciones. Por dar un ejemplo, en un tradicional estudio de 1985 (Diener, Horwitz, Emmons) que investigó los niveles de felicidad de los estadounidenses más ricos, que ganan más de 10 millones de dólares al año, se observó que su nivel de felicidad personal supera levemente al de los empleados administrativos y obreros que trabajan para ellos (esta información parece contrastar el debate anterior acerca de si el 22% o 50% de la felicidad es heredada. No es así, puesto que la explicación para este fenómeno es que superado cierto umbral de pobreza, el dinero deja de importar como un factor de peso para la felicidad). Aún queda el restante 40%. De acuerdo a las investigaciones de este equipo, el 40% restante corresponde a las actividades deliberadas, desglosadas en el comportamiento y la cognición. Por ejemplo, es sabido que las personas más felices son optimistas respecto al futuro, dedican mucho tiempo a la familia y a los amigos o expresan gratitud. Cabe destacar que para Sonja Lyubomirsky, hacer deporte, por ejemplo, sería considerado parte del porcentaje del 40% de actividades deliberadas y no del 50% del Paradigma Biológico como es considerado desde el EIS. Al hablar de aspectos biológicos, en las investigaciones en general se considera sólo los aspectos genéticos y de herencia.

Este 10% de fenómenos ambientales, por ejemplo, obtener una buena nota en un examen, ganar la lotería, obtener el premio nobel o recuperarse de un cáncer, pueden generar gran felicidad o infelicidad, pero será, en la mayoría de los casos, de forma pasajera (Diener, 2008). La razón de ello, es lo que se conoce como "adaptación hedónica". Esta se trata de una increíble capacidad humana para adaptarse a los eventos positivos y negativos. Por ejemplo, si come el helado que más le gusta lo sentirá muy sabroso, pero si durante una semana basa su dieta en helado, probablemente terminará odiando ese sabor. Esto es porque se ha adaptado a un evento positivo, en este caso, el sabor del helado. Lo

mismo sucede al tirarse a la piscina, en un principio sentirá bastante frío, pero después de un rato se acostumbrará. La adaptación hedónica no sólo ocurre para las sensaciones más básicas, también para otra clase de placeres corporales (olores, sabores, sentimientos sexuales, movimientos corporales, vistas agradables, sonidos agradables, etc.) y superiores (éxtasis, embeleso, gozo, dicha, alegría, regcijo, júbilo, diversión, entusiasmo, etc.) (Seligman, 2011). Ocurre también para la felicidad y en este caso, después de un tiempo las personas suelen retornar a sus valores de referencia o rangos fijos para la felicidad, determinados biológicamente.

La adaptación hedónica puede ocurrir tanto para eventos o estímulos que producen efectos agradables o desagradables y en ambos casos se suele retornar a un rango fijo de felicidad. Sin embargo, existen excepciones. Una investigación (Lucas, 2007) demuestra que en el caso del divorcio, muerte de un cónyuge, desempleo y discapacidad, suelen existir cambios duraderos en los niveles de bienestar subjetivo. Existen también muchas diferencias individuales respecto a qué tan bien las personas son capaces de adaptarse y por último, según el autor, estos estudios demostraron que la adaptación hedónica sería evitable. Tal como muestra el gráfico, luego de sucedido el evento (en el primer gráfico, de divorcio; en el segundo gráfico, de acuerdo al grado de discapacidad), no se retorna al estado previo.



Sin embargo, evitar la adaptación hedónica no es la meta principal cuando se habla de la felicidad duradera. La adaptación hedónica es necesaria y gracias a ella logramos volver a disfrutar de aquellas cosas que solemos disfrutar, así como facilita recuperarse de eventos desagradables.

DISPOSICIONES BIOLÓGICAS A EXPERIMENTAR EMOCIONES POSITIVAS Y NEGATIVAS:

Charles Darwin fue uno de los primeros científicos en investigar la evolución de las emociones y la expresión de los afectos, sugiriendo que éstas eran respuestas adaptativas al ambiente. En la actualidad se acepta que tanto los afectos positivos como los negativos tienen funciones adaptativas (Kringelbach y Berridge, 2009). Las emociones negativas, por ejemplo, la rabia, el rechazo o la pena, han permitido la supervivencia de nuestra especie frente a diferentes amenazas. Por otro lado, las emociones positivas, por ejemplo, la alegría, el perdón, la compasión o la gratitud (de un desarrollo evolutivo más reciente), han permitido nuestra supervivencia ampliando el repertorio de conductas caracterizadas por la cooperación y la creatividad (Bitran & Rigotti, 2013). No es menor recordar que sugerir que las emociones pueden ser la causa de conductas y no simples marcadores de éstas, es un descubrimiento de la Psicología contemporánea, en tanto, durante la época del Conductismo eran consideradas epifenómenos. No había razones para pensar que cuando, por ejemplo, un perro aprendía que golpeando una barra caía un poco de alimento, la emoción que el perro podría sentir tenía alguna relevancia en la ejecución y aprendizaje de la conducta, es decir, fuese su causa. Algunos descubrimientos, como el de la desesperanza aprendida, cuestionaron el rol de las emociones, en tanto demostraron, por ejemplo, que un perro podría aprender a responder de manera desesperanzada frente a un estímulo aleatorio. Aprender la aleatoriedad, es decir, que

sin importar lo que se haga, siempre se tendrá el mismo resultado, es un proceso cognitivo que no se puede explicar por el mecanicismo conductista (Seligman, 2011). En línea con lo anterior y con el estado actual de conocimiento de la Psicología, desde el EIS, se considera la influencia recíproca entre paradigmas como parte sine qua non del funcionamiento humano. Las emociones son complejas e involucran componentes sentimentales, sensoriales, de reflexión y de acción. Por esta razón, desde el EIS, su influencia causal no sólo debe ser considerada desde el Paradigma Afectivo, sino también, compete considerar los aspectos del Paradigma Biológico involucrados en las emociones.

Se ha logrado ir identificando los circuitos y procesos cerebrales involucrados en las emociones. Si bien no se ha logrado identificar en un lugar específico del cerebro la experiencia subjetiva de felicidad, si se ha logrado identificar ciertos circuitos que se activan frente a ciertas experiencias emocionales. Es el caso de los núcleos subcorticales, particularmente el núcleo accumbens y el área tagmental ventral, cuyas neuronas se activan al experimentar placer y emociones positivas. El sistema límbico permite asignar valor emocional a los estímulos externos, lo cual es útil para evaluar el riesgo/beneficio de una situación y decidir qué hacer entonces. La corteza prefrontal participa en esta evaluación, realizando un importante rol en la regulación de emociones. (Bitran y Rigotti, 2013).

Las emociones positivas promueven el desarrollo de una serie de recursos cognitivos, afectivos, físicos y sociales, lo que permite una mejor tolerancia al estrés, mayor tolerancia a los extraños, mayor creatividad, entre otros beneficios. A nivel fisiológico, las emociones positivas activan el sistema parasimpático, lo que permite que disminuya la presión sanguínea, la frecuencia cardíaca y respiratoria y la tensión muscular. La inducción de emociones positivas protegería también frente al impacto

cardiovascular del estrés y facilita la recuperación fisiológica causada por éste (Bitran y Rigotti, 2013).

En el caso de las emociones negativas, a nivel fisiológico, las emociones negativas activan el sistema nervioso simpático, responsable de la respuesta “lucha o huida”. La amígdala cerebral es usualmente activada y su función es detectar las señales de peligro. Entre las personas existen importantes diferencias en la reactividad de la amígdala, por lo que para algunas personas es muy difícil que su activación se reduzca a sus niveles normales luego de experimentar alguna emoción negativa o de que un peligro haya desaparecido. Esto presenta efectos en los niveles de felicidad duradera de las personas, pues la dificultad para regular la activación de la amígdala se relaciona a niveles crónicamente elevados de cortisol, relacionado a altos niveles de estrés sostenido en el tiempo (Bitran y Rigotti, 2013).

EL ROL DEL PLACER

Uno de los mayores progresos que se ha logrado en el campo de estudio de la felicidad es acerca de la psicología del placer. La neurociencia ha especificado las características objetivas de las reacciones de placer, ligando éstas a los sustratos cerebrales subyacentes. Se ha observado que los mecanismos involucrados en los placeres fundamentales (comida y placeres sexuales) se solapan con aquellos de mayor orden (por ejemplo, placeres artísticos, musicales o monetarios). Todos involucran los mismos sistemas cerebrales, incluso aquellos que producen daño, como el abuso de drogas. Es probable que estos mismos sistemas estén involucrados en los placeres que contribuyen a la felicidad, como sociabilizar con amistades o algunos rasgos de ánimo hedónico positivo (Kringelbach y Berridge, 2009; Biltran y Rigotti, 2013).

Sin embargo, ¿qué es el placer? El placer no es sólo una sensación, ya que siempre está acompañado de otros componentes que retocan

su experiencia, que involucran diferentes circuitos neuronales de aquellos que provocan la sensación de placer y permite “gustar” de estas sensaciones (Kringelbach y Berridge, 2009)

A través de diversos estudios se ha logrado identificar circuitos neuronales asociados a la experimentación de placer, circuitos que son llamados “de recompensa”, que participan en el bienestar hedónico o lo que fue llamado el paradigma hedónico. Estos circuitos son conformados por una red de puntos hedónicos ubicados bajo la corteza cerebral, donde el núcleo accumbens es uno de los principales. Al ser activados por la estimulación apropiada, generan intensos estados de placer. Sin embargo, la experiencia de placer es más que una sensación aislada, ya que involucra la experiencia de “gusto” de esa sensación. De esta experiencia se encargan otros circuitos, que son activados a través del circuito de recompensa, e involucran la amígdala y la corteza prefrontal (especialmente las regiones frontorbital, cingulada anterior e insular). Estos se encargan de los componentes cognitivos de la experiencia de placer (recuerdos) y del aprendizaje. De esta manera desde las experiencias placenteras más simples están involucrados al menos tres procesos psicológicos con tres bases biológicas diferentes; desear, gustar, y aprender (Biltran y Rigotti, 2013)

Respecto a los neurotransmisores involucrados en la experiencia de placer, la dopamina es la principal, conclusión que deriva de la liberación de dopamina que se ha observado cuando animales, como ratas, están en presencia de un estímulo hedónico, como una comida. Sin embargo, la evidencia ha demostrado que la dopamina más que ser causa de placer, estaría involucrada en la valoración psicológica que se le otorga a los estímulos placenteros, lo cual favorece la motivación y la consolidación de estos recuerdos (Biltran y Rigotti, 2013).

Cada persona presenta diferencias en cuanto a la intensidad con que experimenta placer, de los estímulos que le provocan placer y de la duración de las sensaciones placenteras. Sin embargo, existen componentes nomotéticos. El placer involucra principalmente dos paradigmas; el biológico y el afectivo. Esto debido a que su componente principal es el sensorial y el emocional. Son efímeros, es decir, pasajeros o de corta duración y terminan de forma repentina. Por ejemplo, al comerme un helado, el placer que puedo experimentar durará lo que demore en comerme el helado y tal vez un tiempo más. Y además involucran una escasa participación del pensamiento o cognición. Si mi preferido es el helado de vainilla y decido comerlo todos los días, con el tiempo dejará de provocarme la misma sensación de placer. Es más, la décima bocanada de una sola porción de helado será menos placentera que la primera. Este proceso es conocido como habituación o adaptación hedónica. Las neuronas están preparadas para responder a las situaciones novedosas y no frente a situaciones que no aportan nueva información (Seligman, 2011)

No todos los placeres producen felicidad. El placer artístico o el uso de una droga difieren en que el primero de ellos produce un gusto y además querer realizar la actividad artística, en cambio, la droga en una persona adicta podría proporcionar un deseo irracional sin el placer o gusto de consumir la droga. Esta diferencia se entiende al reconocer que uno de los procesos involucrados en el placer se asocia al placer o gusto, en cambio, otros se asocian a procesos motivacionales. Es por ello que alguien puede “querer” algo, sin que necesariamente le proporcione “gusto” obtenerlo. Esto explica que un adicto pueda llegar a querer algo que no le gusta, ya que estos mecanismos presentan sustratos neurológicos diferentes. “Querer” se relacionaría a mecanismos subcorticales, por lo que un adicto puede querer consumir, a pesar de que a un nivel más

consciente, no quiera hacerlo. La sensación de placer que surge de la activación del circuito de recompensa activa otros circuitos relacionados a la memoria y el aprendizaje, con bases biológicas propias (Kringelbach y Berridge, 2009; Biltran y Rigotti, 2013).

En experimentos clásicos con ratas (Shizgal, 1997) investigadores implantaron electrodos en ciertas zonas subcorticales de sus cerebros, para luego aplicar descargas cada vez que las ratas presionaban una palanca. La estimulación eléctrica se convirtió para las ratas una prioridad por sobre sus necesidades alimentarias, el sexo y su vida, por lo que apretaban la palanca una y otra vez. Estos circuitos se relacionan con el deseo en las ratas, el cual sólo podía ser satisfecho mediante una nueva descarga eléctrica, a menos que logran superar los síntomas de abstinencia por no haber apretado la palanca. Las ratas lógicamente no lo hacían y quedaban prisioneras de esta condición. Las ratas de estos experimentos en realidad se habían convertido en ratas adictas a la estimulación eléctrica que desencadenaba la presión de la palanca, por lo que no podían parar de hacerlo.

Aunque no se llegue al límite de una adicción, es claro que el placer, si bien es necesario para ganar felicidad de forma duradera, debe saber administrarse. Para evitar los efectos de la habituación, es necesario espaciar las gratificaciones en el tiempo, es decir, dejar que pase más tiempo del que se está acostumbrado. El lapso óptimo es el que permita mantener bajo control el acostumbrarse a los placeres. En segundo lugar, mientras más placeres de la vida se pueda disfrutar, mejor. Mientras mayor cantidad de cosas sean las que a una persona le resultan placenteras, mayor es el campo de elección que se tiene disponible y menor es el riesgo de habituarse a una sola cosa. Por último, la atención es una capacidad a la que se le puede sacar provecho para hacer más satisfactorios los momentos de placer. Atender a aquellas cosas de las que se está disfrutando, sentir la sorpresa de lo novedoso,

evita la habituación (Seligman, 2011). Por ejemplo, en vez de comer el helado rápidamente, sería mejor hacerlo de manera atenta a los sabores, aromas y sensaciones que provoca, extendiendo así las sensaciones agradables y otorgando un control sobre lo que se hace.

Muchas personas son adictas a químicos, como el alcohol, cocaína, nicotina, etc. o dadas a los placeres, sin embargo, no son felices. Esto debido a que los mecanismos involucrados en el placer no son todos los mecanismos cerebrales involucrados en la felicidad duradera. Por ejemplo, la dopamina se extiende ampliamente en el cerebro cuando se recibe alguna clase de recompensa (alimento, aprobar un examen, etc.) y su efecto también puede ser estimulado por compuestos relacionados a la anfetamina y cocaína, que dan una sensación de optimismo, energía y poder, sin embargo, esto no es felicidad. No existe algo así como un químico de la felicidad (Freeman, 1996). La felicidad duradera involucra más de lo que un químico puede lograr, incorporando elementos que no se relacionan sólo al paradigma biológico, sino también al funcionamiento cognitivo, afectivo, inconsciente, ambiental/conductual, sistémico y por sobre todo, al Sistema Self. Y no sólo a nuestro presente, también a nuestro pasado y futuro.

ALGUNOS ASPECTOS RELEVANTES EN LA BIOLOGÍA DE LA DEPRESIÓN:

La Depresión es uno de los principales enemigos de la felicidad duradera. Se define como un trastorno o síndrome y son nueve los síntomas clásicos que la describen, entre ellos, tristeza y/o irritabilidad la mayor parte del día, y menos interés y placer en casi todas las actividades y aficiones con las que antes se solía disfrutar. Una depresión no es un estado de ánimo triste pasajero, al contrario, afecta todo el cuerpo y a la persona en su totalidad; sentimientos, pensamientos y estado físico (Lyubomirsky, 2008).

Para que una persona llegue a deprimirse participan dos elementos fundamentales; el ambiente y la predisposición biológica de la persona a la depresión. La depresión tiene un componente hereditario, es decir, hasta cierto punto este trastorno se encuentra determinado genéticamente. La posibilidad de que se pueda heredar, oscila entre el 31 y el 42 por ciento. En comparación, la heredabilidad de la esquizofrenia y del trastorno bipolar es de alrededor del 70% (Sullivan, 2000). Se ha observado que las personas que sufren de depresión experimentan diversos síntomas a nivel biológico, como niveles muy bajos de norepinefrina, serotonina y dopamina, niveles muy altos de cortisol, alteraciones en el sueño profundo o REM, anomalías en la corteza prefrontal y regiones límbicas (relacionadas con dormir, comer, el sexo, la motivación, la memoria y las reacciones ante el estrés) (Lyubomirsky, 2008).

Desde el EIS, el componente biológico de la Depresión es entendido como depresivismo, el cual hace referencia a la “facilitación biológica para magnificar el valor depresogénico de los estímulos” (Opazo, 2004). Este concepto agrega valor clínico al de la heredabilidad en la depresión o predisposición biológica a la depresión, ya que estos reflejan las diferencias estadísticamente significativas respecto a la probabilidad de sufrir una depresión o no hacerlo en casos de gemelos, mellizos o hijos adoptados, y si bien una persona puede no llegar a sufrir un Trastorno Depresivo Mayor por efectos de su biología, su biología si puede facilitar la magnificación del valor depresogénico de los estímulos.

Si bien estar deprimido es un impedimento para ser feliz, no es una condena inevitable. La mayoría de las personas necesitan que desaparezcan sus síntomas más graves para encontrar la energía y motivación suficientes para intentar ser feliz de manera duradera. En otras palabras, las personas necesitan pasar de estar en -10 a 0, antes de poder preocuparse de ir de 0 a 10. Sin embargo, esto no evita que se puedan realizar

pequeños ejercicios que incrementen la felicidad (Lyubomirsky, 2008; Seligman, 2011). No todo depende de la energía y la auténtica motivación, sino que la motivación puede ser cognitiva, tomando consciencia de los beneficios que ciertas actividades pueden ofrecer para ganar felicidad.

RASGOS DE PERSONALIDAD

Los rasgos de Personalidad juegan un rol relevante en el Bienestar Subjetivo. Dos de estos rasgos han sido muy estudiados por los investigadores y se ha observado que ambos poseen un componente genético heredado significativo para que una persona lo presente o no; el neuroticismo y la extraversión. Un alto neuroticismo caracteriza a personas que tienden a presentar alto nerviosismo, irritabilidad, tristeza, culpa y preocupación. Como es de esperar, personas con un alto neuroticismo presentan menores niveles de felicidad duradera. Por otro lado, la alta extroversión caracteriza a las personas que tienden a presentar alta sociabilidad, actividad y una tendencia mayor a buscar el placer. Las personas con alta extroversión tienden a experimentar más emociones positivas y se ha visto que es así en diferentes culturas en el mundo. En contextos de laboratorio, los extrovertidos tienden a mostrar mayores reacciones positivas a los estímulos experimentales y suelen estar un poco más felices en sus niveles de felicidad al inicio de las situaciones experimentales (Diener & Diener, 2008). Un estudio que evaluó 368 estudiantes universitarios les solicitó a los participantes que respondieran el cuestionario de Personalidad de Eysenck-Revisado (EPQ-R), la Escala de Satisfacción en la Vida (SWLS) y la Escala de Afecto Positivo y Afecto Negativo (PANAS), llegando a la conclusión que el neuroticismo era la variable con mayor valor predictivo, explicando el 44% de la varianza de bienestar subjetivo. Por otro lado, la extraversión lograba explicar un 8% de la varianza (Librán, 2006).

Considerando otros rasgos de personalidad, se ha llegado a similares conclusiones. Al considerar los 5 Grandes (extraversión, neuroticismo, amabilidad, responsabilidad y apertura a la experiencia), se ha observado que el neuroticismo, la extroversión, amabilidad y responsabilidad se asocian de manera significativa con el bienestar subjetivo. El neuroticismo es el mejor predictor de bienestar subjetivo, mientras que la extroversión es un fuerte predictor de afecto positivo, felicidad y calidad de vida (Costa, McCrae, 1980)

NUTRICIÓN Y OBESIDAD:

Nos alimentamos a través de conductas; el llevarnos alimentos a la boca, recibir el alimento de nuestras madres cuando pequeños o los actos que realiza un médico para controlar la máquina que suministra suero. Sin embargo, la alimentación genera sus efectos principalmente desde la biología. Uno de esos efectos es el de la felicidad y las personas que mantienen una dieta saludable suelen ser más felices. En un estudio 281 adultos jóvenes siguieron las indicaciones de llevar una dieta particular por 21 días consecutivos. Cada día debían responder un cuestionario que evaluaba sus afectos positivos y negativos y se les solicitaba especificar los alimentos que habían consumido. Los resultados mostraron que considerando solamente la relación entre la persona y lo que había comido ese día, se observaba que los días en que comieron más porciones de frutas y vegetales, experimentaban más afectos positivos. Los resultados también mostraron que las frutas y verduras predecían aumentos en el afecto positivo del día siguiente. Los cambios en afecto positivo fueron significativos en los adultos jóvenes que consumían 7 a 8 porciones de frutas o verduras al día (White, Horwath, Conner, 2013).

Comer bien, hace bien tanto a la salud como para obtener mayor felicidad. Sin embargo, los estudios entre sobrepeso y felicidad muestran

resultados contradictorios. Algunos investigadores no han encontrado una relación significativa entre ambos (Podeszwa, Stanko, Mooney, Cramer, y Mendelow, 2006; Thommasen, Self, Grigg, Zhang y Birmingham, 2005), sin embargo, se ha encontrado que un peso más alto se asocia a una peor percepción de la propia salud, mayores niveles de estrés, menor satisfacción con la propia salud, menor autoestima y menor satisfacción, especialmente en personas obesas jóvenes (Thommasen, Self, Grigg, Zhang y Birmingham, 2005).

La obesidad genera los mayores efectos negativos en la felicidad, más que sólo el sobrepeso. Un estudio demostró una relación significativa entre obesidad e infelicidad. En el caso de las mujeres, cualquier tipo de obesidad se relacionaba a infelicidad (clase I, II o III), mientras que en los hombres, sólo la clase III, es decir, los más graves, se sentían infelices (Ul-Haq, Mackay, Martin, Smith, Gill, Nicholl, & Pell, 2014). Si bien la obesidad y el sobrepeso no son saludables, ya que aumentan el riesgo de padecer muchas enfermedades y reducen la calidad de vida, los efectos que presentan en la felicidad dependen también de variables sociales. Un estudio que investigó a Filipinos y Asiáticos, demostró que mientras más común es tener sobrepeso en un grupo social particular, menor es el efecto en la felicidad personal (Pinhey, Rubinstein, & Colfax, 1997), demostrando así la interacción que posee la biología con los factores ambientales.

LA IMPORTANCIA DEL BUEN DORMIR:

Dormir resulta fundamental para la felicidad tanto en niños como en adultos. Dormir menos de lo necesario puede traer diversas consecuencias y es un hábito que debe ser aprendido desde pequeños. Se ha observado que niños que no duermen bien presentan menores desempeños en la capacidad de aprendizaje, memoria y tiempos de

reacción (Fallone, Acebo, Arnedt, 2001; Curcio, Ferrara, De Gennaro, 2006). Un estudio demostró que la pérdida de dos horas de sueño por tres días, bajaba el desempeño en los niños en dos años (Sadeh, Gruber, Raviv, 2003). No dormir lo suficiente también afecta la creatividad. En niños con buen dormir, existe mayor flexibilidad verbal, por lo que son más creativos y presentan un discurso más articulado. La falta de sueño genera un discurso menos fluido, afecta la capacidad de resolver problemas y la capacidad de imaginación. La falta de sueño afecta también la capacidad de atención. Un estudio que analizó la relación entre el dormir y diversas funciones cognitivas encontró que la pérdida de sueño o el sueño interrumpido provocaban cansancio, dificultades en la atención focalizada, irritabilidad, menor tolerancia a la frustración y dificultad para modular los impulsos y las emociones (Dahl, 1996)

El dormir también afecta la manera en que se almacena la grasa y se queman calorías, existiendo relaciones no sólo entre dormir poco y almacenar más grasa, sino, entre dormir poco y presentar obesidad, tanto en niños como en adultos (Cappuccio, Taggart, Kandala, Currie, Peile, Stranges, & Miller, 2008)

EL EJERCICIO:

El ejercicio tiene múltiples beneficios a la salud, incluso respecto a la reducción del riesgo de muerte, pero la relación que presenta con la felicidad ha sido más controversial. Sin embargo, hoy en día se reconoce que la actividad física se relaciona de manera significativa con la felicidad (Tkach & Lyubomirsky, 2006), calidad de vida y satisfacción con la vida. Un estudio analizó la capacidad aeróbica (es decir, la capacidad de soportar un esfuerzo físico prolongado y una medida de la salud general, especialmente respecto a los sistemas cardiovascular, metabólico y el aparato respiratorio) de adolescentes

españoles y la relación con felicidad, obteniendo que existe una relación significativa y positiva entre capacidad aeróbica y felicidad. También encontraron que la capacidad aeróbica se relacionaba de manera significativa con la satisfacción con la vida (Jiménez-Moral, Sánchez, Molero, Pulido-Martos, & Ruiz, 2013). Los efectos del entrenamiento aeróbico además son duraderos. Investigadores demostraron efectos positivos en el ánimo en participantes que realizaban sólo 20 minutos de entrenamiento aeróbico de intensidad moderada, cuyos efectos podrían llegar a durar 12 horas (Sibold & Berg, 2010)

El ejercicio no sólo ayuda a mejorar el ánimo, también incrementa las endorfinas y otros químicos que producen sensaciones de bienestar, reduce los niveles de cortisol, por lo tanto permite regular el estrés, reduce los niveles de adrenalina y ayuda a reducir los síntomas de depresión y ansiedad (Carek, Laibstain & Carek, 2011). La efectividad del ejercicio para reducir los síntomas de la depresión es significativa, lo que lo convierte en una herramienta clínicamente efectiva. El ejercicio ha sido usado como complemento a tratamientos tradicionales para la depresión y crisis de pánico, mostrando efectos positivos en ambos casos (Ströhle, 2009)

LA EDAD:

La edad parece estar relacionada con los niveles de felicidad, presentando una forma de curva entre los 20 y 60 años, con un mínimo nivel de satisfacción a la mitad de la vida (35-50 años), nivel que es aún más pronunciado cuando se incluyen variables socioeconómicas. Alrededor de los 60 años parece haber un incremento en los niveles de felicidad, donde luego le sigue una disminución importante alrededor de los 75 años (Frijters & Beatton, 2012). Si bien el proceso de envejecimiento es en gran medida biológico, la

felicidad a lo largo de la vida se encuentra lejos de ser explicada sólo por cambios en la biología. Sin embargo, la ciencia ha discutido hasta qué punto la biología explica los cambios en los niveles de felicidad a lo largo de la vida, por lo que es relevante considerarlo.

Entre los 3 y 9 años los estudios sugieren que los niños son en su mayoría felices y se encuentran satisfechos con sus vidas. Algunas investigaciones muestran que a los 10 años comienzan a decrecer los niveles de felicidad con la transición a la adolescencia. En los niños se hipotetiza que los altos niveles de felicidad son debido a la gran cantidad de tiempo libre que los niños disponen y la posibilidad de usar este tiempo para jugar. Otra razón posible es el acceso a oportunidades para desarrollar un sentido de autonomía, relaciones de parentesco y competencia sana, componentes relacionados con el bienestar (Hyde, Maher & Elavsky, 2013)

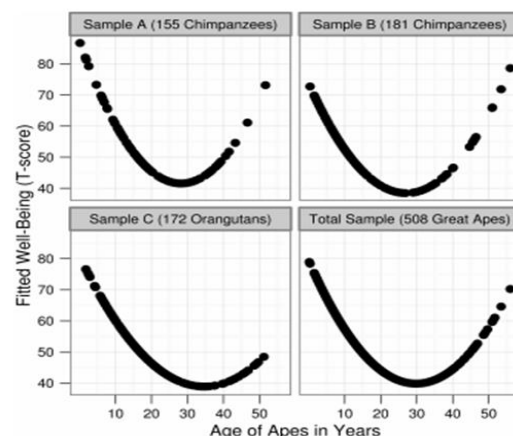
En la adolescencia la felicidad declina entre los 11 y los 16 años, encontrándose un 11% de ellos altamente insatisfechos. El afecto también suele volverse menos positivo. A diferencia de la infancia, en la adolescencia parecen estar involucrados mecanismos neurobiológicos que explican esta disminución en el bienestar. Durante la adolescencia existen evoluciones estructurales y funcionales de los mecanismos encargados de la regulación emocional, de las conductas de riesgo, y de las elevaciones de depresión y ansiedad que pueden disminuir el bienestar. También existen cambios en la percepción y motivación (búsqueda de popularidad, aceptación, etc.) y ambientales (bullying, etc.) que pueden incrementar este efecto (Hyde, Maher & Elavsky, 2013).

Entre los 18 y 25 años, período conocido como la adultez emergente, existe una fuerte disminución del bienestar. El afecto positivo disminuye, para luego aumentar en la adultez y la satisfacción con la vida disminuye intensamente para luego volver a retornar a sus valores

originales sólo a edad avanzada. Se ha hipotetizado que los bajos niveles de afecto positivo se relacionan a la cantidad de experiencias emocionales involucradas en esta etapa de la vida. También se ha hipotetizado que durante esta etapa de la vida los objetivos relacionados a las emociones son desplazados por objetivos de vida relacionados a la obtención de conocimiento. Por último, se ha pensado que esta disminución en el bienestar se relaciona con los riesgos asociados a la exploración (una carrera mal escogida, términos de relación de pareja duradera, etc.) (Hyde, Maher & Elavsky, 2013).

Entre los 26 y 65 años, es decir, en la adultez, comienza a existir un aumento en el afecto positivo, que sigue aumentando a lo largo del transcurso de esta etapa de la vida y una disminución del afecto negativo. Sin embargo, en la adultez, los resultados de investigación acerca de la satisfacción con la vida son contradictorios, por lo que se ha observado en algunos casos que ésta disminuye, aumenta, o se mantiene constante. Algunos investigadores proponen que el cambio positivo se debe a cambios en el desarrollo de la motivación y de la regulación de emociones. Se observa también que los adultos tienen mejores estrategias de regulación de emociones. Al parecer, los adultos cambian el foco desde objetivos de vida relacionados a la obtención de conocimiento, hacia objetivos de vida relacionados a las emociones. Los adultos evitan más situaciones que probablemente les provoquen emociones negativas y priorizan las experiencias emocionales positivas. Los resultados de investigación, sin embargo, no son aún del todo claros, puesto que investigaciones también muestran que la reactividad al estrés y la inestabilidad del ánimo, aumenta con la edad, lo que sugiere que el aumento de afectos positivos no se debe a una mejor regulación de emociones, sino, a un cambio de foco en los objetivos de vida y a la evitación de situaciones estresantes (Hyde, Maher & Elavsky, 2013). La conocida crisis de la

mitad de la vida también ha sido analizada y generalmente es explicada a través de factores socioeconómicos. Algunos investigadores han propuesto que se relaciona a que este es un período donde las personas pueden llegar a convencerse de que sus sueños y aspiraciones de juventud ya no se van a cumplir. Otros sugieren que se relaciona a problemas económicos relativos a la presencia de los hijos y al cuidado de los padres. Una investigación realizada con chimpancés y orangutanes sugiere que podrían existir variables biológicas involucradas en la crisis de la mitad de la vida. Se logró observar que ambos primates no humanos presentaban una crisis de la mitad de la vida, al igual que los seres humanos, siguiendo una curva de bienestar a lo largo de la vida también similar. El bienestar de los primates no humanos fue evaluado por sus cuidadores individuales a través de cuestionarios que miden el bienestar subjetivo de las personas, pero adaptados para medir el bienestar de los primates no humanos. El siguiente gráfico representa tres muestras de primates no humanos y la muestra total (Weiss, King, Inoue-Murayama, Matsuzawa, Oswald, 2012):

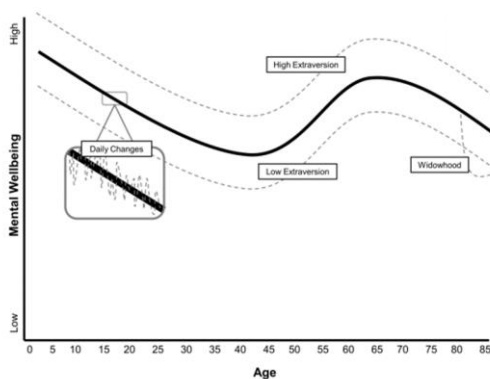


Las explicaciones para estos resultados son que ciertas regiones cerebrales encargadas de procesar el bienestar psicológico pueden cambiar con la edad. Otra posibilidad son los cambios que se experimentan en los niveles de las hormonas sexuales testosterona y estrógeno, en hombres y

mujeres, respectivamente. Una tercera razón posible son los cambios en la actividad de neurotransmisores relacionados al bienestar. Por último, es posible que primates no humanos como humanos, desarrollen una mayor capacidad de regulación emocional y modifiquen sus objetivos de vida, lo que hace pensar que esto no ocurriría sólo a un nivel consciente y determinado por factores ambientales (Weiss, King, Inoue-Murayama, Matsuzawa, Oswald, 2012).

Por último, sobre los 65 años, existe un aumento en los niveles de felicidad y mayor afecto positivo, que luego decae alrededor de los 75 años. Una de las explicaciones en el aumento del bienestar a los 65 años son los cambios en la motivación y en la regulación de las emociones. Los adultos mayores son más flexibles respecto al alcance de sus objetivos y regulan sus objetivos con la finalidad de no tener pérdidas, más que de obtener ganancias. Suelen evitar metas inalcanzables o poco realistas y las metas son más apropiadas a las propias capacidades. La percepción de la proximidad de la muerte también influye en que los adultos mayores se focalicen más en su bienestar emocional (Weiss, King, Inoue-Murayama, Matsuzawa, Oswald, 2012).

El siguiente gráfico es una representación de los cambios experimentados en el bienestar a lo largo de toda la vida. Incluye las diferencias en extraversión, eventos de vida (viudez – widowhood-) y cambios diarios:



(Weiss, King, Inoue-Murayama, Matsuzawa, Oswald, 2012).

CONCLUSIONES:

No cabe duda que la biología juega un rol importante en la felicidad. Años atrás se creía que ello era un impedimento para poder ser más feliz, viendo a la biología, particularmente la herencia, como una barrera inflexible que impone los límites de cuán feliz se puede llegar a ser. Hoy en día los conocimientos en torno a la herencia de la felicidad permiten afirmar que si bien la biología coloca un límite, este tiene la forma de un rango que delimita cuán feliz se puede llegar a ser. En ese sentido, es posible vivir en la parte más baja de ese rango determinado genéticamente o en la parte superior. Ello se afirma no sólo en los resultados estadísticos, sino también, en los cambios observados a nivel neurológico. El cerebro puede cambiar y el ambiente media la expresión de los genes, de manera que lo que parece venir determinado biológicamente, en realidad, se trata más bien de diversos caminos por los cuales los genes pueden ser expresados. El camino que se tome dependerá de condiciones no biológicas, del ambiente y de variables que se encuentran bajo el control voluntario.

También se debe entender que si bien existen diversos modelos sobre felicidad o bienestar, los autores coinciden (y la evidencia lo respalda) en distinguir aquellos factores involucrados en la felicidad hedónica de aquellos involucrados en la felicidad eudaimónica. Si desde el punto de vista de la felicidad hedónica un individuo no se ve lo bastante favorecido por su herencia biológica, no está todo perdido. Aún es posible sacarle el mayor provecho a su biología y además, la felicidad hedónica representa sólo una fracción de todo lo necesario para ser feliz de manera duradera. El desarrollo de las fortalezas personales y un fuerte sentido de vida, por ejemplo, son elementos que proporcionan felicidad duradera que dependen en gran medida de la actividad deliberada.

Por lo demás, la biología no es sólo herencia, también existen diferentes procesos y actividades

que influyen en la felicidad principalmente desde la biología, como el buen dormir, la nutrición y el ejercicio. Estos deben ser considerados para sacarle el máximo provecho a nuestra biología, de manera que esta sea conducida por los caminos que llevan hacia mayor felicidad, bienestar subjetivo, calidad de vida y salud. En este sentido, el Enfoque Integrativo Supraparadigmático, tiene mucho que ofrecer, de manera que permite integrar el conocimiento válido y lo ordena de manera coherente, logrando rescatar el mayor provecho para cada uno de los Paradigmas que componen la Psicología de la Felicidad.

Desde el punto de vista clínico, la biología en el EIS no es vista como un impedimento o una marca de nacimiento que condena, sino como un espacio de oportunidad que al ser conocido permite ayudar a cada uno de los pacientes a sacar lo mejor de sí mismos con la finalidad de llegar a tener una buena vida.

REFERENCIAS

- Ben-Shahar, T. (2008).** Ganar felicidad: descubre los secretos de la alegría cotidiana y la satisfacción duradera. Del Nuevo Extremo
- Berridge, K. C., & Kringelbach, M. L. (2011).** Building a neuroscience of pleasure and well-being. *Psychology of well-being*, 1(1), 1-26.
- Bitran, M. y Rigotti, A. (2013).** Bases científicas y neurobiológicas de la felicidad. En Martínez, D., Ivanovic, F. y Unanue, W. (Eds.), *La Felicidad*. (1ra ed., pp. 37-53). Santiago, Chile: LOM.
- Cappuccio, FP., Taggart, FM., Kandala, NB., Currie A., Peile E., Stranges S., & Miller, MA. (2008).** Meta-analysis of short sleep duration and obesity in children and adults. *Sleep*, 31(5), 619-626.
- Carek, P.J., Laibstain, S.E., and Carek, S.M. (2011)** Exercise for the treatment of depression and anxiety. *International Journal of Psychiatry in Medicine*; 41: 15-28
- Cohn, M. A., Fredrickson, B. L., Brown, S. L., Mikels, J. A., & Conway, A. M. (2009).** Happiness unpacked: positive emotions increase life satisfaction by building resilience. *Emotion*, 9(3), 361.
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1980).** Influence of extraversion and neuroticism on subjective well-being: happy and unhappy people. *Journal of personality and social psychology*, 38(4), 668-678
- Curcio, G, Ferrara, M, & De Gennaro, L. (2006).** Sleep loss, learning capacity and academic performance. *Sleep Medicine Reviews*, 10, 323-337.
- Dahl, RE. (1996).** The impact of inadequate sleep on children's daytime cognitive function. *Seminars in Pediatric Neurology*, 3(1), 44-50.
- Diener, E., Horwitz, J., & Emmons, R. A. (1985).** Happiness of the very wealthy. *Social Indicators Research*, 16(3), 263-274.
- Diener, E. & Biswas-Diener, R. (2014).** *Happiness. Unlocking the Mysteries of Psychological Wealth*. (6a Ed.) EEUU: Blackwell Publishing Ltd.
- Fallone, G., Acebo, C., Arnedt, J. T., Seifer, R., & Carskadon, M. A. (2001).** Effects of acute sleep restriction on behavior, sustained attention, and response inhibition in children. *Perceptual and motor skills*, 93(1), 213-229.
- Freeman, W. J. (1997).** Happiness doesn't come in bottles. Neuroscientists learn that joy comes through dancing, not drugs. *Journal of consciousness studies*, 4(1), 67-70.
- Frijters, P., & Beaton, T. (2012).** The mystery of the U-shaped relationship between happiness and age. *Journal of Economic Behavior & Organization*, 82(2), 525-542.
- Giannini, H. (1994).** Breve historia de la filosofía. Santiago: Editorial Universitaria.
- Hyde, A. L., Maher, J. P., & Elavsky, S. (2013).** Enhancing our understanding of physical activity and wellbeing with a lifespan perspective. *International Journal of Wellbeing*, 3(1), 98-115
- Jiménez-Moral, J. A., Sánchez, M. L. Z., Molero, D., Pulido-Martos, M., & Ruiz, J. R. (2013).** Capacidad aeróbica, felicidad y satisfacción con la vida en adolescentes españoles. *Revista de Psicología del Deporte*, 22(2), 429-436.
- Kringelbach, M. & Berridge, K. (2009).** Towards a functional neuroanatomy of pleasure and happiness. *Trends in Cognitive Sciences*, 13(11), 479-487.
- Martínez, D., Ivanovic, F. y Unanue, W. (2013)** *La Felicidad*. Santiago, Chile: Ediciones LOM.

Librán, E. C. (2006). Personality dimensions and subjective well-being. *The Spanish Journal of Psychology*, 9(01), 38-44.

Lucas, R. E. (2007). Adaptation and the Set-Point Model of Subjective Well-Being Does Happiness Change After Major Life Events?. *Current Directions in Psychological Science*, 16(2), 75-79.

Lyubomirsky, S. (2008). *La ciencia de la felicidad*. Barcelona, España: Ediciones Urano, S.A.

Organización Mundial de la Salud (2006). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Recuperado de sitio de internet de la Organización Mundial de la Salud. Documentos básicos:
http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf

Opazo Castro, R. (2004). Psicoterapia integrativa y desarrollo personal. En H. Fernández Álvarez y R. Opazo (Eds.), *La Integración en Psicoterapia. Manual práctico* (pp. 335-384). Barcelona: Paidós

Oyanedel, J., Bilbao M., Mella, C. y Ayala C. (2013) Midiendo el bienestar subjetivo. En Martínez, D., Ivanovic, F. y Unanue, W. (Eds.), *La Felicidad*. (1ra ed., pp. 73-91). Santiago, Chile: LOM.

Pedrals, N., López, M. (2013). La felicidad en serio: La Psicología Positiva. En Martínez, D., Ivanovic, F. y Unanue, W. (Eds.), *La Felicidad*. (1ra ed., pp. 91-117). Santiago, Chile: LOM.

Pinhey, T. K., Rubinstein, D. H., & Colfax, R. S. (1997). Overweight and happiness: The reflected self-appraisal hypothesis reconsidered. *Social Science Quarterly*, 78(3), 747-755.

Podeszwa, D. A., Stanko, K. J., Mooney III, J. F., Cramer, K. E., & Mendelow, M. J. (2006). An analysis of the functional health of obese children and adolescents utilizing the PODC instrument. *Journal of Pediatric Orthopaedics*, 26(1), 140-143.

Sadeh, A, Gruber, R, & Raviv, A. (2003). The effects of sleep restriction and extension on school-age children: What a difference an hour makes. *Child Development*, 74(2), 444-455.

Shizgal, P. (1997). Neural basis of utility estimation. *Current opinion in neurobiology*, 7(2), 198-208.

Sibold, J.S., Berg, K.M. (2010). Mood enhancement persist for up to 12 hours following aerobic exercise: a pilot study. *Perceptual and Motor Skills*. Volume 111, pp.333-342.

Seligman, M. (2011). *La auténtica felicidad*. Baecelona, España: Ediciones B, S. A.

Ströhle, A. (2009). Physical activity, exercise, depression and anxiety disorders. *Journal of Neural Transmission*. Volume 116, Issue 6, pp 777-784. Springer Vienna

Sullivan, P. F., Neale, M. C., & Kendler, K. S. (2000). Genetic epidemiology of major depression: review and meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 157(10), 1552-1562.

Thommascn, H. V., Self, B., Grigg, A., Zhang, W. y Birmingham, C. L. (2005). The relationship between self-rated health, stress, health care, overall quality of life and weight in a rural population. *Eating Weight Disorders*, 10, 66-69.

Tkach, C., & Lyubomirsky, S. (2006). How do people pursue happiness?: Relating personality, happiness-increasing strategies, and well-being. *Journal of Happiness Studies*, 7(2), 183-225.

Ul-Haq, Z., Mackay, D. F., Martin, D., Smith, D. J., Gill, J. R., Nicholl, B. I., & ... Pell, J. P. (2014). Heaviness, health and happiness: A cross-sectional study of 163 066 UK Biobank participants. *Journal Of Epidemiology And Community Health*, 68(4), 340-348.

Weiss, A., King, J. E., Inoue-Murayama, M., Matsuzawa, T., & Oswald, A. J. (2012). Evidence for a midlife crisis in great apes consistent with the U-shape in human well-being. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 109(49), 19949-19952.

White, B. A., Horwath, C. C., & Conner, T. S. (2013). Many apples a day keep the blues away—Daily experiences of negative and positive affect and food consumption in young adults. *British journal of health psychology*, 18(4), 782-798.

Aportes de la Perspectiva de Género al Enfoque Integrativo Supraparadigmático

Ps. Mariana R. Gaba *

Abstract

This paper pretends to contribute with the inclusion of the gender perspective within the supraparadigmatic integrative approach. To this end, an exhaustive review of the gender category in its epistemological, political and ethic dimension is done, as well as its contribution to the field of social sciences. Finally it addresses the possible applications of the gender perspective in the supraparadigmatic integrative approach, considering the 6 functions of the self and the 6 paradigms, which are medullar to the approach (Opazo 2001).

Key words: *Gender perspective - Integrative Supraparadigmatic Approach – Self system.*

Resumen

Este trabajo busca realizar un aporte de la inclusión de la perspectiva de género en el enfoque del supraparadigma integrativo (EIS). Para ellos se realiza un exhaustivo recorrido por la categoría de género en sus dimensiones epistémicas, políticas y éticas y sus aportes al campo de las ciencias sociales. Para luego abordar posibles aplicaciones de la perspectiva de género en el EIS, abordando las 6 funciones del self por un lado y los 6 paradigmas planteados como medulares en dicho enfoque (Opazo, 2001).

Palabras clave: *Perspectiva de Género – Enfoque Integrativo Supraparadigmático – Sistema Self.*

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo tiene por objetivo explorar los posibles aportes de la Perspectiva de Género al Enfoque Integrativo Supraparadigmático (EIS). Ya que dicho enfoque busca, entre otros objetivos, la integración de las mejoras prácticas y herramientas de diversos campos teóricos y prácticos, es que se buscará mostrar el aporte de la incorporación de esta perspectiva. El trabajo en la práctica clínica con perspectiva de género no es novedoso, se trata de un campo en existencia desde la década del 60, encontrando enfoques cognitivos, psicoanalíticos, guesálticos y de terapia familiar que incorporan de manera significativa dicha perspectiva. Se abordará en este trabajo inicialmente una aproximación al concepto de género y lo que implica una perspectiva de género para luego realizar una propuesta de incorporación de la perspectiva de género a la propuesta teórica del EIS.³

INTRODUCCIÓN A LA PERSPECTIVA DE GÉNERO: encuadre general y algunas definiciones conceptuales.

Los Estudios de la Mujer surgen como rama académica del movimiento feminista en la década del 60. Suele referirse a este momento como la segunda ola del feminismo, teniendo la primera ola sus raíces a fin el siglo XIX (con el movimiento sufragista). En la segunda ola, con el ingreso masivo de las mujeres a la universidad, se pudieron constituir ámbitos de acceso a espacios de aprendizaje, construcción y debate acerca del conocimiento en todas sus disciplinas. Esta segunda ola del feminismo de la década del 60 se incluye en un marco más amplio de búsqueda de liberación por parte de diversos grupos: para los

países subdesarrollados se trataría de la liberación de la tutela colonial, para los jóvenes respecto de las diferentes inhibiciones sociales, para las minorías de la opresión de la cultura etnocentrista y en el caso de las mujeres, la liberación de un poder sexista. En todos estos casos las luchas se centraban en entender el fenómeno de la diferencia y en el estatus del “otro”.

Uno de los objetivos de la rama académica del feminismo es demostrar que el saber y la cultura no son neutros ni objetivos. Al tratarse de construcciones humanas están íntimamente relacionados con los procesos económicos, sociales e históricos. El planteo central es entonces visibilizar que los discursos y los saberes están contruidos desde un poder hegemónico masculino, pero presentados como discursos universales, lo cual se conoce como androcentrismo.

En la década del 80 surgen en los países centrales (Canadá, Alemania, Estados Unidos, Suecia) los Estudios de la Masculinidad. Se trata de los hombres que responden a la interpelación de las mujeres, reflexionando acerca de su propia construcción de género y las consecuencias de la reubicación de las mujeres y como esto afecta su propia posición⁴. Incluyendo esta postura es que entonces se redefine el campo como de los Estudios de Género, aludiendo a que no se puede hacer referencia a la feminidad sin la masculinidad y vice-versa, ya que ambos pertenecen a un mismo y único sistema de género, articulando una dimensión relacional.⁵

4 En Santiago de Chile se realizó hace muy poco el V Coloquio sobre Varones y Masculinidades (14 a 17 de Enero de 2015), en el cual participé. Una de las mesas principales contó con la presencia de varones activistas de movimientos anti-patriarcales, y una parte del debate se centró por ejemplo, en si los hombres pueden denominarse a sí mismos como “feministas” y cuál es la articulación de las agendas entre estos movimientos de varones y los movimientos feministas.

5 Cabe aclarar que actualmente están en desarrollo los Estudios Queer, que pretenden romper con este binomio de 2 géneros (varón – mujer). La Teoría Queer tiene varias críticas a los Estudios de Género más tradicionales, señalando principalmente su heteronormatividad. Por la complejidad de la temática, en este trabajo continuaremos con la línea

3 Dado que se trata de un trabajo de finalización del Postítulo en Psicología Clínica, mención Psicoterapia Integrativa, se parte de la base de que los/as lectores/as tienen una aproximación previa al EIS y un punto de partida inicial respecto de las temáticas de género.

Los Estudios de la Masculinidad muestran por su lado la construcción social de la masculinidad en tanto género. Así, este proceso de construcción socio-histórica implica dos caras (Marques, 1992): a) reducir las diferencias entre los varones y b) aumentar las diferencias con las mujeres. Algunas de las cuestiones abordadas desde esta perspectiva son el ejercicio de la paternidad, el lugar de la violencia, el rol del varón proveedor y cuestionan asimismo el modelo masculino hegemónico, que no representa a todos los varones sino a un tipo particular (varón blanco, urbano, heterosexual, de clase media/alta). En este línea es que Connell (1995) desarrolla los conceptos de masculinidad hegemónica, cómplice, subordinada y marginal. Lo que pretende mostrar y profundizar en este caso, no es solo el aspecto relacional entre feminidad y masculinidad, sino hacer hincapié también en los procesos de dominio intra-género. Cómo la masculinidad hegemónica ejerce su hegemonía no solo sobre la feminidad si no sobre otras masculinidades, aquellas que no cumplen con los requisitos, histórica y localmente propuestos, de lo que un “verdadero varón” debe ser.

DEFINICIÓN DEL CONCEPTO DE GÉNERO

El primer antecedente del concepto de género, en el sentido utilizado por los Estudios de Género, se remonta a 1968 con la obra de Robert Stoller (1968): *Sexo y Género*. Este médico psicoanalista investigó niños y niñas que habían nacido sin una definición clara del sexo anatómico (intersex) y mostró cómo la identidad de género estaba relacionada con cómo habían sido criados por sus padres (como niños o niñas), de manera que muchas veces, llegada la

pubertad, si características sexuales secundarias de uno u otro sexo se desarrollaban el sentimiento de ser varón o mujer persistía de acuerdo a cómo habían sido criados y no a su sexo biológico.

El concepto de género fue retomado por las feministas y modificado en gran medida, ya que para Stoller el género era el sexo psicológico de las personas. Sin embargo sus investigaciones son invalorable dado que estableció que no existe una correlación directa entre el sexo biológico y la vivencia subjetiva de ser varón o mujer. En este sentido es que en primer instancia el concepto de género fue acuñado para referirse a algo no del orden de lo biológico, sino de lo psicosocial, construido e histórico. De esta manera se visibilizó una oposición entre la categoría de sexo, asociada a lo biológico y la de género, asociada a lo cultural. Es así que toda sociedad tiene un sistema sexo/género, que se refiere a cómo la materia prima biológica del sexo es tratada por la cultura.

Hablar de las diferencias entre hombres y mujeres nos remite a pensar en cómo estas diferencias han sido tramitadas desde lo social. Pero no se trata de cualquier diferencia, sino de una diferencia que produce desigualdad y subordinación. La antropóloga Gayle Rubin (1975) plantea:

Toda sociedad tiene algunos modos sistemáticos de tratar el sexo, el género y los bebés [...] Pero es importante, aun frente a una historia deprimente, mantener la distinción entre la capacidad y la necesidad humana de crear un mundo sexual y los modos empíricamente opresivos en que se han organizado los mundos sexuales. Sistema sexo/género es un término neutro que se refiere a ese campo e indica que en él la opresión no es inevitable, sino que es producto de las relaciones sociales específicas que lo organizan” (Rubin, 1975, p.105)

de los Estudios de Género, pero queriendo advertir a los/as lectores que el debate en este campo es amplio y continuo.

¿Qué es entonces el género? Más allá de su oposición con la idea de sexo en tanto biológico, Joan Scott (1988) entiende el género como un elemento constitutivo de las relaciones sociales, basado en las diferencias percibidas y es una manera primaria de significar las relaciones de poder. Posee cuatro elementos:

1. los símbolos disponibles culturalmente.
2. los conceptos normativos que definen las interpretaciones de los significados de los símbolos.
3. la noción política y las instituciones sociales.
4. la identidad subjetiva.

Para avanzar entonces en la comprensión del concepto de género y sus implicancias en el campo específico de la psicología profundizaremos en tres dimensiones imprescindibles para pensar la diferencia: la dimensión epistémica, la dimensión política y la dimensión ética. Las consideraciones que se plantearán a continuación son categorías que sirven para pensar la construcción de las diferencias, sea cuales fueran (de clase, de raza, de orientación sexual, de género, etc.), pero en este caso se profundizará específicamente en las diferencias de género.

Dimensión epistémica de la diferencia de género

Abordar la dimensión epistémica de la diferencia implica pensar con qué categorías lógicas y desde qué paradigmas las Ciencias (entre ellas la Psicología) han pensado a la diferencia, cómo han construido conocimiento acerca de esta diferencia. Siguiendo lo desarrollado por Fernández (1993) es interesante rastrear en qué momento y bajo qué condiciones surgen las Ciencias Humanas, para poder comprender desde qué lugar se posibilita la construcción de determinados saberes.

Es solamente con la Modernidad que el hombre se convierte en objeto de estudio del saber occidental. Si en la Antigüedad los saberes obtenían su referencia en un orden religioso y se centraban en la indagación acerca del mundo, a partir de la Modernidad la razón se transforma en el principio rector y el interés se centra en el individuo: es así que surgen las diferentes Ciencias Humanas.

Intentando homologar los recursos de las ciencias más duras, las Ciencias Humanas buscaron extraer leyes generales, establecer principios reguladores y categorías claras para poder comprender los diferentes fenómenos relacionados con lo humano. La ciencia se maneja desde una lógica de la identidad (Adorno, citado en Fernández 2007) y desde este lugar las formaciones discursivas de las Ciencias Humanas van a trabajar desde un a priori de lo mismo: abrirán identidades y no diferencias. En este marco de referencia, lo diferente tendrá dificultades para ser pensado y tenderá a ser expulsado. Aquello que entre en la categoría de lo mismo será eje de medida, de positividad, de normalidad y se transformará en lo único. Hay que señalar que en general el conocimiento y el sentido se adquiere por diferencia, pero en esta episteme de lo mismo, la diferencia tendrá un tratamiento particular: será negativa, inferior y/o desvalorizada (Foucault, 1969).

En cuanto a la diferencia de género específicamente, Simone de Beauvoir, referente inicial del movimiento feminista de la segunda ola, en su famoso libro 'El segundo sexo' (1946) analiza la relación entre los dos sexos y refiere que no es la de dos polos, sino que el hombre representa a la vez lo positivo y lo neutro, lo que ella denomina como 'Lo Uno', mientras que la mujer será considerada como 'Lo Otro'. Señala que en francés (y en castellano también) en el lenguaje común solemos decir los hombres cuando nos estamos refiriendo a los seres

humanos en general. Desde esta ecuación humano=masculino u hombre=Hombre, es desde donde se construye todo el conocimiento en las Ciencias Humanas.

Para dar un ejemplo del campo de la medicina, diversas investigaciones con perspectiva de género en el campo de las enfermedades coronarias han demostrado una diferente indicación y realización de medidas intervencionistas en pacientes coronarios mujeres y varones (Tajer, 2009). Se indican y realizan en mucho menor medida en las mujeres. Las explicaciones médicas es que estos procedimientos son más riesgosos para las mujeres, debido a características anatómicas, por ejemplo refieren que tienen “venas más pequeñas”. La menor indicación de estas intervenciones en mujeres tiene impacto en el curso y pronóstico de los eventos coronarios en ellas, creando una desventaja en términos de salud. Lo que no se visibiliza es que la mayor parte de los ensayos clínicos, estudios e investigaciones se realizan en población masculina, extrapolando sus resultados a la población femenina. Aun cuando la cardiopatía isquémica representa la primera causa de muerte de las mujeres en la mayor parte de los países industrializados.

La diferencia (la mujer, lo femenino) recibe un tratamiento particular, desde 3 lógicas muy específicas: atributiva, binaria y jerárquica (Bonder, 1982). Atributiva porque atribuye las características del género masculino al modelo humano, binaria porque alterna solo dos valores, siendo necesariamente uno verdadero y otro falso, es decir que se piensa en A y no-A y se pierde la posibilidad de pensar A y B y jerárquica en tanto transforma uno de los dos términos en inferior, en este caso no-A será inferior a A, en su valor de verdadero.

Atributiva	Humano = hombre (H=h)
Binaria	A o no A
Jerárquica	A > no A

Para aplicar estas lógicas al ejemplo previamente mencionado de las enfermedades coronarias, podemos plantear que las investigaciones de intervenciones en este campo se realizan mayoritariamente en varones extrapolando los resultados para la población general (h=H). La lógica binaria hace pensar el tamaño de las venas en términos de un tamaño base-correcto (A) y un tamaño más pequeño (no A) y luego se jerarquiza. El tamaño base (mayoritariamente en varones) es mejor para la realización de determinadas intervenciones, el otro tamaño (no A) es inconveniente y desventajoso para estas intervenciones. El problema parece ser el tamaño de las venas de las mujeres, no el diseño de los instrumentos y la tecnología de la intervención.

Desde esta línea también cobra sentido el abordaje de otras tensiones fundamentales en las Ciencias Humanas como la de individuo/sociedad o la de naturaleza/cultura, configurando un pensamiento de tipo dualista. Generalmente las teorías suelen pronunciarse a favor de uno de los dos polos y le adjudican mayor importancia o supremacía en su capacidad explicativa de los fenómenos de la realidad. Es importante tener en cuenta estos elementos respecto del contexto en que se gestan determinadas ciencias y cuáles son los aprioris a partir de los cuáles se gestan, ya que la no es ajena a esta episteme. Las lógicas previamente mencionadas (atributiva, jerárquica y binaria) y otros aspectos del funcionamiento de esta episteme son parte constitutiva también de la teoría en psicología y psicoterapia.

Bonder (1982) adicionalmente planteó a los Estudios de la Mujer como una instancia de vigilancia epistemológica, cuya tarea consistirá en un esfuerzo deconstructivo de los saberes, develando donde operan estas lógicas y a priori. También planteó una tarea de reconstrucción del conocimiento desde una posición diferente: des-esencializando las diferencias, pensando una reversibilidad de alteridades y sobre todo la posibilidad de pensar en las diferencias y no la diferencia, ya que dentro de la nominación LA mujer o EL varón, existen una pluralidad de diferencias que no siempre son consideradas. En este sentido, el presente trabajo invita como un primer paso, a realizar un esfuerzo de vigilancia epistemológica respecto del Enfoque Integrativo Supraparadigmático.

El EIS plantea ya desde su punto de partida una apertura teórica al conocimiento de diversos enfoques, busca estimular el diálogo y la comunicación permanente. Plantea un fundamento epistemológico anclado en un constructivismo moderado (Opazo, 2001), partiendo de la premisa de que no es posible demostrar la existencia de la realidad externa ni el acceso a su conocimiento y que somos parcialmente constructores de nuestras percepciones. En esta línea, la verdad es tanto construida como descubierta. Y la perspectiva de género pondrá especial énfasis en los aspectos contruidos de esta verdad, específicamente en lo que concierne a la feminidad y la masculinidad. Con lo cual ciertas premisas de base del EIS resultan en un terreno fértil para la inclusión de la perspectiva de género.

Plantea el EIS también la necesidad de actuar con profunda y auténtica actitud científica. En este aspecto, más allá del acuerdo fundamental en lo valioso de la rigurosidad metodológica en las investigaciones en psicología, de la seriedad y el compromiso necesarios, es que se buscaría ampliar la noción

de “científico”, enriqueciéndolo con la inclusión de otras dimensiones. La vinculación conceptual entre “científico” y “positivista” es aún muy pregnante. Y la epistemología feminista ha desarrollado diversas críticas a un culto a los métodos positivistas, en tanto vinculan la búsqueda de distancia, objetividad y neutralidad con ciertos atributos de la masculinidad hegemónica y no garantizan según sus críticas, la precisión de los hallazgos realizados.

En esta línea se retoma aquí la propuesta de Tomas Ibañez (1992), que aunque no revisa específicamente cuestiones de género, analiza y describe las características esenciales del conocimiento científico de las Ciencias Sociales desde una perspectiva constructivista y plantea ciertas dimensiones a tener en cuenta que resultan iluminadoras. El autor plantea que el conocimiento científico posee cinco dimensiones constitutivas.

- La primera es la dimensión de Historicidad, la cual implica plantear al conocimiento científico como un fenómeno atravesado por lo socio-cultural, marcado por la historicidad y la contingencia propias de todas las prácticas humanas. Las Ciencias Sociales son fenómenos históricos que tratan sobre fenómenos históricos. Estos objetos y hechos sociales no pueden ser investigados desde unos postulados o leyes que pretendan trascender sus contenidos específicos, pues estos contenidos son formativos de los procesos y fenómenos sociales a los que dan lugar.
- La segunda dimensión es la Hermenéutica. La “evidencia objetiva” proporcionada directamente por los datos ya no es un criterio o argumento definitivo de validación del conocimiento científico, ya que tanto los conceptos como las teorías interpretan, “hacen hablar” a los datos. El proceso científico mismo, entendido como proceso social integrado de producción de significados, involucra implícitos culturales, tradiciones disciplinares, improntas de escuelas o paradigmas, estilos e historia personal del científico, etc. En este punto se está haciendo especial referencia al cuestionamiento de la “epistemología de la representación”, característica de las ciencias modernas y del positivismo. Esta epistemología funciona considerando que la ciencia proporciona un fiel reflejo de la realidad. Dentro de

los mencionados implícitos culturales, tradiciones disciplinares, estilos e historia personal del/de la científico/a es que ubicamos las construcciones sociales acerca de la feminidad y la masculinidad.

- La tercera dimensión es la Reflexiva. En tanto constituyen fenómenos sociales, anclados en un conjunto de prácticas sociales, las ciencias sociales son un objeto más dentro del conjunto de objetos que pertenecen a su propio campo de investigación. Por esta razón, deben apuntar hacia sí mismas sus herramientas de análisis y de crítica, para proceder “a una constante deconstrucción de todos los supuestos acríticamente asumidos que infiltran de forma subrepticia sus conceptualizaciones, sus teorías y sus procedimientos” (Ibáñez, 1992, p.20). A esto apunta la vigilancia epistemológica previamente mencionada.
- La cuarta dimensión es la Productiva. A partir de las teorías de Foucault acerca de la relación saber/poder, Ibáñez afirma que no hay relación de exterioridad entre saber y poder. Los conocimientos de las Ciencias Sociales son intrínsecamente productivos, por la vía de la aplicación, la divulgación, o incluso el silenciamiento, no es posible construir conocimientos científicos sobre la realidad social sin que esto produzca transformaciones en lo social.
- La quinta dimensión es la Política. Ibáñez afirma que el carácter necesariamente politizado del conocimiento social, en el doble sentido de que induce modificaciones sociales y de que incorpora (y por lo tanto reproduce) creencias socialmente instituidas, implica que “no se puede conducir un debate sobre los aspectos ‘problemáticos’ del conocimiento producido por las ciencias sociales haciendo ‘como si’ se tratase de cuestiones puramente epistemológicas, metodológicas, o incluso técnicas. (...) Las cuestiones axiológicas, normativas, en definitiva políticas, forman parte interna (...) de los problemas analizados. ¡Y esto debe aparecer explícitamente como tal!” (Ibáñez, 1992, p.24).

El conocimiento no puede ser ni objetivo ni neutral, ya que cualquier científico social que sea realmente eficaz en su labor está actuando ineludiblemente como agente político, ya sea que modifique o no la realidad social a la cual su conocimiento se refiere. Por ello es plena responsabilidad del/la investigador/a el tipo de conocimiento que construye y divulga.

Los/as psicoterapeutas somos agentes sociales, desde el momento que diseñamos una investigación o recibimos una consulta, ya sea por una persona, una pareja o una familia y siendo consultados por nuestra expertise, orientamos, tranquilizamos, movilizamos y/o inquietamos a nuestros consultantes. En términos de la dimensión de género... ¿desde dónde lo hacemos?

Es por este motivo que se plantea en la dimensión epistémica la riqueza de ampliar el alcance del espíritu científico que anima al EIS, no solo en la búsqueda de metodologías y estudios que se mantengan a la vanguardia de los últimos conocimientos y con altos niveles de exigencia en su rigurosidad, sino que también incorporen en la noción de “actitud científica” el reconocimiento del conocimiento situado, del rol de los/as investigadores/as en el proceso de investigación y de la dimensión política en toda epistemología, que es lo que se abordará en mayor profundidad en el próximo apartado.

Dimensión política de la diferencia de género.

El análisis de la dimensión política resulta inseparable del análisis de las diferencias de género. Existen múltiples concepciones acerca de qué es el poder. La concepción más tradicional, de tradición weberiana, es aquella donde el poder es definido como la habilidad para hacer que otra persona haga lo que uno quiere, como la capacidad para influir sobre el otro, el resultado de un efecto de presión, etc. Si existen tantas teorizaciones respecto del poder esto se debe a que es un fenómeno complejo que no puede reducirse a un ‘objeto’ de estudio, sino que deben hacerse sucesivas aproximaciones, en diferentes niveles de análisis. Diferenciándose de la definición más tradicional, se entiende al poder no como una algo que se tiene, sino como una forma de relación entre actores sociales.

Foucault (1975) considera al poder como un conjunto de relaciones de fuerza que incluye las estrategias que las hacen efectivas. El poder está en todas partes (concepción capilar del poder) y se ejerce en un juego de relaciones siempre cambiante y con múltiples vectores: en diferentes direcciones y con diferentes intensidades (aspecto cuantitativo) y estrategias (aspecto cualitativo). En la concepción foucaultiana no hay relación de exterioridad al poder, es decir que éste atraviesa todas las relaciones y es un fenómeno inherente de lo humano.

Puede hablarse de diferentes estrategias del poder, que configuran distintos dispositivos. Dispositivo implica un conjunto de elementos, discursivos y no discursivos, las relaciones que pueden establecerse entre esos elementos y la estrategia dominante de los mismos. Es fundamental aclarar que para Foucault poder implica más que represión y negatividad, incluye un aspecto de positividad y producción de saber, de deseo, etc. Sostiene que si el poder trata únicamente de impedir, de negar y de reprimir, sería muy difícil de sostener en el tiempo.

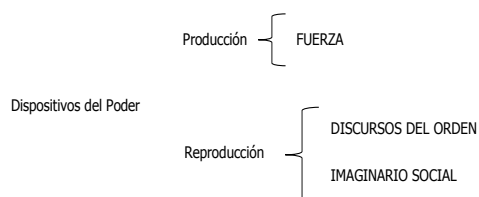
“Cuando se define los efectos del poder por la represión (...) se identifica el poder a una ley que dice no (...) Si el poder no fuera más que represivo, si no hiciera nunca otra cosa que decir no ¿pensáis realmente que se le obedecería? Lo que hace que el poder agarre, que se le acepte, es simplemente que no pesa solamente como fuerza que dice no (...) si no que produce cosas, induce placer, forma saber, produce discursos; es preciso considerarlo como una red productiva que atraviesa todo el cuerpo social más que como una instancia negativa que tiene como función reprimir” (Foucault, 1975, p.193)

Como plantea Enrique Mari (1988) en su articulación del poder y sus dispositivos, por un lado tenemos a la fuerza, inicialmente con su capacidad productora, pero esto puede constituir una instancia inicial. Luego tenemos los dispositivos de reproducción, que garantizan el mantenimiento del orden de cosas. Entre ellos están el discurso del orden y el imaginario social

(Castoriadis, 1989). El discurso del orden hace referencia a los sistemas de legitimación desde los saberes y enunciados, por ejemplo a través de los discursos científicos y religiosos, donde poder/saber/verdad se entranan. Aquí se articula poder con discursividad, dado que el lenguaje tiene por función mucho más que comunicar. El lenguaje se transforma en instrumento de poder desde el momento en que es a través de él, de los discursos, que los grupos hegemónicos imponen su propia perspectiva, su percepción del mundo y su forma de significarlo, en última instancia, de nominarlo. A esto se refiere Bourdieu (1998) cuando sostiene que la legitimación del orden social no es el resultado de propaganda o imposición simbólica, sino del hecho de que los grupos dominantes aplican a las estructuras objetivas del mundo social sus propias estructuras de percepción y significación. Tomando esto en cuenta, podemos entender su definición de la violencia simbólica:

“la cual se instituye a través de la adhesión que el dominado se siente obligado a conceder al dominador (por consiguiente, a la dominación) cuando no dispone, para imaginarla o para imaginarse a sí mismo, o para imaginar la relación que tiene con él, de otro instrumento de conocimiento que aquel que comparte con el dominador y que, al no ser más que la forma asimilada de la relación de dominación, hacen que esa relación parezca natural.” (Bourdieu, 1998, pag. 51)

Y por último el dispositivo del imaginario social, que hace referencia al universo de significaciones que mantiene unida a la sociedad (Castoriadis, 1989). Este imaginario social ya no hace referencia a elementos discursivos y racionales, como el discurso del orden, sino a las emociones, a los mitos, es decir, a elementos extra discursivos. Suministra esquemas, marcos de comportamiento, rituales y emblemas. El discurso del orden y el imaginario social son los dispositivos más eficientes en el sentido de que ya no será necesario el ejercicio de la fuerza para el mantenimiento del estado de cosas, sino que al moldear las subjetividades, los sujetos desearán aquello necesario a los intereses del poder.



La psicoterapia como teoría y como práctica puede alinearse como dispositivo de reproducción del poder en tanto Discurso del Orden, tomando elementos del Imaginario Social y reproduciéndolos acríticamente en su teoría y su práctica. Y esto es crucial para la psicoterapia, porque en línea con esta dimensión productiva de los dispositivos de poder, se habla en el campo de la psicología de la construcción socio-histórica de la subjetividad y en este caso se acentúa especialmente la construcción socio-histórica de las subjetividades sexuadas. Los imaginarios sociales acerca de qué es ser varón y mujer, qué es lo masculino y lo femenino han variado a lo largo del tiempo, moldeando diferentes subjetividades.

Un ejemplo de un análisis de la categoría de género acentuando lo social y sin consideración por la dimensión política antes descrita, sería la Teoría de los Roles. Ésta explica la inserción del individuo en la trama social argumentando que esto ocurre aprendiendo un rol, mediante la socialización y la internalización. Así, el carácter femenino y/o masculino se produciría mediante la socialización del rol correspondiente y las desviaciones se deberían a una suerte de fracaso de dicho proceso. Desde esta perspectiva, el acento recae en los agentes socializadores (familia, escuela, estado, pares) y en las expectativas que la sociedad tiene respecto de los individuos, de acuerdo a su sexo. Estas expectativas generan una presión sobre los individuos para amoldarse hacia uno u otro lado y el individuo queda más o menos atrapado en estos estereotipos. Tiene cierto sentido que niños

y niñas se vean afectados por los castigos o alabanzas recibidos por otros significativos respecto de su comportamiento más o menos acorde a los estereotipos, pero lo que la Teoría del Rol no termina de explicar, es qué lleva a estos adultos a ejercer esas expectativas. Como muchos críticos han señalado (Connell, 1995) no se habla de 'roles de clase' o 'roles de raza', ya que en esos casos el ejercicio de poder es mucho más obvio.

En relación a la dimensión política entonces, es preciso analizar la dimensión subjetiva de este proceso social. Es decir que no alcanza con que una teoría enuncie estas ideas, sino hace falta que las subjetividades de varones y de mujeres se articulen con éstas, produzcan su subjetividad tomando esos discursos y ese imaginario social, articulados en la singularidad de cada uno. Se considera que la inclusión de una dimensión política es imprescindible para una inclusión a su vez de la perspectiva de género en el modelo teórico del EIS y en sus intervenciones en psicoterapia y esta producción de subjetividad generizada, lo cual será abordado más adelante al pensar el self y sus funciones en relación con las problemáticas de género.

Dimensión ética de la diferencia de género

No se profundizará en extenso el impacto de la discriminación por género en nuestra sociedad, en términos de las consecuencias en las vidas y los cuerpos de mujeres y varones, pero a modo de encuadre podemos subrayar el tremendo impacto de la violencia de género en las mujeres (desde el acoso callejero, el abuso sexual y las violaciones, hasta los femicidios), la disparidad de las mujeres en el mundo laboral y político (menor sueldo a mismo trabajo, ausencia de mujeres en puestos de decisión).

En relación a la experiencia de los varones, la menor expectativa de vida en general, la mayor

causa de muertes por accidentes y homicidios (por la tendencia a la exposición innecesaria a riesgos), la tendencia a trabajar largas horas, efecto de su rol de proveedor primordial y/o exclusivo.

En el campo de la salud, muchas veces varones y mujeres enfermamos y morimos de distintas maneras. En muchos aspectos por diferencias biológicas, que nos predisponen diferencialmente y en muchos otros por nuestra socialización de género, que nos expone diferencialmente a estresores y conductas que afectan nuestra salud. Esta es una dimensión de la problemática. La otra dimensión pertinente a estudiar con perspectiva de género, es la respuesta del sistema de salud a las demandas diferenciales por género. Ya que no solo implica una injusticia y una discriminación un trato diferente frente a necesidades iguales, sino que un trato igual frente a necesidades diferentes también lo es. Y en muchos casos la dificultad principal es que el trato igual a necesidades diferentes se da por el no registro de esas demandas diferenciales.

La dimensión ética para pensar la diferencia y en este caso las diferencias de género, tiene que ver con tener presente los conceptos de igualdad y equidad. No se trata de anular las diferencias y hacernos iguales literalmente, sino iguales en el sentido de que ambos géneros debieran tener el mismo valor en tanto seres humanos: es lo que se conoce como Equivalencia Humana (García Prince, 2008): se trata de la inclusión de una perspectiva de derechos.

Estos conceptos resultan útiles en tanto la incorporación del contexto, de las condiciones de vida y del histórico-social, nos permite tener mejores herramientas para trabajar en los significados de las experiencias de malestar de varones y mujeres en la consulta, reflexionando acerca de la igualdad de oportunidades, de resultados y de proceso en la vida.

Y reflexionar profundamente acerca de nuestras propias prácticas con los y las pacientes.

LA TERAPIA FEMINISTA Y LOS ABORDAJES PSICOTERAPÉUTICOS CON PERSPECTIVA DE GÉNERO.

La terapia feminista surge en la década del 70, sin identificarse un/a único/a autor/a como referente. Dentro del marco de la terapia feminista se plantean multiplicidad de métodos y enfoques. Se trata de la incorporación de las problemáticas de género en el campo de la atención en psicoterapia. Algunos de los factores comunes señalados por Rawlings y Carter (1977) de los diferentes abordajes en terapia feminista son:

1. La fuente primaria de la patología de las mujeres es social, no personal; externa, no interna.⁶
2. El foco en el estrés ambiental no es una vía de escape respecto de las responsabilidades individuales.
3. La terapia feminista se opone al ajuste personal a las condiciones sociales. El objetivo es el cambio social y político.
4. Otras mujeres no son el enemigo.
5. Los hombres no son el enemigo.
6. Las mujeres deben ser económica y psicológicamente autónomas.
7. Las relaciones de amistad, amor y matrimonio deben ser equitativas en términos de poder.
8. La diferencia grande entre roles sexuales "apropiados" debe desaparecer.

El awareness y conocimiento del contexto social y político están en el centro de la terapia feminista, refiriéndose a esto como la consciencia feminista, lo que va alineado con el conocido principio del feminismo que refiere "Lo personal es político".

Teniendo sus bases en la filosofía feminista la terapia feminista tendrá en cuenta que las propias teorizaciones dentro del campo de la

⁶ Enumeramos aquí algunos de los factores recogidos por estos autores. No implica que estemos de acuerdo con todos ellos. Por ejemplo afirmar con tanta contundencia que la patología de las mujeres es primariamente social y no personal, no es algo con lo cual acordemos de manera tan tajante.

psicología son 1) androcéntricas, 2) génerocentricas, 3) etnocéntricas, 4) heteronormativas⁷, 5) de orientación intrapsíquica y 6) deterministas.

En este sentido la psicoterapia feminista no implicaría una propuesta o escuela distintiva (como lo pueden ser el psicoanálisis, la terapia cognitiva, la terapia sistémica, etc) si no que se trata de una perspectiva, de una mirada transversal de la problemática del género posible de ser incorporada en cada uno de estos cuerpos teóricos.

De esta manera encontramos terapeutas que se consideran como terapeutas feministas que trabajan desde diversos marcos teóricos y aportan, desde la teoría y la epistemología a deconstruir y proponer nuevas alternativas en los modelos teóricos, la psicopatología y la visión de cambio.

Las terapeutas feministas⁸ consideran que el género es central en la práctica terapéutica, que entender los problemas de las pacientes requiere adoptar una perspectiva socio cultural y que el empoderamiento del individuo y de la sociedad son objetivos cruciales de la psicoterapia.

En términos del desarrollo de la personalidad, la terapia feminista pone énfasis que las expectativas de rol de género tienen impacto en la formación de la personalidad en etapas tempranas. Citando algunos de los desarrollos más importantes, Nancy Chodorow, socióloga y psicoanalista norteamericana ha teorizado las diferencias psicológicas entre varones y mujeres en torno al hecho de que las mujeres son las

principales dadoras de cuidados, aclararemos aquí, no por instinto o naturaleza si no por asignación social de roles. Su libro "El ejercicio de la Maternidad" (1978) es una obra pionera en el análisis de la función maternal como cultural, la cual relega a las mujeres al ámbito de lo doméstico. Distingue la gestación (orden biológico) del ejercicio de la maternidad como crianza. Este enfoque tiene un valor importante en tanto muestra las consecuencias psicológicas de la dedicación exclusiva de las mujeres/madres sobre la construcción del self de los niños y niñas.

Otra autora de referencia es Carol Gilligan, quien observó que la mayoría de los estudios de desarrollo estaban basados en niños y hombres y por esto ella estudio el desarrollo de sentido del self y de la moral en niñas y mujeres. Según Gilligan las mujeres tienden hacia la interconexión y las relaciones y los hombres a la separación. Planteó una teoría sobre la moralidad de las mujeres, señalando que la crianza a predominio materno (mediante dinámicas psicológicas vinculares) propicia un orden ético de los varones orientado hacia una ética de la justicia, mientras que en las mujeres propicia una ética de la responsabilidad y el cuidado (1982)

En relación al enfoque cognitivo, algunas críticas feministas señalan que en la psicoterapia cognitivo-conductual implícitamente se sostienen los criterios de los grupos dominantes como "lo normal". Se espera que los individuos aprendan a adaptarse mejor a su ambiente y a sus estímulos, más que cuestionar esos estímulos y ese ambiente, lo cual refuerza en algunos casos los estándares sociales dominantes. Por ejemplo el desarrollar estrategias asertivas en mujeres que han sufrido acoso sexual en el ámbito laboral. De esta manera se naturaliza que la mujer debe aprender a defenderse frente a varones que por naturaleza no logran controlarse.

Dentro del campo cognitivo, Sandra Bem introdujo en 1981 la teoría de los esquemas de género, una teoría cognitiva para explicar cómo los individuos se generizan en la sociedad.

7 La heteronormatividad hace referencia a la imposición, mediante diversos mecanismos, de la idea de que la heterosexualidad es el único modo de relación afectiva y de parentesco válido. Se retroalimenta con mecanismos de discriminación, marginalización y/o persecución de lo no heteronormativo.

8 El uso del femenino no es casual. Todos los desarrollos de la terapia feminista comienzan planteando terapeutas mujeres y pacientes/clientes mujeres. Esto tiene que ver con la época de surgimiento de dicho movimiento, junto con el auge de los Estudios de la Mujer. Desarrollos posteriores incluyen la perspectiva de género (relacional) y hacen referencia al rol de los terapeutas varones y las aplicaciones en pacientes/clientes varones.

Esta psicóloga norteamericana sostiene que hay diferencias en el grado en que las personas adhieren a estos esquemas de género, en términos de características polares y excluyentes de lo que es considerado femenino y masculino. Esta teoría de esquema de género pretende explicar el proceso mediante el cual los estereotipos de género se interiorizan de manera tan arraigada en las personas. En este sentido, esquemas de género muy sólidos proveen un filtro a través del cual la persona interpreta y significa los eventos (internos y externos). Bem agrega que a este esquema de género se debe agregar como parte constitutiva del mismo un subesquema de heterosexualidad, en el sentido de que la heterosexualidad se configura como un elemento de definición de la femineidad y masculinidad. También plantea que a mayor polarización de este esquema de género, mayor posibilidad de malestar en las personas. Y por el contrario una androginia psicológica está ligada a mayor bienestar, en tanto apunta hacia una flexibilidad cognitiva y conductual, que permite la identificación con atributos y rasgos que resulten útiles y pertinentes para la persona y le permitan desenvolverse, sin que estos rasgos o atributos estén proscriptos del repertorio personal por pertenecer a uno u otro género.

Finalmente como referencia al marco de trabajo integrativo, Božac Deležan publica en el *International Journal of Integrative Psychotherapy* (2011) un artículo llamado “El abordaje feminista en la integración en Psicoterapia”. Esta psicóloga, cuyo trabajo se centra en el abordaje de la problemática de la violencia, comenta en este artículo su recorrido personal por la temática y como ha llegado a denominarse a sí misma una psicoterapeuta integrativa feminista. Ser terapeuta feminista lo define como “ser una persona que continuamente se dirige hacia prácticas anti-discriminatorias vinculadas con el género u otras diferencias entre las personas” (2011,p 2).

Encuentra varios puentes y conexiones entre el enfoque feminista y la perspectiva integrativa. Uno de estos puentes lo ubica en el énfasis que ambos abordajes hacen respecto del rol del terapeuta. La perspectiva integrativa hace foco en las características del terapeuta (variables del terapeuta) necesarias para un buen proceso terapéutico y el abordaje feminista hace hincapié en estos factores, con especial atención a tener registro de los propios sesgos de género. Otro punto en común es que ambos abordajes ubican al paciente como “experto” y fomentan un vínculo terapéutico, en un sentido amplio, entre iguales. Se propicia la participación activa del paciente, por ejemplo en el acuerdo de los objetivos terapéuticos a seguir. Otro aspecto que destaca es la importancia del contacto y del establecimiento de la relación terapéutica. A criterio de esta autora, este punto es de particular interés en ambos abordajes y desde su experiencia la formación desde ambos enfoques le permite complementar esta habilidad.

Para finalizar entonces este breve recorrido, podemos sintetizar que el concepto de “Terapia Feminista” hace referencia a un marco de trabajo y una forma de analizar, más que un sistema terapéutico completo. No hay una terapia feminista sino múltiples abordajes feministas. En este sentido, tanto el psicoanálisis, como la terapia cognitivo conductual, la terapia familiar, etc., son compatibles con la teoría feminista. Requiere para ello de un análisis crítico de la teoría de base para la detección de androcentrismos y sesgos de género y de la convicción de que las diferencias de género constituyen, por lo menos hasta ahora, en un elemento significativo de las experiencias de varones y mujeres, que contribuyen tanto a su bienestar como a su malestar y que no pueden ser soslayadas a la hora de abordar un enfoque terapéutico.

En este trabajo se elige nombrar los aportes de la perspectiva de género y no de un enfoque

feminista al modelo integrativo. Esta decisión respecto de la nominación se basa en las siguientes premisas:

✓ El vocablo “feminista” o “feminismo” está cargado actualmente de una valoración en muchos casos peyorativa⁹ y en el mejor de los casos cargada de alta ambivalencia. No se quiere facilitar el traslado de esta ambivalencia, haciendo uso del término feminista, en el abordaje de la perspectiva de género en la psicoterapia integrativa. Se trata de una motivación estratégica.

✓ Aunque el planteo aquí realizado postula como central la inclusión de la dimensión política en la comprensión de la dinámica psicológica, el feminismo hace referencia a la movilización y participación política en términos de movilización pública y de activismo. Inclusive algunos planteos de Terapia Feminista incluyen algunos de estos aspectos en sus procesos terapéuticos. Desde el planteo aquí realizado, esto no sería el foco en una psicoterapia. Cuando se plantea la dimensión política, es entendiendo lo político en términos de lo explicado en el apartado anterior, de la dimensión política con sus dispositivos y su producción de subjetividad.

✓ Por último, lo central sigue siendo el arte y la ciencia de la psicoterapia, con todo su bagaje teórico conceptual, al cual se le aporta la transversalización de la perspectiva de género. Hacer uso del concepto de terapia o enfoque feminista trae a un primer y primerísimo plano las reivindicaciones feministas. Y aunque se plantea que esta dimensión es crucial para el mejor abordaje de muchas problemáticas en el campo de la salud mental, en muchos otros casos la dimensión de género es secundaria o no significativa en relación al motivo de consulta de nuestros/as pacientes.

ENFOQUE INTEGRATIVO SUPRAPARADIGMÁTICO: OPORTUNIDADES DE INTEGRACIÓN DE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO

⁹ No se acuerda con los motivos por los cuales esta carga peyorativa suele adjudicarse, pero al tener registro de que esta carga existe, no puede dejársela de lado en las consideraciones realizadas.

Se mencionó anteriormente que el enfoque integrativo supraparadigmático plantea como condiciones o requisitos de base la apertura teórica al conocimiento de diversos enfoques, la vocación de diálogo y comunicación, el interés por integrar los aspectos que mayor fuerza de cambio puedan proveer al trabajo con los pacientes y estos son todos aspectos que abren puentes a la incorporación de una perspectiva de género.

Opazo (2001) plantea que el modelo permite ir rescatando fuerzas de cambio específicas, provengan estas de diferentes enfoques y paradigmas, lo cual permitiría llevar a la psicoterapia más allá de los factores comunes. Es la expectativa aquí planteada poder debatir acerca de los aportes específicos al cambio que la inclusión de la perspectiva de género aporta al campo de la psicoterapia. Opazo refiere “(...) nuestro conocimiento psicoterapéutico será siempre imperfecto, pero será más válido a medida que haga un mayor aporte a la predicción y el cambio” (Opazo, 2001, p.54) Esto es particularmente significativo y pertinente para la perspectiva de género, ya que la necesidad de cambio (a nivel social, plantean las feministas, y a nivel singular, plantearíamos desde la psicología) es fundante.

Se abordarán a continuación algunas reflexiones en torno a cómo pensar el self y sus funciones incluyendo la perspectiva de género por un lado, para luego hacer lo mismo en relación a los 6 paradigmas, todos elementos centrales en el constructo teórico del EIS.

APORTES DE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO AL CONCEPTO DE SELF Y SUS FUNCIONES

En el modelo integrativo se parte del concepto del self y en el desarrollo realizado de la perspectiva de género se ha utilizado el concepto de subjetividad. Sería entonces necesario antes de profundizar en el self y las funciones del mismo desde una óptica de género, precisar un

poco más estos conceptos y ver su relación teórica.

Cuando se habla de subjetividad o de modos de subjetivación (Foucault en Fernandez 2007), se hace referencia a la noción de que el sujeto no aparece como una instancia de fundación, sino como un efecto. Se refiere al concepto de la subjetividad como construcción, en tanto vincula las formas de representación que cada sociedad instituye para la conformación de sujetos aptos para desplegarse en su interior y las maneras en que cada sujeto constituye su singularidad (Bleichmar en Fernández 2007). Es decir, el particular anudamiento entre los imaginarios disponibles en un socio-histórico determinado (por género, clase social, etnia, etc.) y la singularidad de cada experiencia.

Desde el punto de vista de la dimensión política, se planteó con anterioridad su articulación con la dimensión epistémica en la construcción de la diferencia entre varones y mujeres. Se hizo referencia a cómo los discursos y el imaginario social se entrecruzan y producen subjetividades específicas para varones y mujeres. De esta manera se piensa al poder no como algo externo al sujeto que lo 'presiona' o 'influencia' o 'fuerza', sino como un elemento constitutivo de esa subjetividad. Pero la producción de subjetividad no es solamente la repetición o la singular combinación de una cantidad predeterminada y finita de representaciones, en este caso de lo que son la feminidad y la masculinidad, sino que como sintetiza Fernandez (2007) respecto de los aportes de Castoriadis, también hay un imaginario radical, con radical se hace referencia a la capacidad de invención y de creación de la psiquis. Será en la articulación entre lo instituido y lo instituyente que se articulan los modos de producción de subjetividad. Este imaginario radical e instituyente es el que permite pensar los

cambios, las transformaciones y las invenciones sociales de significados.

Por otro lado el EIS trabaja con el concepto de self, en el cual se sitúa el punto central de la experiencia, constituyendo el eje de integración de los subsistemas y/o paradigmas. Opazo (2001) plantea que el sistema self recibe dos tipos de influencias presionantes en el proceso de significación. Desde "afuera" los estímulos aportan materia prima que será psicofacturada, esta materia prima fija límites al proceso de significación y la persona no puede construir autistamente cualquier significado. Desde "dentro", los subsistemas o paradigmas influyen y presionan al sistema self a procesar de determinadas formas los acontecimientos y experiencias vividos. Por otro lado, este sistema self realiza determinadas funciones: toma de consciencia, identidad, auto-organización, significación, búsqueda de sentido y conducción de vida.

Complementando esta mirada, Fernandez Alvarez (1992) plantea, también desde una mirada integrativa, algunas cuestiones vinculadas al self que serán de utilidad para incorporar las cuestiones de género. Parte planteando la actividad psíquica como una construcción de la realidad, refiriéndose a la necesidad humana de organizar la realidad en la que debe desplegarse. Esta construcción de la realidad es: "una forma de organización de la experiencia personal en la que cada individuo refleja su representación del mundo (incluyendo su autorepresentación)" (Fernandez Alvarez, 1992, p. 115) Continúa afirmando que la posibilidad de dotar de sentido a la experiencia equivale a desarrollar un self.

En relación a la tensión entre lo individual y lo colectivo, agrega luego que esta organización de la experiencia a través de la dotación de significado, no son solo expresiones individuales. Señala que hay modos constructivos y grupales y

sociales que también sostienen los comportamientos. Plantea que el trabajo sobre estas estructuras de significado que el self va estableciendo estará en el centro del trabajo psicoterapéutico.

Más adelante, al avanzar en cómo se producen estos significados, señala el rol del orden sociocultural: “el tipo de sociedad, las formas de organización dominantes y el modo de distribución del poder conforman una base de expectativas en torno a las conductas potenciales que sus integrantes pueden desplegar” (Fernandez Alvarez, 1992, p.150). No hace referencia, en sus ejemplos a cuestiones de género específicamente, pero sí señala por ejemplo que los modos socioculturales de organización familiar inciden directamente en la dinámica psicológica.

Por último se retoma de lo aportado por Fernandez Alvarez las consideraciones en torno a la arquitectura del self. Retomando los planteos de Stern sobre un modelo de desarrollo del self en cuatro momentos a partir del nacimiento, Fernandez Alvarez plantea 9 construcciones, jerárquicamente organizadas en el proceso de desarrollo del self. Interesa destacar entre ellas una que denomina “diferenciación sexual”.

Estos 9 niveles de complejidad del self son:

1. Función discriminante básica
2. Filiación y parentesco
3. Dominación
4. Diferenciación sexual
5. Reconocimiento
6. Autonomía
7. Transitividad
8. Productividad y perdurabilidad
9. Recogimiento

Fernandez Alvarez plantea en torno a este momento del desarrollo del self, la tarea de dotar de significado a la diferencia sexual, que implica

el registrar la existencia de dos sexos y refiere que es inevitable que los individuos le den alguna significación a esta diferencia, siendo que “la superioridad relativa de uno sobre otro probablemente dependa en buena medida de la cultura” (Fernandez Alvarez 1992, p. 211) Sitúa la consolidación, a este nivel de complejidad del self, en torno a los 4 o 5 años, lo cual coincide con quienes trabajan la adquisición de la identidad de género en torno a la misma edad, previo a la elección de orientación sexual (Dio Bleichmar, 1997). Es decir, que la sensación de ser varón o mujer, es previa e independiente de la identificación de la hetero u homosexualidad. Retomamos entonces este planteo de los niveles de construcción de estructuras de significado del self planteados por Fernandez Alvarez porque ayudan a situar las diferencias de género como un eslabón constitutivo del self y en sus etapas más tempranas.

Avanzando entonces entre los puentes posibles a establecer entre el concepto de self y de subjetividad, puede plantearse que ambos plantean un proceso constructivo que no es simplemente intrapsíquico, pero se observa una diferencia relativa en el peso que el componente socio-histórico tiene en uno y otro, entre otros motivos, debido a la procedencia de campos disciplinares distintos (filosofía por un lado y psicología por el otro).

El enfoque desde los modos de subjetivación desdibuja los conceptos mismos de “adentro” y “afuera”, la subjetividad es simultáneamente adentro y afuera, son dos caras de una misma moneda y centra gran parte de su análisis en una dimensión más macro-social. Mientras que el concepto de self surge en el campo de la psicología y parte de la inquietud e interés por comprender la compleja dinámica de ciertos procesos intra-psíquicos. Pero puede establecerse un continuo entre ambos conceptos, más que una dicotomía y reconocer que mientras

más nos acercamos al eje de la subjetividad tendremos más herramientas para pensar la dinámica relacional entre los significados sociales y su relación con el self y mientras más nos acerquemos al eje del self, tendremos más herramientas para conocer en mayor profundidad la dinámica de funcionamiento del self en términos singulares.

En términos de generar un campo fértil para la mejor inclusión de la perspectiva de género, la dimensión socio-histórica debe tener un lugar primordial, en ese sentido, el concepto de subjetividad generizada aparece como más fértil que el concepto tradicional de self. Sin embargo, enriqueciendo la comprensión y el análisis de las “presiones de afuera”, planteadas por Opazo, en términos de género en la constitución del self y su articulación con las “presiones de adentro” pueden encontrarse las vías de inclusión de dicha perspectiva en este campo.

En esta línea de enriquecimiento en el análisis y comprensión de la dimensión política de la construcción de subjetividades generizadas (las ‘presiones de afuera’), es que se plantea a continuación cuáles son algunos de los imaginarios sociales respecto de qué es ser varón o mujer, ya que estos son los que se pondrán en juego y se articularán en la construcciones de subjetividades de varones y mujeres.

Una pregunta relevante, desde el punto de vista de género específicamente, es ¿Qué formas o contenidos, si así puede decirse, toman estas subjetividades en la Modernidad? (Fernández, 1993) Existen múltiples formas en que cada sujeto articula y le da sentido a su identidad de género, cada uno “habita” su género de manera singular, pero a su vez existe un punto de referencia a partir del cual uno contrasta y articula similitudes y diferencias respecto de un modelo normativizado e idealizado, es decir, un posicionamiento subjetivo. Puede vincularse este

concepto con lo planteado por Opazo previamente respecto de que ningún self se construye “autistamente” en relación a sus datos de contexto.

Un abordaje posible para la construcción de las subjetividades femeninas en la Modernidad, es retomando lo trabajado por Fernandez (1993), quien sintetiza dicha construcción en la articulación de tres mitos principales (Fernandez, 1993): el mito de la maternidad (Mujer = Madre), el mito del amor romántico y el mito de la pasividad erótica femenina. Los mitos son una producción por excelencia del imaginario social, proveen un esquema de interpretación del mundo, de adjudicación de sentido (Castoriadis, 1989), funcionan por medio de la repetición insistente de sus narrativas (Fernandez, 1993), por invisibilización de lo diferente y por su construcción de naturalidad y a-historicidad, es decir, la percepción que se tiene de que “siempre ha sido así y por lo tanto, siempre lo será”.

El mito de la maternidad hace referencia a la construcción a partir de la Modernidad de la maternidad como eje principal en la subjetividad femenina. Se eleva la noción de que ser madre es LA realización de las mujeres en tanto género. Se estira la capacidad biológica de reproducción y se la naturaliza y esencializa en la maternidad. Algunas de las narrativas de este mito pasan por la ubicación de un “instinto maternal” que llevaría a todas las mujeres, en algún punto de su vida, a desear ser madres. Esta naturalización se torna evidente cuando una mujer no desea tener hijos, ya que esto genera perplejidad en otras personas y son frecuentes los pedidos de explicación al respecto: “¿Es que acaso no puede tener hijos?” “¿No ha encontrado una pareja adecuada?”. En este particular mito de la mujer = madre se construye también un modo de maternaje con prácticas muy específicas. Por un lado es full-time, requiere todo el tiempo de la mujer, por el otro lado se exaltan todas los

aspectos idealizados del vínculo: el amor incondicional, la ternura, el saber por instinto y se invisibiliza otros aspectos como la agresividad, el erotismo, otros intereses de esa mujer, el rol del padre, etc. Basta con contrastar este particular modo de maternaje con prácticas de maternidad en otros periodos históricos para derribar la idea de que esto es algo natural.

El mito del amor romántico articula por su lado, el concepto de las uniones por amor, en contraposición a las uniones por alianza. Las parejas ya no se arman en la Modernidad por una estrategia económico-contractual, sino en una elección “libre” de los individuos basada en el amor romántico y en el ejercicio más libre de la sexualidad. Es decir que se sentimentaliza el contrato de pareja. El mito del amor romántico articula tanto con la subjetividad femenina como masculina, pero en el caso de las mujeres marca una progresiva significación y exaltación de la emocionalidad como rasgo distintivo por excelencia. En su libro “El nacimiento de la familia moderna” Shorter (1977) rastrea las mutaciones de la familia extensa a la familia nuclear y sitúa el mito del amor romántico en el centro de las transformaciones de las subjetividades de varones y mujeres (y sus prácticas). Por otro lado, el mito del amor romántico invisibiliza las desigualdades y diferencias en los modos en que varones y mujeres eligen a sus parejas, ya que los grados de autonomía son diferentes.

Y finalmente, el mito de la pasividad erótica femenina hace referencia a la especial articulación entre actividad y pasividad por un lado y masculinidad y feminidad por el otro. En la Modernidad se construye una dicotomía entre dos tipos de mujeres: la “femme fatale”/prostituta por un lado, activa en el ejercicio de su sexualidad y el despliegue de su deseo y la mujer “de familia”, en el imaginario social más general una mujer casada y con familia, que despliega su sexualidad de manera

más restringida y siempre en un escenario con un varón, pareja estable o marido, quien le da marco a este despliegue y limita la expresión de dicho deseo, coloquialmente hablando una mujer que se pone “en manos del hombre.”

Es decir que los modos de subjetivación actuales que privilegian la construcción de subjetividad de las mujeres en torno a la maternidad y la conyugalidad, establecen vulnerabilidades específicas en términos de malestar y salud mental. La inclusión del proyecto de desarrollo laboral/profesional en las nuevas generaciones trae aparejado consigo nuevas tensiones, que se evidencian en la consulta de muchas pacientes mujeres, que tratan a través de diversas acciones y compromisos internos, integrar o articular su vida familiar con su vida laboral.

La Modernidad construye asimismo subjetividades masculinas basadas fundamentalmente en la idea del varón proveedor económico. Existe a su vez una fuerte ecuación entre masculinidad y actividad. De esta manera, los varones deberán demostrar constantemente que son hombres “de verdad”, lo cual según algunos autores implica mostrar que no se es mujer, que no se es homosexual y que no se es un niño (Badinter, 1992). Ya que el concepto de género es relacional y no puede pensarse la feminidad por separado de la masculinidad y vice-versa, los tres mitos anteriormente desarrollados también construyen subjetividad masculina. El mito de la maternidad, en sus silencios, construye una paternidad periférica, asociada al rol de proveedor más que de cuidado y de contacto con los hijos. El mito del amor romántico construye un varón que enamora a su pareja pero que debe ser siempre el partenaire más centrado y racional de la pareja. El mito de la pasividad erótica femenina construye un varón activo en su sexualidad, que debe ser experto, con las presiones que esto

implica. Ser un “buen hombre” entonces, aparece ligado a la capacidad de provisión económica, propia y de terceros, progresar y ser respetado (por sus pares, por su pareja, por sus hijos)

Las características generales descriptas para las subjetividades femeninas y masculinas no pretenden ser una tipología exhaustiva, sino significados y prácticas dentro de un marco referencial provisto por la cultura, el imaginario social y los dispositivos de poder. Meler (1994) plantea modos de subjetivación tradicionales, transicionales e innovadores según el grado de ‘adhesión’ a estos contenidos hegemónicos en cada socio-histórico. Cabe recordar que estos “contenidos” no solo se modifican con el discurrir del socio-histórico, si no que encuentran especificidades por franja etaria, clase social, lugar de residencia (urbano o rural), entre otras dimensiones.

Entonces, aunque no existiría la posibilidad de construir una subjetividad totalmente por fuera de estos parámetros, sí contamos con una particularidad en cómo cada persona, a partir de sus experiencias y prácticas concretas, va construyendo en el interjuego de lo valorado y lo desvalorizado, la historia familiar y la particular significación allí transmitida, su particular modo de subjetivación. Así como la capacidad instituyente (Castoriadis, 1989) e innovadora de las prácticas singulares y sociales van impulsando el cambio social y la provisión de nuevos y más variados modelos y referentes para la construcción identitaria:

“Siempre hay un resto o un exceso que no puede disciplinarse. Es decir que no puede pensarse la subjetividad como el mero resultado o efecto de los dispositivos de saber-poder y sus estrategias; habrá que tener siempre en cuenta ese resto/exceso que resiste a la inclusión de lo instituido” (Fernandez, 2007, p.279)

Interesa ahora reflexionar acerca de los elementos aportativos que lo previamente desarrollado pueda tener para la conceptualización del self y sus funciones desde el EIS. Plantea Opazo (2001): “(...) se desprende del modelo que las opciones de libertad personal se enriquecen en la medida en que se fortalecen las funciones del sistema self” (Opazo, 2001, p. 125). Se señala esto porque uno de los objetivos primordiales de una psicoterapia con perspectiva de género es la ampliación de las libertades personales y entre otros aspectos esto implica ampliar el registro del peso que tienen los mandatos culturales de género sobre nuestras cogniciones, nuestros afectos, nuestras conductas y en qué medida nos permiten potenciar nuestro bienestar y nuestro desarrollo personal. La inclusión de la mirada de género permitiría que la psicoterapia tenga más herramientas para fortalecer las funciones del self.

Comenzando por la **función de toma de consciencia**, ésta se vincula con el darse cuenta, con tener consciencia y vivenciar las experiencias. Al evaluar esta función y su grado de desarrollo podemos preguntarnos en qué medida la persona toma consciencia de cómo es su entorno, quién es, qué piensa, qué siente, cuál es su capacidad y calidad para observarse y observar. En términos de género, puede plantearse que la socio-subjetivación de género establece potenciales puntos ciegos diferenciales en cada género. Para citar algunos ejemplos, la subjetivación femenina más vinculada con el desarrollo de la afectividad favorece potencialmente que las mujeres tengan mayor registro de su mundo afectivo interno y por ende, mayor tendencia a poder expresar ese mundo interno. Lo que no está garantizado, claro, es el nivel de ajuste con que realicen dicha exteriorización. También están más subjetivadas a mirar a los otros, a estar atenta a las variables interpersonales, a preocuparse más por lo que sucede en los vínculos (de amistad, de trabajo, de pareja, con los hijos). Esto en oportunidades las

convierte en mejores observadoras de lo que acontece en el campo interpersonal mientras que en otros casos las transforma en personas hiper alertas y sensibles a cualquier estímulo que allí se despliegue, lo cual se evidencia en ciertos sesgos cognitivos, que las lleva a sobredimensionar o distorsionar estos estímulos. Por otro lado los varones, sobre todos aquellos con subjetividades más tradicionales, tenderán a tener poca estimulación y experiencia en el registro de sus estados afectivos y estarán menos estimulados a expresarlos abiertamente, sobre todo dada la conexión entre el mundo afectivo y la debilidad. Se retomarán estas variables cuando se trabaje el paradigma afectivo más adelante. Más allá de estas especificidades, en términos de la perspectiva de género, un objetivo terapéutico posible sería ampliar la toma de consciencia del self sobre los estereotipos culturales que rigen las diferencias de género, especialmente aquellas que se consideren como relevantes en la generación de las condiciones del malestar que traen al paciente a la consulta.

Otra función crucial es la **función de identidad**. Aquí se ponen en juego las preguntas respecto de ¿quién soy?, ¿Cómo soy?, ¿Cómo me ven los demás? ¿Cómo quiero que me vean? ¿Cómo quiero llegar a ser? Todas estas preguntas y sus respuestas están muy fuertemente atravesadas por los procesos de generización del self. En el apartado anterior se desarrolló con profundidad los proyectos de vida articulados por el género. Cómo en el caso de las mujeres la maternidad y la conyugalidad se ven privilegiados y en el caso de los varones hay una mayor tendencia hacia el logro laboral y profesional como articulador de la identidad. Y en términos de logros eróticos, en el caso de la masculinidad la identidad está muy fusionada con la identidad de género, y por ello cuestionamientos recibidos respecto del estatus de masculinidad (por ejemplo, sospechas de homosexualidad) pueden

resultar muy desarticuladores de la identidad de los varones.

Dicho esto, cabe aclarar que la inclusión de la perspectiva de género no prescribe ninguna base para la construcción de la identidad como mejor o peor que otra. Por ejemplo, no es parte de esta reflexión decir que la conformación de la identidad masculina en torno a ser varón proveedor es per se dañina o predisponente en términos de malestar subjetivo, o que como mujer ser ama de casa sea algo a evitar. Simplemente se plantea que como todo anclaje identificadorio rígido, en la medida en que las bases de mismo puedan ser exploradas, entendidas e iluminadas, configuran menos un destino y más una elección, con sus ventajas y desventajas.

Siguiendo esta línea, si recibiéramos en la consulta un varón fuertemente desgastado por una rutina laboral excesivamente exigente en horas, si en la indagación con el paciente se encontraran bases para plantear que dicho varón ha incorporado ciertos ideales inalcanzables respecto de su rol de proveedor y estas condiciones de vida actuales le generan mucho malestar, entre otras variables un/a psicoterapeuta lo acompañaría a cuestionar este ideal de exigencia y encontrar otras fuentes de sostén a su necesidad de logro, que le permitan balancear su experiencia de vida. Se lo estimularía a registrar su cansancio, a darse permiso para “no poder más”, a evidenciar que otra forma de cuidar a quienes lo rodean es cuidándose a sí mismo para garantizar que seguirá estando allí disponible para ellos, etc.

La **función de significación** se relaciona con la acción traductora de las experiencias que pone en juego el self. En qué medida se le presta más atención a ciertos estímulos que a otros, la capacidad del self para observar desde distintas ángulos y hacia diversas direcciones. En términos

de significar el malestar por ejemplo, ¿qué estímulos producen mayor malestar en las mujeres que en los varones? En este sentido, no se trata solo de lo que varones y mujeres potencialmente hacen diferente, por su inscripción de género, sino cómo significan eso que hacen y qué trayectoria subjetiva han seguido para llegar a ser quienes son y hacer lo que hacen (Tajer, 2009). Es decir, la significación de las prácticas que varones y mujeres tienen se inscriben también en un linaje de la historia familiar, que permiten significar esas acciones como avances o retrocesos.

Fernandez Alvarez (1992) trabaja con los conceptos de guion familiar y guión personal. Este guion personal está relacionado con el proyecto personal y refiere Fernandez Alvarez que la capacidad de articular un guion personal está relacionado con la consolidación de la identidad. Este guion cuenta con un argumento (misión u objetivo principal que la persona supuestamente debe cumplir), episodios (diversas situaciones que la persona debe atravesar para alcanzar estos objetivos), personajes, etc. Por otro lado, el guion parental tiene que ver con todos los deseos y proyectos que esos padres tienen respecto de sus hijos/as, y estos guiones pueden nutrir el guion personal o pueden tener características imperativas o alienantes para el guion personal.

Cada persona organiza este guion con cierto grado de elaboración personal, pero podríamos reconocer insumos y/o interferencias de un guion parental y en el caso que estamos trabajando aquí, de un guion de género, el cual en parte puede ser transmitido a través del guion parental, pero en gran medida se transmite en la circulación cotidiana de las personas por las diversas instituciones de la sociedad (la escuela, el sistema de salud, la ocupación/profesión, la justicia, los medios de comunicación, etc.)

El guion se vincula fuertemente con la función de significación pero a su vez con la función de identidad, entonces, en términos del planteado guion de género, el proceso de psicoterapia tendería a acompañar a los pacientes en la apropiación, personal y singular, de su guion personal, ayudándolo a revisar en qué medida puede y quiere adherir a los guiones de género propuestos en este socio histórico. Dicho esto en la medida que la adhesión a guiones de género rígidos o estereotipados puede ser fuente de malestar y trastorno mental en algunos casos y en otros pueden ser fuente de obstáculos en el mejor desarrollo personal y alcance de mayores grados de bienestar.

Esto querría decir, desde un paradigma más cognitivo, que a mayor amplitud y flexibilidad en los procesos de significación del guion de género, mayor probabilidad de bienestar y salud mental. Muchas de las maneras en que se significan y tipifican las acciones están generizadas. Planteemos un ejemplo: es un desafío interesante acompañar en un proceso terapéutico un varón con prácticas más innovadoras en relación a su paternidad. En muchas ocasiones estas prácticas entran en conflicto con las significaciones más estereotipadas de que es ser un “varón de verdad”, ya que estas prácticas están socialmente significadas como femeninas. Es decir, en algunos casos no hay significaciones para determinadas prácticas, esto implica pensar que no es necesario que una práctica, para ponerse en acto, esté antecedida por una significación imaginaria (Fernandez, 2007). En términos de género, pero no solamente, esto es importante tenerlo en cuenta, porque como psicoterapeutas tenemos un rol privilegiado de acompañamiento.

En este sentido, parte del abordaje para desarmar la fuente de malestar de este paciente varón tenga que ver con ayudarlo a flexibilizar los modos de significación de esas prácticas,

ayudándolo a desarmar la construcción del significado de que existen prácticas “maternas” y prácticas “paternas”, sustituyéndolo por un posible significado de “prácticas de cuidado”, independientes del género de quien las imparte. Y parte de este trabajo debiera incluir, en mayor o menor medida, cierta deconstrucción de los estereotipos sociales reinantes al respecto.

La **función de auto-organización** se relaciona con cuáles son las experiencias que desorganizan al self y en qué grado, de qué manera y con qué rapidez el self se vuelve a organizar y con la coherencia del mundo interno. Se mencionó más arriba que existe una vulnerabilidad diferencial por género, en términos de los modos de enfermar y sufrir en la actualidad. Por ejemplo, una mujer que haya articulado su identidad y su búsqueda de sentido de manera muy privilegiada en torno al ejercicio de la maternidad, en muchos casos en ocasiones relegando una carrera laboral, es probable que el alejamiento del hogar de sus hijos a llegar a la adultez sea una experiencia con la suficiente carga para desorganizar en medida considerable ese self, mientras que la misma experiencia no afectaría en igual medida a su pareja. Para él probablemente sea más desorganizador fracasar en un proyecto laboral y recibir la desaprobación de sus pares y superiores.

A modo de ejemplo podemos citar nuevamente la investigación sobre vulnerabilidad coronaria diferencial entre varones y mujeres, con perspectiva de género, realizada por Tajer (2009). En una investigación en profundidad sobre trayectorias de vida en 116 pacientes coronarios, varones y mujeres, Tajer logra vincular, en conjunto con las vulnerabilidades más biológicas y predisponentes (obesidad, tabaquismo, presión alta, sedentarismo, etc.) que previo a los episodios coronarios agudos los/as pacientes hicieron referencia a diversas situaciones desencadenantes desde lo afectivo.

Los varones en su gran mayoría refirieron haber sufrido por algún desencanto en lo laboral (ser despedidos, humillados por un jefe, haber fracasado) y las mujeres hicieron referencia a eventos en los vínculos familiares: fuertes desencantos con sus parejas o afrentas con sus hijos/as o familiares más cercanos.

La **función de búsqueda de sentido** tiene que ver con qué guía las decisiones que se toman, en qué medida la persona logra actualizar sus potencialidades, etc. Estas son preguntas que trascienden la variable de género, pero una mirada desde el movimiento feminista tendería a plantear, en términos generales, que las mujeres como grupo no actualizan sus potencialidades tanto como podrían. Y esto está a la vista en datos duros en términos de participación de las mujeres en la variedad de esferas que hacen a la vida en sociedad (política, trabajo, producción científica, diversas ocupaciones, etc.). Y esta falta de participación en algunos casos se debió y se debe a exclusiones forzadas y en otros se debe a los procesos de subjetivación, que produce niñas y futuras mujeres que articulan sus proyectos de vida y su búsqueda de sentido por caminos más vinculados con la vida privada, afectiva y familiar, en elecciones vocacionales más orientadas al sector de servicios que aparecen como una extensión de sus cualidades como mujeres (docencia, psicología, enfermería, ciencias sociales, etc.) Se observa entonces una particular tendencia a la elección vocacional en ramas orientadas a estos rubros, que tienden a tener sueldos más bajos, condiciones más precarias de contratación en algunos casos, mayor flexibilidad (que permita la adecuación al rol de cuidado). Lo significativo de esto es que esto, entre otras variables, facilita la construcción de un posicionamiento más dependiente, ya sea en el plano material como afectivo, de un otro. Es decir, hay una tendencia a menor desarrollo de la autonomía en todos sus sentidos: económica, afectiva y de significación.

En este punto se entra en un terreno delicado, en el sentido de que la lectura más sociopolítica nos permite entender este proceso que nos explica la falta de proyectos articuladores de este tipo en la vida de muchas mujeres. Pero en términos del trabajo psicoterapéutico, cuando trabajamos con una paciente con un self ya constituido y en su singularidad, la mirada más socio-política no nos aporta elementos prácticos de intervención, ni debiera tampoco guiarnos excesivamente en nuestro proceder. Se trabaja allí con lo que la paciente aporte y en todo caso, si ubicáramos algún elemento que obstaculizara un proyecto de vida distinto, se trabajaría sobre ese aspecto, pero no más allá.

Quizás la guía orientadora, en términos de género, de esta función de búsqueda de sentido del self sea invitar a los/as pacientes a explorar, con la menor carga posible de prejuicios, todas las alternativas (satisfactorias e insatisfactorias) de los proyectos vitales. Y como terapeutas no naturalizar que los proyectos de conyugalidad y maternidad son por naturaleza más centrales en la vida de las mujeres que en la de los varones, o viceversa, que los proyectos y ambiciones laborales y profesionales, son más 'normales' en varones que en mujeres. Esto implica poder escuchar todas las fuentes de malestar y no naturalizarlas. E implica ayudar a significar a los/as pacientes, todos los potenciales pros y contras de los proyectos que eligen y los significados que le otorgan.

La **función de conducción de vida** tiene varios aspectos que pueden enriquecerse con una perspectiva de género. Las preguntas respecto de la posibilidad del self para activarse, para orientarse a la satisfacción de las propias necesidades, la posibilidad (o no) de postergar los impulsos, encuentra muchos matices en términos de género. En términos socio-históricos podemos plantear que la división generizada entre mundo

público y mundo privado es un elemento imprescindible para tener en cuenta y comprender algunas recurrencias que observamos en las acciones de varones y mujeres.

Un mundo privado, del hogar, íntimo, de los vínculos y de los afectos, donde todo se hace por amor y el sacrificio en pos de los otros es valorado, aparece como feminizado. Un mundo público del trabajo remunerado, donde hay reconocimiento, desafíos, exposición, valoración, que aparece como masculinizado. La circulación privilegiada de uno y otro género por estos espacios aporta a la aparente "naturaleza" de los rasgos propios de la feminidad y la masculinidad. Un rasgo que se deriva de esta división de dos mundos es la construcción de una subjetividad femenina más centrada en el "ser para otros" (Fernandez, 1993) vinculada con la idea de sacrificio, abnegación y cierto ideal de poner los intereses de los otros significativos antes que los propios: pareciera que las mujeres somos especialistas en el arte de la postergación. Lo que se observa en la clínica es que en muchos casos, esta postergación aparece genuinamente en función de los otros y en otras oportunidades puede verse que la postergación aparece como una excusa de una mujer que tiene dificultad para articular un proyecto propio, por falta de ideas, de voluntad o de capacidad y entonces en el argumento que postergó en función de otro (hijos, esposo) no se ve enfrentada con esa falencia.

Por otro lado los varones, en términos de conducción de vida, se ven fuertemente orientados por su inserción laboral y su rol de proveedores, enfrentan déficits en su capacidad de disfrute, de optimización del tiempo libre y del ocio, del cuidado de su salud y de su cuerpo, que con frecuencia tratan como si fuera una máquina. Esta forma de conducción de vida lleva en etapas posteriores del ciclo vital, muchas veces a una

crisis de la función de búsqueda de sentido: varones que postergaron muchas de sus necesidades afectivas y personales en pos de logros laborales... que una vez llegados, los dejan con una sensación de cierto vacío y la pregunta de si habrá valido la pena. O así como se plantea el “síndrome del nico vacío” como un clásico de las mujeres madres, los varones que deben enfrentar un “síndrome” del retiro de la vida laboral (jubilación).

En términos de los debates en el campo del movimiento feminista, uno de los objetivos a perseguir en general es el empoderamiento y la mayor autonomía de las mujeres en la toma de decisiones respecto de sus vidas. En términos de funciones del self, implicaría un enriquecimiento de la función de conducción de vida.

APORTES DE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO A LOS PARADIGMAS

Paradigma ambiental conductual

Para comenzar a plantear los aportes en este paradigma se retoma lo desarrollado por Opazo (2014), respecto de la dimensión socio-cultural dentro del paradigma ambiental conductual. Opazo reconoce que para realizar una aproximación más completa al paradigma ambiental debe incorporarse la dimensión socio-cultural para considerar cómo el paradigma influye en la dinámica psicológica. Menciona las “localizaciones geográficas, la densidad poblacional, el lenguaje, las costumbres, las organizaciones, los valores, las creencias religiosas” (Opazo 2014, p.28), sin mencionar de manera explícita el género.

Opazo aborda la definición del concepto de cultura, del concepto de ambiente y como se señaló más arriba, la idea de un ambiente que tiene influencia sobre el desarrollo de la persona. Retomando los planteos anteriores, la

conceptualización de lo socio cultural desde una perspectiva de género no sería de una “influencia”, si no como una dimensión constitutiva del desarrollo de la persona.

“Sería inadecuado decir que toda sociedad contiene o porta un sistema de interpretación del mundo ya que ello supondría enfocar la cuestión desde relaciones de influencia. (...) se establecen relaciones de inherencia. Toda sociedad es un sistema de interpretación del mundo” (Fernandez, 2007, p.84)

Retoma Opazo una definición de la cultura como un “patrón colectivo de pensar, sentir, de creer y actuar” (Opazo, 2014, p.32) y luego refiere que “desde temprano vamos introyectando normas desde la sociedad y desde nuestro entorno cultural, normas que servirán de pautas guías para nuestro despliegue conductual adaptativo” (Opazo, 2014, p. 37) Aquí se plantearán dos aspectos importantes. El primero consiste en nuevamente invitar a pensar más allá de la topología adentro/afuera, utilizando la noción de construcción de subjetividad, lo cual “presenta el desafío de pensar la articulación entre los modos sociales de sujeción y su resto o excedente no sujetado tratando de mantener un modo de categoría de sujeto que no parta de un origen indiviso ‘interior’ que luego habría que relacionarlo con ‘el afuera’” (Fernandez, 2007, p.280) El segundo aspecto a retomar es la pregunta respecto de la adaptación: ¿Adaptativo para quién? ¿Con qué criterios? En este sentido se acentuaría la consideración de que lo “socio-cultural” no es un elemento neutro, que se despliega en el ‘afuera’, si no espacio de circulación de fuerzas, de poder, de tensiones, de resistencias y de invenciones¹⁰.

Plantea luego: “a través de la ‘materia prima’ que aporta—la dimensión socio/cultural aumenta

¹⁰ Seguramente la aun muy fuerte presencia del paradigma funcionalista tiene un impacto en esta manera de pensar la adaptación.

la probabilidad de gratificaciones o de frustraciones, y de la génesis de determinados desajustes psicológicos. Es la cultura, transformada en estímulo efectivo, lo que finalmente influye en la dinámica psicológica.” (Opazo, 2014, p. 46). En el caso de la inclusión de la perspectiva de género, se trata de especificar las variables de género de esa cultura, en tanto estímulo efectivo, para el trabajo con los y las pacientes. Opazo sienta aquí las bases para una posible inclusión de la perspectiva de género, partiendo del paradigma ambiental-conductual y es a partir de aquí que se irá profundizando y desarrollando en dicha inclusión.

En relación a este paradigma Opazo (2001) plantea que características ambientales específicas pueden influir en la génesis de cogniciones, afectos y conductas específicas (con mayor o menor grado de desajuste). Plantea entonces, en términos de principios de influencia que un ambiente completo y variado aumentaría la probabilidad de satisfacción y bienestar personal y que un repertorio conductual completo y variado influye aumentando la activación de ambiente. Retomando la dimensión socio-histórica, precisaríamos nuevamente que no se trata de que puedan influir, sino de afirmar que producen subjetividad.

En esta línea y por lo descripto anteriormente, queda claro los ambientes no son variados ni completos en términos de género. Hay un alto nivel de segregación por género de los estímulos, de las expectativas y de las conductas facilitadas. Estudios en relación a la crianza, por ejemplo (Tajer, Reid, Gaba, Lo Russo et.al. 2015) muestran que más allá del

“rosa” y “celeste” a la hora de nacer, hay una estimulación diferencial específicamente de los modos de jugar. En las niñas se fomentan juegos más pasivos, dentro de la casa, con muñecas (que reproducen y preparan para las acciones de cuidado futuro) y a los varones se los estimula

con pelotas, juegos deportivos, el parque y el afuera del ámbito doméstico. Impacta entre otros aspectos, la variable de la vestimenta en el juego y las expectativas de limpieza de la misma. Los varones usan ropas más cómodas para el despliegue físico (shorts/pantalones, colores más oscuros) y las niñas al incluir faldas, vestidos, colores más claros, telas más delicadas (con bordados o encajes) se espera de ellas que cuiden esas ropas y se mantengan “limpias y lindas”.

También podemos referenciar estimulaciones diferenciales referentes al futuro, en términos de la expectativa de que los varones avancen en logros profesionales (según la procedencia e historia familiar, en diversos niveles, pero siempre significando un avance respecto de la generación anterior) mientras que en el caso de las niñas está presente como mínimo de manera dual, la expectativa de casarse/emparejarse y tener hijos y a la par (o un poco más atrás) el desarrollo de una actividad laboral. Efectivamente esta estimulación diferencial impacta en la génesis de cogniciones, afectos y conductas diferenciales. Esto se observa en la elección vocacional diferencial por género en la temprana adultez.

En función de lo desarrollado y considerando algunos de los principios de influencia planteados para este paradigma, es que podrían tenerse en cuenta algunas especificidades. Frente al principio de influencia que plantea: “El ambiente que responde en forma contingente a las conductas influye aumentando la probabilidad de bienestar psicológico en la persona”, podría acotarse que el ambiente responde en forma contingente y de manera estereotipada por género frente a las conductas de las personas. Es decir, una misma conducta desplegada por un varón y por una mujer puede recibir interpretaciones muy distintas. La respuesta puede ser reforzadora y por ende generadora de

bienestar, o puede ser desvalorizadora y generar por el contrario malestar.

Otro principio de influencia que traduce muy bien los planteos aquí realizados es aquel que postula: "Un ambiente completo y variado influye aumentando la probabilidad de satisfacción de las necesidades de la persona, con el consiguiente bienestar psicológico (realización)". Dentro de este principio de influencia se incluyen las reflexiones en torno a la segregación por género del "ambiente" por el cual circulan varones y mujeres.

Lo importante desde una perspectiva de género es tener registro de que estas diferencias en los repertorios no se debe a cuestiones naturales o biológicas de las diferencias entre los sexos que marcarían lugares sociales a ser ocupados por varones y mujeres, sino a construcciones socio-culturales firmemente arraigadas en todos nosotros. Por ende, el trabajo de variación de estos estímulos y ambientes (en un proceso terapéutico) es de un aporte crucial.

Paradigma biológico

En relación al paradigma biológico, éste hace referencia a las características anatómicas, endócrinas, neuroanatómicas y/o neurofisiológicas de las personas y su impacto en la génesis de afectos y/o cogniciones.

Se trata de un paradigma especialmente sensible a las temáticas de género, ya que uno de los primeros esfuerzos conceptuales de los Estudios de la Mujer y luego de los Estudios de Género, fue precisamente separar el concepto de género del de sexo biológico-anatómico. Una de las principales alertas que los Estudios de la Mujer, como instancia de 'vigilancia epistemológica' (Bonder, 1982) es frente al soporte narrativo del biologicismo.

¿En qué consisten los soportes narrativos? Son argumentos discursivos, específicos de las significaciones imaginarias de un socio-histórico, a través de los cuales se legitiman las diferencias desiguales entre los géneros. Son tres: biologicismo, naturalismo y esencialismo (Fernandez, 1993). El soporte narrativo del biologicismo es el que permite pensar un isomorfismo entre las funciones sexuales y reproductivas y el conjunto de las tareas, atribuciones y obligaciones de cada género. Un ejemplo ilustrativo de cómo funciona este soporte narrativo es la explicación utilizada por Freud, cuando intenta equipar feminidad con pasividad y masculinidad con actividad. Recurre a la imagen de la multiplicidad de espermatozoides y su movilidad (masculino/activo) frente a la quietud y actitud de espera y recepción del óvulo (femenino/pasivo) (Freud, 1933)

El soporte narrativo del naturalismo dan un paso más: no solo las funciones biológicas determinan la inserción de cada sexo en la realidad, sino que algunas de estas funciones o características vinculadas con los sexos deben ser su realización como género. Un ejemplo sería pensar que toda mujer debe ser madre en tanto tiene la capacidad física para gestar y parir, y elevar esto a la categoría de realización personal ineludible. De esta manera se construye la idea de que no solo toda mujer debiera ser madre, sino que toda mujer debiera sentirse muy realizada a través de su maternidad. Y toda mujer que se atreva a expresar algo contrario, será rápidamente sospechada.

Finalmente el soporte narrativo del esencialismo, el cual eleva a categoría de esencia universal los rasgos atribuidos a uno u otro género. De este modo la singularidad de cada mujer, de cada varón, cae bajo el peso de esas esencias universales. Esto invisibiliza las diferencias que existen intra-género (las diferencias entre las mujeres por un lado, y entre

los varones por el otro) y aumenta las diferencias entre los géneros, invisibilizando los aspectos que sí tenemos en común varones y mujeres.

En el apartado anterior sobre la producción de subjetividad en la modernidad se desarrollaron mitos de la feminidad (maternidad, amor romántico, pasividad) haciendo referencia a que los mitos forman parte del dispositivo del Imaginario Social. Si se retoma el mito de Mujer = Madre, podemos analizar la extensión de la lógica de la capacidad reproductiva de la mujer (gestar y parir) y extenderla luego a una lógica de maternaje particular. Los soportes narrativos biologicistas del “instinto maternal” ubican a las mujeres como principales cuidadoras, como principales intérpretes de los estados afectivos del bebé. ¿La capacidad de interpretación “única” de estas madres, depende de su instinto materno (biología)? ¿O más de su rápida acumulación de experiencia en ese contacto intensivo con su bebé? Señalamos esto, porque la práctica clínica nos muestra muchas veces los estragos que la teoría del instinto materno produce en jóvenes madres, sobre todo primerizas, que desesperan en cuadros de angustia y/o depresión cuando se ven enfrentadas de manera solitaria, a la tarea de cuidado de un recién nacido, del cual nada entienden, pero perciben que su entorno les supone un supuesto saber respecto de esta práctica y las recrimina soslayadamente, con diferentes muestras de recriminación y desprecio, sus fallas.

Otro aspecto a estar atentos en términos de argumentaciones dentro del paradigma biológico para pensar el funcionamiento psicológico, es que con frecuencia se citan datos que provienen de las diferencias de sexo y se las equipara con diferencias de género. Por eso podemos encontrar a veces publicaciones científicas que incluyen el descriptor de “género” entre sus palabras clave, pero al profundizar en la publicación nos encontramos con que toman la

variable de sexo. Para ser más claros: sumar, contar o periodizar lo que le sucede con mayor o menor frecuencia a varones y mujeres no es tener en cuenta el género, es tener en cuenta el sexo. Sin duda investigaciones valiosas y necesarias, pero que incorporan diferencias de sexo, no de género.

A modo de ejemplo, referenciar que el trastorno de personalidad dependiente es más frecuentemente diagnosticado en mujeres que en varones, no es incluir una perspectiva de género, si no de sexo. Incluir una perspectiva de género implicaría utilizar la variable de género de manera explicativa frente a esta diferencia epidemiológica. Por ejemplo, explicitando que los modos de subjetivación tradicionales y valorados para la feminidad ponen especial énfasis en la capacidad de las mujeres para “ser para otros” (pareja, hijos, etc.), mientras que vemos la tendencia a fomentar más la autonomía y la independencia en los varones. Esto permitiría comenzar a pensar algunas de las condiciones de posibilidad para una vulnerabilidad diferencial respecto de varones y mujeres en relación a este trastorno.

Por otro lado, dada la fuerte pregnancia del modelo médico hegemónico aún en la actualidad en general, se observa que con frecuencia se hace referencia a los cambios hormonales como modelo explicativo de los diversos trastornos o malestares en las mujeres. No se está diciendo que esto no tenga impacto alguno, seguramente en algunas mujeres sea pertinente y útil (en términos psicoterapéuticos) identificar intensificaciones de estados afectivos u otros efectos de algunos momentos del ciclo hormonal, pero consideramos que generalizar esta referencia puede ser iatrogénico, en el sentido de que ubica el locus de control por fuera de la acción de dicha mujer, aumentando la sensación de incontrolabilidad y por otro lado en numerosas ocasiones refuerza el estereotipo de

que las mujeres “son todas un poco locas” y que están gobernadas por una emocionalidad lábil y dependiente de algo ajena de ellas (su cuerpo). Creemos que esto es con frecuencia discriminatorio para las mujeres y en otros casos, algunas mujeres lo utilizan como una excusa justificadora de muchas acciones maltratadoras hacia otros¹¹, lo cual también debe ser abordado. No hay que olvidar que los ciclos menstruales son una regularidad en la vida de las mujeres, no son una anormalidad. En términos muy sencillos, en el transcurso de un mes, una mujer en edad fértil siempre está en alguna u otra fase de su ciclo hormonal. Por eso la vinculación de los trastornos en salud mental con el ciclo hormonal, pueden configurar un soporte biologicista que fundamenta y explica el por qué todas seríamos “un poco locas”.

Para referirnos ahora a la masculinidad también nos parece delicado tomar referencias al paradigma biológico, por ejemplo para abordar la problemática de la violencia. Es importante tener en cuenta que la argumentación de bases biológicas de diversos fenómenos, muchas veces nutre soportes narrativos que esencializan y naturalizan determinadas lógicas de las relaciones sociales de poder. En este caso plantear una posible base biológica de la violencia pareciera contribuir a la lógica de que todos los varones son un poco violentos y que esto forma parte de su naturaleza. La pregunta es si hace falta invertir recursos en la investigación de las bases biológicas de la violencia de los varones hacia las mujeres, o entre varones, o podrían invertirse recursos en investigar en profundidad la dinámica de crianza en las familias y las lógicas

de las diversas instituciones (educación por ejemplo) y cómo dichas conductas de violencia son fomentadas en unos y desalentadas en otros. Y esto no solo tiene implicancias para las mujeres, sino para los varones también, en el sentido de que dichas conductas temerarias y violentas marcan una morbilidad diferencial, ya que ellos tienen más probabilidades de morir en accidentes de tránsito y/o en homicidios y son población frecuente en las consultas de urgencias por traumas varios.

Otro ejemplo interesante para pensar se vincula a las investigaciones en el campo de las bases biológicas de la homosexualidad (Opazo, 2001). Aquí se invita a reflexionar no tanto sobre si esto está científicamente probado o no, la pregunta es cuán central sería en términos psicoterapéuticos ¿Debiera ser el eje de la cuestión el estatus biológico de la homosexualidad?

En este sentido, a lo que se debe estar atentos es a la matriz fuertemente heteronormativa de nuestra sociedad y de nuestras teorías, desde la cual el estado base/normal es la heterosexualidad y la homosexualidad un desvío. Pertenecer a un grupo marginalizado, que en muchos casos no puede casarse ni adoptar legalmente, no puede gozar de beneficios de la seguridad social (cobertura médica, pensiones, etc.), tener riesgo de ser abusados/insultados/golpeados por otros por su elección sexual, seguramente genera un malestar muy intenso, en tanto no cuentan con los mismos derechos humanos que otros grupos o clases. No es habitual que trabajemos con un/a paciente heterosexual las bases biológicas de su heterosexualidad, quizás porque no traiga inquietudes respecto de su estatus de heterosexualidad a la consulta. Aquí la invitación es a reflexionar no a la presencia o no en el paradigma biológico de ciertos hallazgos, sino al sentido de utilizar esos hallazgos de determinada manera en un encuadre psicoterapéutico.

11 Recuerdo que una paciente, joven, en pareja y recientemente conviviente con su novio, encontraba en los días previos a su menstruación la excusa perfecta para maltratar y recriminar a su pareja permanentemente sobre temas vinculados a su relación y su convivencia. Hasta que no logramos desarmar su argumento de solo se trataba de que estaba “sensible” por estar próxima a su menstruación, no pudimos realmente comenzar a conversar sobre los aspectos que realmente la estaban inquietando respecto de su relación de pareja y a trabajar en ellos activamente.

Para sintetizar, si tuviéramos que plantear la inclusión de la perspectiva de género en el paradigma biológico, sería precisamente para introducir la advertencia del impacto que tiene utilizar argumentos biologicistas en la explicación de las diferencias de género, no porque se niegue que haya diferencias biológicas entre varones y mujeres, sino porque se observa que con frecuencia se justifican diferencias desiguales y discriminatorias entre varones y mujeres en términos de las bases biológicas, que por remitir al cuerpo, parecen inmutables. Y también con frecuencia, los/as psicoterapeutas, en tanto seres subjetivados genéricamente y en este socio-histórico, podemos reproducir algunos de estos biologicismos inadvertidamente, con fuerte impacto en los/as pacientes.

Paradigma cognitivo

En relación al paradigma cognitivo, éste involucra las características de la información con la que cuenta el individuo y el modo de procesamiento de dicha información dentro del sistema Self, que le da sentido a dichos datos. Este procesamiento puede variar en su grado de precisión, consciencia, complejidad y estabilidad. Refiere Opazo: “se puede observar lo mismo pero pensar distinto y ello puede generar consecuencias emocionales y conductuales dramáticamente diferentes” (Opazo, 2001, p.112).

Podríamos abordar algunos conceptos clave dentro de este paradigma desde una perspectiva de género, tales como los autojuicios negativos, las expectativas de autoeficacia, los procesos de atención selectiva, los aspectos cognitivos de la autoimagen y la autoestima, el tipo de autoexigencias rígidas o extremas, las creencias irracionales, etc. Básicamente podemos orientarnos a contenidos y dinámicas diferenciales por género, en relación a puntos vulnerables en cada uno de estos mecanismos.

Por ejemplo la autoimagen y la autoestima, que proviene de diversas fuentes, tiene acentos diferenciales por género. Existe un peso considerable para las mujeres en relación a su imagen corporal según criterios estéticos, que la puedan ubicar como objeto deseable en términos eróticos y mayor dependencia para el armado de esta autoimagen del insumo proveniente de sus vínculos afectivos. Mientras que en el caso de los varones la autoimagen podrá anclarse prioritariamente en torno a sus logros, basados en éxitos o capacidad para sobresalir y la potencia/habilidad sexuales.

En relación a las expectativas de autoeficacia, estas suelen ser muy elevadas en la masculinidad, alcanzando con frecuencia proporciones de autoexigencias muy despóticas, nuevamente vinculadas con el mandato del logro, en cualquiera de sus medidas (dinero, posición, reconocimiento, etc.) En el caso de la feminidad, las expectativas de autoeficacia se desdoblán en los dos mundos: público y privado. En términos del mundo privado (hogar, familia) se plantean allí altas exigencias de autoeficacia, en tanto las mujeres/madres aparecen como las primeras (y únicas) responsables de lo que allí sucede. En el ámbito público, las circunstancias cambian. El ámbito público, con otros códigos y lógicas, más masculinizado, aparece con frecuencia como amenazante en diversos niveles (en ocasiones las amenazas son reales y objetivas, en muchas otras son amenazas fantaseadas o anticipadas). Actualmente, con la doble inserción de las mujeres (ámbito doméstico y ámbito laboral) estas autoexigencias se combinan. En muchos espacios terapéuticos lo que se observa es cómo estas mujeres construyen un proyecto en la vida pública, con ambiciones en términos laborales, pero están permanentemente alertas a que esto no empobrezca su rendimiento en el espacio doméstico. Esto se conoce como la doble jornada laboral de las mujeres. En otros casos se observa las dificultades en el manejo de dos lógicas

diferentes, como las mujeres tienden a aplicar las lógicas del mundo doméstico en lo público, generando desfasajes y dificultades específicas en relación a esto.

Una patología que podríamos utilizar como ejemplificación a lo que puede suceder a las mujeres en la circulación en el mundo público y sus expectativas de autoeficacia, entre otras variables, es la agorafobia. Se trata de un diagnóstico con altísima prevalencia en mujeres. Meler (2009) realiza un análisis de la agorafobia femenina con perspectiva de género, dentro de un encuadre psicoanalítico. Ella plantea en su experiencia recibir pacientes mujeres, de buen nivel educativo y socio cultural, con cuadros muy graves de agorafobia. Ella lo vincula con los modos de crianza tradicionales donde el mundo es percibido como peligroso, lugar de tentaciones y de “perdición”, es decir como lugar potencial de pérdida de autoestima y dignidad. No sería difícil plantear un continuo entre el trastorno agorafóbico, manifestado en la imposibilidad de salir sin la compañía de alguien, con los modos tradicionales de crianza de las mujeres. En dichos modos tradicionales, el espacio público (la calle, el trabajo, los bares, los clubes) aparecen con frecuencia como lugares masculinizados y se transmite muy claramente la consigna de que una (buena) mujer no circula sin compañía por dichos espacios. La significación imaginaria que articula los significados de calle – mujer – trabajo – dinero – prostitución están siempre subyacentes en estos temas. De esta manera, podemos pensar que en general, en los modos tradicionales de crianza de las mujeres, suele transmitirse más la consigna de pedir ayuda, de que sola no se puede, mejor que lo haga otro, antes que la consigna del empoderamiento, el fomento de la autonomía y del criterio.

Retomando los conceptos trabajados por Sandra Bem (1981) sobre su teoría de esquemas de género, esto implicaría que dicho esquema de

género una vez estructurado, indica roles, estereotipos, conductas, rasgos de personalidad, etc. Desde el momento que la persona se autoclasifica como perteneciente a un grupo (varones o mujeres en este caso), comienza a interpretar el mundo a partir de dicho esquema. Bem argumenta que las personas pueden ser más o menos esquemáticas en relación al esquema de género. Esto implica que una persona más esquematizada tenderá a interpretar la realidad siguiendo fielmente los constructos de masculinidad o feminidad respectivamente. Mientras que una persona menos esquemática o andrógina, aunque conoce los roles y estereotipos hegemónicos, logra actuar e interpretar su entorno con cierta independencia a ellos. Desde este planteo, un objetivo terapéutico podría ser ayudar a los y las pacientes a flexibilizar sus esquemas de género, favorecer su tendencia a la androginia, ya que según lo planteado por Bem, a mayor androginia psicológica, mayor tendencia hacia el bienestar. Esto podría ser traducido en un principio de influencia que podría plantearse así: “La presencia de esquemas de género rígidos y polarizados impactan en una menor flexibilidad cognitiva”.

También quisiera retomarse en la reflexión sobre el paradigma cognitivo un trabajo que abordó la problemática de la violencia conyugal en Bolivia (Torres Lagrava, 2010), ya que se realizan allí algunas consideraciones sobre este paradigma. La autora se propone abordar la problemática de la violencia de pareja desde el modelo integrativo, profundizando en los paradigmas planteados por dicho modelo. En el paradigma cognitivo retoma una investigación realizada en Bolivia que pretendió detectar cuales creencias irracionales predominaban en las mujeres víctimas de violencia. La autora plantea que realizando un análisis de las creencias predominantes en estas mujeres se puede concluir que tienden a sobredimensionar el poder y dominio que tienen factores externos a la

persona, mientras se minimiza la capacidad personal para modificar circunstancias de su vida.

“Este aspecto es muy frecuente en lo que respecta a la violencia de pareja, ya que en nuestro medio se puede apreciar que la mujer prefiere continuar siendo víctima de violencia y no actuar para cambiar esta situación, debido a la creencia de que no puede hacer nada para dominar o modificar su realidad (...) para ellas es más fácil lidiar con la agresión de la pareja que hacerse responsables e independientes económica y socialmente” (Torres Lagrava, 2010, p. 79)¹²

Retomando una crítica realizada por la terapia feminista a los planteos cognitivos más clásicos, es interesante debatir respecto de quién sanciona una idea de este tipo como “irracional”. Desde un análisis de la prevalencia de la violencia de género en nuestros países latinoamericanos, la incidencia de los femicidios, la realidad del nivel educativo y de inserción laboral de las mujeres, nos aventuramos a plantear que tener un registro de que carecen de poder parece ser una creencia bastante ajustada a la realidad de la situación de muchas mujeres. Se cuestiona entonces muy duramente el uso de “creencia irracional” para caracterizar las cogniciones de estas mujeres.

Luego de la presentación de estas creencias como irracionales se desliza la argumentación, presentada como evidencia empírica a partir de esta investigación, de que la mujer golpeada se queda por que quiere, porque elige. Plantear que una mujer “elige” continuar siendo víctima de violencia resulta simplificador y estigmatizante para la víctima. Tratemos de imaginarnos intervenciones psicoterapéuticas que siguieran estas premisas, que la mujer presenta creencias irracionales y que elige ser víctima de violencia, una insistencia de la tradicional postura de culpar a la víctima. Se centra más la atención en lo que

ella hace o deja de hacer para lidiar con la situación violenta, en lugar de utilizar esa misma energía en lidiar con los agresores.

Seguramente este grueso error provenga del excesivo centramiento en la dinámica intrapsíquica del procesamiento cognitivo de una mujer víctima de violencia de género, sin considerar los datos de contexto (legislación existente en ese país/distrito, oportunidades reales de acceso a realizar una denuncia efectiva, posibilidad efectiva de exclusión del agresor del domicilio, acceso recursos como refugios, subsidios, etc.). Mismo desde la OMS se ha establecido que las muertes por violencia de género son una pandemia porque provocan más muertes e incapacidad que el cáncer, el paludismo y los accidentes de tráfico juntos.

En este sentido planteos teóricos que naturalicen las vivencias de indefensión de muchas mujeres víctimas de violencia como “creencias irracionales” y que planteen su “elección” de la situación de violencia, constituyen un excelente ejemplo de cómo se naturaliza la inevitabilidad de la violencia de varones sobre mujeres y el traslado de la carga hacia la mujer-víctima. Sin embargo, lo interesante a señalar es que en la lectura integral del artículo no se detecta que el espíritu del mismo se centre en torno a esta línea de estigmatización de la víctima, todo lo contrario. Sí se observa cómo este tipo de argumentaciones se deslizan, casi imperceptiblemente, dentro de un texto que seriamente se plantea la violencia de pareja como una problemática grave y que amerita nuestra atención de manera urgente.

Para finalizar este apartado sobre el paradigma cognitivo y la perspectiva de género, también puede resultar interesante plantearse la pregunta de si la polarización de las características de la feminidad y la masculinidad,

¹² El subrayado del texto es propio.

no cumple con muchas de las características descriptas en diversas distorsiones cognitivas:

- ✓ Pensamiento dicotómico (interpretar en términos de absolutos sin visualizar los intermedios)
- ✓ Sobregeneralización (todos los varones son/sienten/hacen..../todas las mujeres son/sienten/hacen...)
- ✓ Sesgo confirmatorio (tendencia a sesgar la realidad para que encajen en las ideas preconcebidas, en este caso, toda acción realizada por un varón será masculina y viceversa)

Paradigma afectivo

El paradigma afectivo incluye las características energéticas de cada persona, sus motivaciones, emociones y sentimientos (Opazo, 2001). Entramos aquí en un terreno altamente generizado, ya que tradicionalmente las mujeres han sido subjetivamente ligadas a la esfera de lo afectivo, mientras que los varones han sido ligados a la esfera de la (supuesta) ausencia de afectividad, mediante el cultivo de la racionalidad, la objetividad y la distancia. Esta separación y asimilación con cada género responde a la división entre mundo público y mundo privado con el surgimiento de la Modernidad. Es decir la circulación privilegiada de los varones por el ámbito público del trabajo remunerado, con sus códigos de racionalidad, objetividad, poder y dinero, y la privilegiada circulación de las mujeres por el ámbito privado, doméstico, sentimentalizado, donde todo se hace por amor y abnegación

Esta tradicional división generizada de los mundos público y privado se encuentra en jaque actualmente por el masivo ingreso de las mujeres desde la década del 50 al ámbito de la educación superior y el mundo laboral remunerado¹³. Sin embargo podemos decir que las mujeres están

particularmente entrenadas y motivadas a desarrollar en mayor medida un mundo afectivo, desde el momento en que dicha afectividad está autorizada y estimulada. En términos de la construcción de una masculinidad hegemónica la afectividad, en tanto asociada a la feminidad y a la debilidad, aparece como un rasgo que los varones debieran tener en poca cantidad y siempre controlada. Nos referimos a todas las variantes, más o menos sutiles, de la popular idea de que “los varones no lloran”.

Dentro de este paradigma y con perspectiva de género, puede encontrarse una línea de explicación posible a la mayor prevalencia de la depresión en las mujeres (Burin, 2010), debido entre otros factores al privilegio del desarrollo de la vida afectiva que tienen las mujeres por su socio-subjetivación de género y a la presencia de dos ideales fuertemente femeninos: la maternidad (y la potencia o no del vínculo con los hijos) y las relaciones de pareja (mito del amor romántico de por medio). Entre otros, el fuerte empuje a que las mujeres estimen su éxito como mujeres en estos dos campos, altamente afectivizados, las dispondría frente a desilusiones en dichos campos a la depresión. Esta autora afirma “El rol de ama de casa es depresógeno, especialmente para las mujeres de sectores económicos y sociales medios, de ámbitos urbanos y suburbanos” (Burin, 2010, p-17). Vincula esto con las fuentes de gratificación, aclarando que una mujer ama de casa solo tiene como fuente de gratificación su vida familiar, si algo no funciona bien allí, no tiene donde recurrir para obtener gratificación. Mientras que un varón tendría como mínimo dos fuentes de gratificación posibles: aquellos derivados de su rol de proveedor (fuera de la casa) y su rol como jefe de familia (dentro de la casa). Dentro de las estrategias planteadas en el paradigma afectivo en el EIS se habla del enriquecer la capacidad del disfrutar. En la situación aquí planteada, de cierto perfil de mujeres amas de casa, el

¹³ Cabe aclarar que los varones no han incursionado, con igual fuerza, en el mundo de lo privado.

enriquecimiento de la capacidad de disfrutar (a través de diversas fuentes de gratificación) es crucial.

Por otro lado otros autores también señalan que los signos y síntomas descriptos para la depresión en general se han hecho a partir del modelo femenino, planteando que en el caso de los varones se daría en muchos casos una depresión enmascarada, o como lo conceptualiza Bonino Mendez (1999) la depresión a modo masculino. Bonino Mendez refiere que ya que la norma para el diagnóstico de la depresión está más basada en criterios de expresión más feminizados (llanto, inhibición, relatos, emocionalidad depresiva), los modos en que los varones expresan su depresión están con frecuencia alejados de estos criterios.

Ellos pueden expresar su malestar por el contrario, mediante la acción (con aumento de las conductas), ocultamiento emocional, a excepción de la manifestación de la ira, cuya expresión está más validada en la masculinidad. Puede ser un varón que se refugia en el trabajo, que aumenta sus consumos (tabaco, alcohol, drogas). Es una depresión “huraña”, refiere Bonino Mendez. Puede mostrar un modo agitado: irritabilidad, explosividad, amargura.

Avanzando en características del paradigma afectivo por género, es significativo señalar que el mandato social que articula la femineidad con el ser obedientes, siempre “buenitas” y más tranquilas, facilita la inhibición de los afectos hostiles, los cuales no está bien visto sean expresados. Esto lleva a un embotellamiento de dichos afectos, que en algunos casos es efectivamente sofocado, llevando a una vuelta hacia adentro con las posibles consecuencias que esto pueda traer. Mientras en otros casos se dan fallas eventuales, donde la hostilidad se expresa de manera explosiva, impulsiva, desbocada y a los efectos prácticos, con pocas probabilidades que

esto resulte en una modificación provechosa de su situación, su entorno, o sus vínculos. Las personas alrededor tienden a significar por lo general dichos arrebatos como una prueba más de la debilidad de las mujeres, o de esta mujer en particular, para el adecuado manejo afectivo. Generándose de esta manera un círculo vicioso.

Como se señaló más arriba, los varones tienen más legitimado el despliegue de la ira como afecto, pero también la hostilidad. Instrumentalmente utilizan dicha hostilidad en muchos casos para lograr lo que desean, inclusive en el despliegue de conductas violentas, como recurso legítimo frente a una situación de afrenta a su estatus o imagen social. En esto profundiza Ramírez Stuardo (2009), cuando aborda la problemática de los hombres agresores desde el modelo integrativo supraparadigmático. Allí el autor hace referencia a los aportes de la psicología feminista al campo de la investigación en el ámbito de la violencia de género, retomando los conceptos de androcentrismo y de patriarcado: “La consideración del sistema de valores culturales en la comprensión de las interacciones violentas permitiría construir una conceptualización de los hombres agresores como enfermos sociales y no como enfermos clínicos, en el sentido de que son personas que tienen una gran adhesión a creencias tradicionales sobre la femineidad y la masculinidad y a los roles que se derivan de ellas.” (Ramírez Stuardo 2009, p.60) y plantea muy acertadamente a nuestro criterio que el diagnóstico integral debe incluir de manera significativa los discursos, significados y referentes sociales acerca de que es ser hombre y que es ser masculino.

En términos de pensar los principios de influencia en este paradigma, podrían plantearse como propuestas los siguientes principios específicos de género: “A mayor anclaje de la identidad de género masculina en el rol tradicional de proveedor, mayor vulnerabilidad a

experimentar afectos disfóricos si se vivencian amenazas y/o fracasos en dicho rol” y en el caso de las mujeres: “A mayor anclaje de la identidad de género femenina al rol conyugal y/o maternal, mayor vulnerabilidad de experimentar afectos disfóricos si se vivencian amenazas y/o fracasos en los vínculos cercanos.”

Paradigma inconsciente

Este paradigma está planteado, dentro del EIS, como aquel que involucra la influencia de las actividades mentales no conscientes sobre la génesis de cogniciones, afectos y conductas (Opazo, 2001). En relación a los planteos de la perspectiva de género, puede plantearse que la dinámica presentada de producción socio-histórica de subjetividad, la articulación de los imaginarios sociales como productivos de deseos en las personas, entran como dinámica dentro del campo de lo inconsciente. En gran medida, mucho de lo descrito en relación a la naturalización de los roles de género, tienen que ver con la dificultad, en el caso de muchos/as de nuestros pacientes, en siquiera registrar algunas de las dificultades que la estricta división genérica puede estar colaborando en su vivencia de malestar.

En términos de las estrategias a seguir en este paradigma, el EIS plantea, como herramienta indispensable de trabajo, la ampliación del campo de consciencia, la ampliación del awareness, todas estrategias que fueron planteadas como centrales en el campo de la terapia feminista. Se trata de desnaturalizar, de hacer visible los aspectos más visibles, de ayudar a los/as pacientes a registrar algunas de las determinaciones, vinculadas con las dinámicas de género, que impulsan sus afectos, formas de pensar y de actuar.

En esta línea varios de los principios de influencia planteados por el EIS en este

paradigma resultan muy productivos para trabajar los aspectos de género. Por ejemplo uno de ellos plantea: “los valores específicos de la sociedad, del colegio y especialmente de la familia, influyen aumentando la probabilidad de que ciertas cogniciones y afectos específicos sean marginados de la consciencia”. En términos de género, plantearíamos entonces: “los valores específicos de la sociedad, del colegio y de la familia respecto de la feminidad y la masculinidad, influyen aumentando la probabilidad de que ciertas cogniciones y afectos específicos sean diferencialmente marginados de la consciencia en varones y mujeres”.

Otro principio de influencia refiere: “la modificación de autoexigencias rígidas y/o despóticas influye aumentando la probabilidad de un mejor ‘awareness’ del propio mundo cognitivo/emocional”. En términos de género se plantearía “La modificación de autoexigencias rígidas en torno a los roles de género estereotipados en nuestra sociedad, influyen aumentando la probabilidad de un mejor ‘awareness’ del propio mundo cognitivo/emocional”.

Por último: “un proceso de ‘awareness’ gradual influye aumentando la probabilidad de aceptación en la consciencia de contenidos cognitivo/emocionales conflictivos”. Este principio podría adaptarse y ajustarse de la siguiente manera: “Un procesos de ‘awareness’ gradual respecto de la construcción social de las diferencias de género influye aumentando la probabilidad de aceptación en la consciencia de contenidos cognitivo/emocionales conflictivos respecto de estas diferencias”

Paradigma Sistémico

Dentro de la lógica de este paradigma se plantea que el todo es más que la suma de las

partes y que un sistema se comporta de acuerdo a un patrón de causalidad circular. En el EIS, el paradigma sistémico es tomado para pensar la vinculación del sujeto (self) con otros sistemas externos a él (otros significativos, familia, etc.) Pero también para pensar el dinamismo dentro del propio self, por ejemplo a partir de una premisa sistémica se plantearía que un cambio en alguna de las funciones del self y/o en alguno de los paradigmas, podría traer cambios en la totalidad del sistema.

Se hará foco en este caso, al pensar la perspectiva de género, en la primera situación planteada: la vinculación, en términos sistémicos, de nuestro/a paciente con otros sistemas. En este sentido, en términos de las relaciones de género más bien estereotipadas y donde las mujeres ocupan un rol más o menos subordinado respecto de sus figuras masculinas (pareja, esposo, padre), en el trabajo con estas pacientes mujeres claramente es muy necesario tener muy presentes el funcionamiento sistémico de esa dinámica de género, en el sentido de que el sistema presentará resistencias específicas a la realización de cambios en la dinámica vincular.

Esto es particularmente sensible en los casos donde se trabaja las temáticas de violencia de género. Aquí se articula una tensión, y un debate muy especial entre la potencial inclusión del varón dominante y/o agresor en el dispositivo terapéutico, o la necesidad de trabajar con la paciente lo imperativo de lograr una separación (de convivencia, de status civil) con dicho varón.

Otra situación muy habitual en el trabajo con pacientes mujeres, es cuando ellas despliegan en su relato en la psicoterapia las cualidades de sus vínculos de pareja, donde un ojo entrenado en términos de dinámica de género detecta vínculos controladores y de despliegue de micro-machismos (Bonino Mendez). Estos se manifiestan en conductas tales como el control

sobre la forma de vestir, el registro de sus movimientos (horarios y lugares), desalientos o faltas de apoyo al despliegue de proyectos como realización de cursos, estudios, cambios de trabajo, iniciativas. Puede observarse también el aislamiento sutil de sus redes familiares y afectivas, mediante descalificaciones de sus amistades, críticas a la familia, etc. En muchas oportunidades estas variables aparecen en los relatos de las pacientes mujeres como algo anexo, no como motivo de consulta. El malestar se hace evidente, pero estas acciones aparecen como naturalizadas para ellas. En algunos casos ni las registran, en otros casos, las explican bajo las premisas del amor romántico (“me cela porque me quiere”).

Más allá que desde una perspectiva de género estas situaciones deben ser trabajadas, lo importante a precisar en relación a las lógicas del paradigma sistémico, es que todo/a terapeuta debe saber que intervenciones en este tipo de situaciones pueden llevar a buen puerto a la paciente: ella se puede ver gradualmente movilizada a registrar estas situaciones, evaluar que no es necesario que así sea, en qué medida esto la afecta y comenzar a implementar cambios mediante la puesta de límites y condiciones. Pero lo que debe saberse, fiel a la premisa de que el sistema ofrece resistencias a los cambios, es que modificaciones en las conductas de ella pueden traer aparejados exacerbaciones de los mecanismos de control de su pareja, quien según sus características personales, o bien tiene capacidad para flexibilizar sus propios esquemas, o bien podemos asistir a un efecto de backlash o efecto rebote. Concretamente, pueden darse en estas parejas episodios de violencia física y/o agresiones verbales, previamente ausentes o intensificación de la violencia física si ésta ya estaba presente.

Los/as especialistas en el trabajo en el campo de la violencia de género bien conocen este

efecto rebote. Inclusive algunos estudios macro-sociales se aventuran a argumentar que el aumento de los femicidios en las últimas décadas se debe por un lado al mejor registro epidemiológico de los mismos, pero también lo consignan como una respuesta de los mecanismos más patriarcales y conservadores, frente a los avances de las mujeres en el campo de derechos en las últimas décadas.

PARA CONCLUIR.

Retomando el trabajo de Opazo (2014) donde profundiza sobre la dimensión socio-cultural del paradigma ambiental conductual, él plantea: “A la hora de la prevención, y/o de la ‘terapia socio/cultural’, el tema es complejo. Ante todo, porque no está en manos de los psicoterapeutas el producir los cambios socio/culturales que pueden beneficiar el mundo psicológico de las personas.” (2014, p. 115). Se plantea aquí una tensión entre cambio psicológico por un lado y cambio social por el otro. Pareciera se renueva la dicotomía entre sujeto y ambiente, entre lo psíquico y lo social, lo de adentro y lo de afuera.

El planteo es que nuestro trabajo en psicoterapia aporta como mínimo, granos de arena al cambio social y que no debemos tener resquemor en pensar que nuestras intervenciones tienen impacto en lo socio-cultural, porque de hecho lo tienen, lo querramos o no. Si el trabajo sobre las diferencias desiguales de género en el ámbito psicoterapéutico no impacta de modo masivo en el cambio social, no se debe a que la psicoterapia no pueda o no deba inmiscuirse en estas temáticas, sino más bien a que el número de personas participantes en dispositivos psicoterapéuticos (la mayoría individuales) y que pudieran abordar estas temáticas en algún momento de su proceso, es insignificante en relación a la población total. Es más un tema de

relación de fuerzas que de pertinencia de trabajo y cambio sobre esta dimensión.

Concretamente, incluir una perspectiva de género implica:

- ✓ Considerar la construcción del género como un proceso: el género como algo que se hace, no que se es.
- ✓ Considerar la noción de construcción socio – histórica de la subjetividad.
- ✓ Reconocer la transversalidad de la dimensión política.
- ✓ No equiparar género con “temas de mujeres”. El género abarca tanto aspectos de la feminidad como de la masculinidad
- ✓ El trabajo desde un punto de vista género-sensible y no género-exclusivo.
- ✓ La inclusión de una perspectiva de derechos en el trabajo en psicoterapia, la cual se inscribe en una dimensión ética.

Y para pensar el camino futuro a seguir, quizás sea interesante, como lo plantea Fernandez (2007) dejar de pensar en términos de LA diferencia de género a pensar en términos de diversidad y de multiplicidad en tanto categoría, como aquello nos idéntico ni diferente.

REFERENCIAS

- Badinter, E (1992)** XY. La identidad masculina. Ed. Alianza: Madrid.
- Bem, S. L. (1981).** Gender schema theory: A cognitive account of sex typing. *Psychological Review*, 88, 354–364
- Bonder, G (1982)** Los Estudios de la Mujer y la crítica epistemológica a los paradigmas de las Ciencias Humanas. CEM: Buenos Aires.
- Bonino Mendez, L. (1999)** Varones, género y salud mental. Deconstruyendo la “normalidad” masculina. En Segarra, M y Carabí, A (eds) *Nuevas Masculinidades*. Editorial Icaria: Barcelona
- Bonino Mendez, L. (2009)** Micromachismos. En Shears, M. y Villegas, M. (eds) *Género, Diversidad y Violencia*:

Teorías y Estrategias. Univ. Autónoma de Nuevo León: Monterrey-México:

Bourdieu, Pierre (1998) La dominación masculina. Edición Anagrama: Barcelona.

Božac Deležan, L (2011) The Feminist Approach to Psychotherapy Integration. International Journal of Integrative Psychotherapy, Vol. 2, No. 1, 50-58

Burin, M. (1992) Nuevas Perspectivas en Salud Mental de Mujeres. En A.M. Fernández (ed.) Las mujeres en la Imaginación Colectiva. Paidós: Buenos Aires.

Burin, M (2010) Género y Salud Mental: construcción de subjetividad femenina y masculina. Material teórico elaborado para una clase de Género y Salud Mental, dictada en Mayo de 2010, Fac. Psicología UBA. Recuperado el 26 Febrero 2015 en http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/bitstream/handle/123456789/1529/Burin_2010_Preprint.pdf?sequence=1

Castoriadis, C (1989) La institución imaginaria de la sociedad. Editorial Tusquets: Buenos Aires.

Chodorow, N (1978) El ejercicio de la Maternidad. Editorial Gedisa: Buenos Aires.

Connell, R.W (1995) Masculinities. Polity Press: Cambridge.

De Beauvoir, S. (1946) El segundo sexo. Ed. Siglo Veinte: Buenos Aires.

Dio Bleichmar, E (1997) El feminismo espontáneo de la histeria. Editorial siglo XXI: España.

Fernandez Alvarez, H (1992) Fundamentos de un modelo integrativo en psicoterapia. Editorial Paidós: Buenos Aires.

Fernandez, A.M. (1993) La Mujer de la Ilusión. Editorial Paidós: Buenos Aires.

Fernandez, A.M. (2001) El fin de los géneros sexuales. Cátedra Unesco. Recuperado 2 de Marzo en http://www.catunescomujer.org/catunesco_mujer/documents/OPT_fin_generos_sex_uales.pdf

Foucault, M (1969) Las palabras y las cosas. Editorial Siglo XXI: México.

Fernández, A. M. (2007) Las lógicas colectivas. Editorial Biblos: Buenos Aires.

Foucault, M (1975) Poder – cuerpo. En Varela J. y Alvarez-Uría F. (eds.) Microfísica del Poder. Ediciones Piqueta: Madrid.

Franco S. (1999) La violencia en la sociedad actual. Archivo Argentino de Pediatría; 97 (5):330-336. Recuperado 2 de marzo de 2015 en http://www3.sap.org.ar/staticfiles/archivos/1999/arch_99_5/99_330_336.pdf

Freud S. (1933) La feminidad. En Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis y otras obras (1932-1936) Amorrortu Editores: Buenos Aires.

García Leiva P. (2005) Identidad de Género: modelos explicativos. Escritos de Psicología, Número 7 (p71-81). Facultad de Psicología, Universidad de Málaga.

Garcia Prince, E (2008) Políticas de Igualdad, Equidad y Gender Mainstreaming. ¿De qué estamos hablando? Documento elaborado dentro del Proyecto “America Latina

Genera (2008) Gestión del Conocimiento para la Equidad de Género en Latinoamérica y El Caribe” Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), San Salvador. http://www.americalatinagenera.org/documentos/publicaciones/doc_732_Politicade_igualdad23junio08.pdf

Gilligan, C. (1982). In a Different Voice: Psychological Theory and Women’s Development. USA: Harvard University Press.

Ibañez, T (1992) La ‘Tensión Esencial’ de la Psicología Social. En Paez, D (ed.) Teoría y Método en Psicología Social. Editorial Anthropos: España.

Irigaray, L. (1978) Speculum: espéculo de la otra mujer. Editorial Saltés: Madrid.

Mari, E. (1988) El poder y el imaginario social. Revista la Ciudad Futura Nro 11, 72-73.

Marques, J.V (1992) Varón y Patriarcado. En Valdés y Olavaria (eds). Masculinidad/es. Poder y Crisis. Ediciones de las mujeres Nro 24: Santiago de Chile.

Meler, I (1994) Parejas en transición: entre la psicopatología y la respuesta creativa. Actualidad Psicológica, 8, 7-12.

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

Opazo, R. (2014) El paradigma ambiental conductual: dimensión socio-cultural. Material de clases. Maestría y

Postítulo en Psicología Clínica, Mención Psicoterapia Integrativa. Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa. Santiago de Chile

Ramirez Stuardo, R. (2009) Hombres agresores: la otra cara de la violencia intrafamiliar. Un abordaje desde el Modelo Integrativo Supraparadigmático. Actualizaciones en Psicoterapia Integrativa Vol. I, 59-67. Publicado On line en Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa (www.icpsi.cl)

Rawlings, E. I., & Carter, D. K. (1977). Psychotherapy for women: Treatment toward equality. Springfield, IL: Charles C Thomas.

Rubin, G (1975) El tráfico de mujeres: notas sobre la economía política del sexo. Nueva Antropología. Vol. VIII, nro 30, 95-145. Asociación Nueva Antropología: Mexico.

Scott, J (1988) El género: una categoría útil para el análisis histórico. En Cangiano, M y Dubois, L (eds), De mujer a género. CEAL: Buenos Aires.

Shorter, E. (1977) Introducción. El nacimiento de la familia moderna. Crea SA: Buenos Aires.

Stoller, R (1968) Sex and Gender. Science House: New York.

Tajer, D (2012) Construyendo una agenda de género en las políticas públicas en salud. En Tajer D.(ed.) Género y Salud. Las Políticas en acción. Lugar Editorial: Buenos Aires.

Tajer D., Reid G., Gaba M., Cuadra M.E., Lo Russo A., Salvo I., Solis M. (2015) Equidad de género en la atención de la salud en la infancia. Psicoperspectivas, 14(1), 103-113.
Recuperado desde <http://www.psicoperspectivas.cl>
doi: 10.5027/ PSICOPERSPECTIVAS-VOL14-ISSUE1-FULLTEXT-503

Una Dimensión Evolutiva En el Contexto del Enfoque Integrativo Supraparadigmático

Mg Ps. Gabriel Soler S. Mg *

Abstract:

The present paper aims to introduce an evolutive view within the Integrative Supraparadigmatic Approach (EIS). Thereby, there were selected a group of authors that have been pioneers in this view, as they are Piaget, Kohlberg, Erikson, Mahler, Kernberg, Wilber y Kegan. Is presented, in this way, a summary of the ideas exposed by these authors, connected by the model of Robert Kegan. After that is presented a proposal of developmental transformations inside the EIS, where every aspect of the model is in a process of change. Finally is generated a discussion where are considered epistemic issues, aspects of the Approach (EIS) and clinical applications.

Key Words: *Development, Evolutive Dimension, Integrative Approach, Clinical Psychology, Paradigms, Functions, Self.*

Resumen:

El presente artículo tiene como objetivo introducir una mirada evolutiva dentro del Enfoque Integrativo Supraparadigmático (EIS). Para ello se seleccionó a un conjunto de autores que han sido pioneros en esta mirada, como son Piaget, Kohlberg, Erikson, Mahler, Kernberg, Wilber y Kegan. Se presenta, de este modo, un resumen de las etapas propuestas por estos autores con un centro en los órdenes de conciencia de Robert Kegan. Tras esto se presenta una propuesta de transformaciones evolutivas dentro del EIS, donde cada aspecto del modelo se encuentra en un proceso cambio. Finalmente se genera una discusión donde se consideran elementos epistémicos, aspectos del Enfoque y aplicaciones clínicas.

Palabras Clave: *Desarrollo, Dimensión Evolutiva, Enfoque Integrativo, Psicología Clínica, Paradigmas, Funciones, Self.*

AcPI, 7: 64-85.

* Psicólogo Pontificia Universidad Católica de Chile. Magister en Psicología Clínica, mención Psicoterapia Integrativa, Universidad Adolfo Ibáñez en convenio con Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa (ICPSI).
Contacto gsoler@gmail.com

INTRODUCCIÓN

En la práctica clínica nos encontramos con una gran variedad de pacientes. Estos presentan variadas personalidades, edades, síntomas, contextos. Estos elementos se conjugan en una relación terapéutica en que se encuentran dos particularidades, la del paciente y la del terapeuta. Estos sujetos pueden ser entendidos desde múltiples aproximaciones y una de ellas es el modelo evolutivo.

Con evolutivo hago referencia a los cambios que ocurren en el tiempo en el sujeto humano. Esto implica cambios en áreas diferentes, sean biológicas, cognitivas, afectivas, etc. Es decir, hay una multitud de áreas en proceso de transformación. Esto abre la posibilidad de considerar los cambios en los diferentes aspectos del Enfoque Integrativo Supraparadigmático (Opazo R., 2001), lo cual será el objetivo de este artículo.

En general, el abordaje evolutivo toma más relevancia en los primeros años de vida. Los primeros modelos estudiaban los cambios en los niños, ampliándose a la edad adulta de modo posterior. Un conjunto de autores han rescatado los procesos que ocurren posteriores a la adolescencia. Así aparecen objetivos y maduraciones para todo el ciclo vital.

Dentro de la mirada evolutiva hay dos grandes grupos: la aproximación fásica y la aproximación de estadios (Eriksen, 2008). Ambas miradas tienen elementos en común, y también un conjunto de diferencias.

La Mirada fásica implica cambios que ocurren a lo largo del ciclo vital, haciendo hincapié en los roles y tareas sociales de cada etapa. Estas etapas están marcadas por cambios psicosociales, donde habrá un

conjunto de demandas del grupo social para una etapa en particular. Suelen marcarse estos pasos por elementos etéreos, y por construcciones sociales que demandan ciertos elementos a la niñez, adolescencia, adultez y vejez, que serán las fases principales.

Por otro lado existe la aproximación por estadios o niveles. En ésta el peso no está en la fase en sí, o en la demanda social asociada, sino en la forma en que el sujeto construye significado, en la forma en que se aproxima a la realidad, la forma de conocer. Estos elementos presentan asociación con las fases, se espera así que tengan cierto calce, pero esto no necesariamente ocurre. Algunos autores plantean (Eriksen, 2008; Kegan, 1994) que la mayoría de los adultos no alcanza el nivel de desarrollo que se requiere para poder responder a las demandas del mundo actual. De este modo se espera que cierto nivel calce con cierta etapa, pero esto no siempre ocurre y podemos encontrar grandes desfases.

Durante esta tesis expondremos concepciones de autores muy variados. La idea central es que cada uno visualiza un conjunto de etapas del desarrollo. Pero cada uno a su vez representa una corriente, una aproximación diferente al mismo fenómeno.

Para realizar esta propuesta se han tomado un conjunto diverso de autores. Algunos de los autores estudiados buscarán la integración de elementos cognitivos con los elementos afectivos propuestos por los autores psicodinámicos (Kegan, 1982; Wilber, 1986[1993]). También se ha planteado la posibilidad de conectar los niveles del desarrollo en general, con una línea común de complejidad, basada en los cambios a nivel cognitivo (Wilber, 2000). Otros autores, simplemente apuntarán a los cambios de la

infancia (Kernberg, 1987; Mahler, 1974), en vista de que serían estructurantes para la adultez.

La visión desde las fases del desarrollo del ciclo vital, es la que comunmente se enseña y se practica, por otro lado la mirada de niveles o estadios suele quedar en el olvido tras la adolescencia.

Al adentrar en los autores focalizados en los estadios, se pondrá acento en cómo se construye la realidad, la relación de un sujeto con el mundo. Se le llamará a esto estructura de personalidad, fulcro del desarrollo, orden de conciencia. Estos elementos apuntan a que hay un proceso subyacente que explica las posibilidades dentro de las que se mueve el sujeto, dentro de la fase que se encuentre. Así una persona de 30 años puede ser muy diferente de otra, a nivel de procesos subyacentes, es decir, a nivel de estructuras de construcción de realidad.

La visión evolutiva implica que un estadio da paso a uno siguiente que es superior y que puede incluir al que queda atrás como forma de comprender. Es decir, hay una jerarquía evolutiva, no solo un paso de uno al siguiente. Esta jerarquía implica que cada nivel puede trascender e incluir al nivel previo y eso le hace superior.

El Enfoque Integrativo Supraparadigmático se presenta como un modelo que busca integrar elementos de diferentes paradigmas (como el biológico, cognitivo, afectivo, etc.) para la aplicación clínica. Roberto Opazo (2001) plantea cómo estos paradigmas buscan generar predicción y cambio a nivel terapéutico. La búsqueda es por aquello que funcione en psicoterapia, no importa de donde venga ese conocimiento. El modelo ha sido aplicado tanto a adultos como a niños, pero no se ha hecho una reflexión de las conexiones y

transformaciones que implica un tránsito como tal, desde el recién nacido al adulto. El considerar estos procesos de transformación hace pensar diferente la comprensión de los casos. Como se verá más adelante, será todo el modelo el que esté en proceso de cambio en cada peldaño de la escalera del desarrollo.

Autores base:

Piaget (Piaget, 2005[1954];1991[1964]) genera un conjunto de estadios del desarrollo cognitivo, donde especifica las capacidades en la construcción de una realidad cada vez más compleja, en base a investigación científica. Le llama a su propio trabajo epistemología genética, por el hecho de estudiar cómo es el objeto del conocimiento y el sujeto que le soporta, el que cambia con el desarrollo. Implica una forma de construir conocimiento particular en cada estadio, que va dando paso a configuraciones cada vez más complejas, en base a un proceso de asimilar elementos y acomodar estructuralmente la información novedosa.

Kohlberg (1984 [1969]) será un estudioso de la moral, de la forma en que el sujeto define sus relaciones sociales y cómo decide en situaciones de contradicción de valores. Esto genera un conjunto de estadios morales, donde cada uno da paso al siguiente, desde un principio egocéntrico a uno convencional y socio-céntrico, hacia uno post convencional.

Erik Erikson (1985) es un autor psicoanalítico, que cambia varios aspectos de la teoría principal del psicoanálisis para proponer sus ideas. Plantea así un desarrollo más allá de la adolescencia, considerando la adultez y la vejez como relevantes. Además genera un modelo psicosocial, lo cual implica considerar aspectos de la cultura en la que está inserto el sujeto.

Margaret Mahler (1974) es otra autora psicoanalítica. Ella comienza con el estudio de infantes, y describe el proceso de separación-individuación asociado a los primeros años de vida, que darán paso al “nacimiento psicológico” del niño. A partir de esta comprensión surgen muchas reflexiones en los modelos psicoanalíticos, siendo una referente en muchos autores. Hoy en día ha sido cuestionada por diversos descubrimientos del desarrollo temprano, pero a su vez puede seguir siendo vigente, como se verá en su capítulo.

Otto Kernberg (1991[1977]) es famoso por su descripción de la estructura límite de la personalidad y su entrevista estructural para poder determinarla. Esta comprensión tiene a la base un modelo evolutivo que se explicita en su capítulo. Es relevante comprender que, cuando se usan sus conceptos de este autor, hay una dimensión evolutiva subyacente, por ejemplo al plantear que un paciente tiene o no una estructura límite. Estos elementos evolutivos pueden dialogar con los otros autores evolutivos para poder tener así una mejor comprensión del caso ‘límite’.

Ken Wilber (1993[1986];2000) es uno de los autores más citados por los círculos transpersonales, pues hace una gran compilación de autores contemplativos tanto orientales como occidentales. En su proceso de pensamiento integra elementos de la psicología del desarrollo, conectando a autores como Piaget, Mahler y Kernberg. Plantea varias consideraciones terapéuticas para todos los niveles del desarrollo, tanto infantil como adulto.

Robert Kegan (1982; 1994) es un psicólogo que ha estudiado los niveles del desarrollo desde la década de los 80 y sigue trabajando en ello. Su descripción de los cambios en el self es

interesante, mostrando como las crisis y tránsitos son vividos desde el sujeto particular. Plantea una visión tanto epistemológica, biológica como psicológica. Esta mezcla permite que sea atractivo como terapeuta, pues además de conectar varios de los autores estudiados en esta tesis, en sus libros presenta estudios de casos y vivencias en primera persona. De este modo relata el conjunto de emociones que van aparejadas a los cambios que parecen abstractos en los autores más centrados en aspectos cognitivos.

Esta selección de autores ha sido desarrollada en vista de que suelen ser referencias de diferentes áreas del saber psicológico. Algunos de ellos se citan entre sí, por lo que es interesante tenerlos a todos juntos en un mismo texto para poder ver sus similitudes y diferencias.

La selección lamentablemente deja fuera múltiples otros autores asociados al desarrollo. Especialmente se extrañará la presencia de modelos más actuales. Lo que se ha buscado con este grupo es poder reunir a autores que son pilares para las reflexiones que han seguido en torno a las dinámicas evolutivas. Así, se convierte esta tesis, en un primer movimiento hacia la introducción de una dimensión evolutiva en el enfoque Integrativo Supraparadigmático. Como primer movimiento trata de dar cuenta de las primeras miradas de esta dimensión durante el siglo pasado. Al presentar estos autores y su forma de comprender el desarrollo se genera una base para poder seguir pensando y cuestionando a los seguidores actuales de estos modelos. Pues todos ellos de algún modo han formado escuela y éstas tienen implicancias no solamente teóricas sino también prácticas.

La forma en que concebimos el desarrollo implica también la forma en que pensamos la

intervención. Si pienso la estructura límite como un problema en la unión de representaciones del self positivas y negativas intervengo tratando de conectar estas representaciones (terapia de Kernberg). Si considero que el desarrollo requiere una cultura de soporte, contención y desafío promoveré este tipo de vínculo en mi consulta (terapia de Kegan). Si pienso que cada etapa es tan diferente una de la otra como lo piensa Wilber, deberé aproximarme a cada nivel con técnicas diferentes.

Para el presente artículo se hará un resumen de las diferentes aproximaciones en base a los órdenes de conciencia de Kegan para poder generar una primera propuesta hacia una dimensión evolutiva dentro del EIS.

Desarrollo y Enfoque Integrativo Supraparadigmático (EIS)

El modelo Integrativo Supraparadigmático, propuesto por Roberto Opazo se constituye como una forma de integrar conocimientos de manera ordenada en función del trabajo terapéutico (Opazo R. , 2001). El autor plantea un conjunto de paradigmas y funciones del self, que son integradas para una visión completa del paciente. De este modo haremos comentarios a cada uno de estos elementos pensados desde la dimensión evolutiva.

Por lo tanto cuando hablamos de psicoterapeutas infantiles, infanto-juveniles y adultos nos referimos a etapas del ciclo vital, y no a una complejización en el procesamiento de las significaciones. Será este cambio en la forma de significar, de comprender, de procesar la realidad, la que está siendo estudiada por los autores evolutivos presentados. De este modo podemos pensar dentro del EIS cómo operan estos cambios en sus diferentes paradigmas y funciones del sistema self.

Roberto Opazo (2001) plantea que la epistemología del modelo Integrativo es un constructivismo moderado, que entre sus componentes se encuentra la consideración de una 'Epistemología evolutiva' donde "enfaticamos el aporte evolutivo del desarrollo de nuestro sistema nervioso, porque nos permite acceder a mejores formas de conocimiento" (Opazo 2001, p.52). En este artículo se está planteando que existe de este modo un conjunto de pasos dentro de esta construcción de la realidad, que va accediendo a mejores construcciones en tanto avanza en los órdenes de conciencia. Se hace interesante el concepto de Opazo (2001) de "unidades cognitivas biológico/ambientales" las cuales, hacen alusión a como está conectada la maduración cognitiva, con cambios biológicos dentro del sistema nervioso y con la estimulación apropiada del entorno. Esto es planteado como una unidad, que condensa estos elementos, que serán los ladrillos de la realidad. Estas unidades por lo tanto estarán sujetas a los cambios de cada etapa del desarrollo.

Por otro lado, esta comprensión parece permitir integrar la idea de una cultura en la que el sujeto está envuelto, incrustado, metido dentro, la cual permite y sostiene cualquier orden de conciencia. Con cultura se entiende, en este caso, la configuración social que hay en torno al sujeto, que comienza con una madre-ambiente y va creciendo para abarcar a la sociedad y relaciones igualitarias e íntimas. Es interesante señalar que Opazo (2001) cita a Kegan (1982) en su descripción del sistema self, y será este autor el que hemos tomado como eje central para describir el proceso de desarrollo.

Una breve aproximación a los órdenes de conciencia

Podemos hacer un breve recorrido por las principales etapas del desarrollo trazadas por Kegan llamadas órdenes de conciencia, añadiéndole algunos aspectos de los otros modelos en base a los aportes generados por Wilber (2000) para poder conectar diferentes modelos evolutivos.

Orden 0, Incorporativo: el sujeto está construyendo su relación con el mundo con una construcción sensorio motriz a nivel cognitivo. En un principio la definición de sí mismo es muy difusa, incluso a nivel de movimientos físicos, el niño parece estar generando esta distinción del yo/no yo a partir de los movimientos reflejos.

La identidad desde Kegan será un “yo soy reflejos, sensaciones, movimientos”, los cuales van lentamente quedando superados durante esta etapa, al ir tomando control sobre estos elementos. La madre (o cuidador) será el contexto principal, que sostendrá estos primeros pasos.

Como plantea Wilber es en este período donde el sujeto primero cobra conciencia de sí como cuerpo u objeto físico, con un foco en sus sensaciones y reflejos, marcando este período las etapas de Mahler de autismo y simbiosis, y parte de la separación individuación. También los procesos de Kernberg asociados a la estructura psicótica.

Podemos pensar las primeras etapas de Mahler como sub etapas dentro de este orden. El autismo (primera etapa de Mahler) puede comprenderse como una necesidad de buscar relaciones contingentes de los propios movimientos. Estos van dando paso a buscar movimientos contingentes en las figuras de cuidado y apego. Así entramos en lo que se ha llamado simbiosis (segunda etapa), pues es un período de gran dependencia a las respuestas de otro, siendo el cuidador quien regula

afectivamente al bebé. Conforme esta etapa avanza, se comienza a consolidar al otro como sujeto cada vez más diferenciado.

Luego habrá una separación del objeto emocional para consolidar un sujeto-objeto separados con emociones y deseos propios, que serán propios del proceso de separación individuación (Mahler) y de las estructuras límites (Kernberg). Al tomar el otro un lugar preponderante el sujeto comienza a extrañarlo, a darse cuenta de que depende del cuidador. Por eso, luego de una fase de exploración (o separación) aparecería un retorno a buscar las relaciones.

Desde las teorías del apego, se argumenta que será el apego seguro el que permite una exploración, mientras que mantiene un contacto afectivo con el cuidador (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 2014). Por otro lado, las dinámicas de apego inseguras generarían relaciones con “ambitendencias” donde el bebé busca y rechaza a la madre a la vez. Gergely (2000) plantea que la escisión descrita por Kernberg estaría asociada a problemas en las dinámicas de apego, donde el niño, para poder afrontar y sobrellevar la experiencia de su cuidador, la separa en partes buenas y malas.

El nivel que sigue está marcado por aspectos más simbólicos, pues se comienzan a construir representaciones con el creciente uso del lenguaje.

Desde Erikson se está consolidando la confianza básica.

Orden 1, Impulsivo: el sujeto ahora ha surgido como una entidad separada a nivel físico y afectivo y tendrá un primer punto de vista como sujeto separado a nivel simbólico, con las primeras representaciones. La capacidad cognitiva para representar el mundo exterior es confusa, pues aun las categorías se mezclan

entre sí, y también la clase y sus partes (pensamiento preoperacional). Su mundo interior puede teñir el exterior, por lo cual la fantasía prospera expresada en juegos simbólicos. A nivel interior su identidad será un “yo soy mis impulsos y percepciones”, lo cual implica que el sujeto tratará de llevar a cabo lo que desea, pero a un nivel de corto aliento, por lo que puede pasar de un impulso a otro. Se logra la auto-regulación en elementos previamente reflejos como es el control de esfínteres. También temerá a elementos impulsivos como sus miedos, los cuales en este estadio pueden ser proyectados al exterior con facilidad pues aun no hay una diferenciación conceptual entre lo que es sujeto y objeto. Desde Erikson se vivirá la búsqueda de autonomía y de iniciativa.

En paralelo van progresando las estructuras de Kernberg, logrando unir los elementos antes escindidos entre buenos y malos. Se hace interesante el hecho de que cognitivamente aun el sujeto no puede generar categorías estables, por lo que el funcionamiento límite se puede entender como expresión de este nivel cognitivo (identidad difusa, escisiones, polarizaciones, proyecciones). De todos modos, parece relevante el rol de los cuidadores para poder hacer sentido a las experiencias del niño, aportando coherencia desde las dinámicas de apego.

Al final de este período está completándose el Edipo, período central para el psicoanálisis freudiano. Este permite alcanzar las estructuras neuróticas, que serán las que presentan un juicio de realidad conservado y una identidad integrada. Tradicionalmente se describe esta fase como una relación de rivalidad con un padre, buscando el niño el amor del otro. Kegan plantea que existe una dificultad en este período para poder integrar el héroe y el villano y que el niño requiere que se jueguen estos

roles. Estamos en un período donde la cultura que sostiene la identidad es la familia, y por lo tanto es probable que sean los padres quienes reciban la carga de ser héroes o villanos, pero también podría ser un hermano, tío o primo. A nivel cognitivo el niño está logrando generar las primeras categorías estables a nivel social, que serán los roles, de este modo logra diferenciarse de sus padres y afirmar “soy un niño y eso es diferente a ser adulto”, lo cual le permite superar el conflicto edípico con una conciencia de su rol en la familia. Kegan (1982) plantea que ambos roles de los padres son relevantes, representando el más cercano el impulso a conectarse y el otro el impulso hacia la independencia.

Orden 2, Imperial: comienzan las operaciones concretas, lo cual por primera vez constituye un mundo ordenado, con categorías claras. Esto trae un nuevo espacio y tiempo, por lo que se comprenden dimensiones espaciales ahora estables, y tiempos secuenciales y constantes.

Se puede comprender a nivel cognitivo que este paso evolutivo genera una ‘normalidad’ (estructura neurótica) en el sentido de que se entra a un mundo ordenado por la lógica. Ahora el sujeto ya no proyecta hacia afuera. El otro es alguien distinto, a nivel conceptual, por lo que el niño se preocupará de explicarle cosas, algo que antes no hacía. La identidad estará definida por un “yo soy mis intereses, necesidades y deseos”, lo cual implica poder durar más en las actividades, aficionándose por ellas. Empieza la etapa de latencia psicoanalítica y la etapa de industria de Erikson.

El niño suele entrar a la escuela, donde se encontrará con los pares y la autoridad de los profesores, dos nuevos contextos del desarrollo que el sujeto comienza a considerar y en los cuales ensaya nuevos roles. Los roles y reglas

serán fundamentales de desarrollar en esta etapa, pues abren a un nuevo mundo social, que requiere nuevas capacidades de abstracción. Las pandillas surgen como contexto relevante, formando relaciones grupales. Una transición a la siguiente etapa la puede ser ayudada por un amigo/a muy similar al sujeto.

Orden 3, Interpersonal: en esta etapa el otro aparece con fuerza, pasando del estadio de Kohlberg instrumental a un estadio comunitario y convencional. Comienza así un período donde el sujeto se hace parte de una comunidad más amplia y también de relaciones cercanas que comienzan a definir la identidad. Es muy relevante la presencia de amigos íntimos o de parejas, a diferencia de la pandilla que antes predominaba. Por ello la identidad será un “nosotros”, una “mutualidad”, un yo que se identifica con las relaciones que está sosteniendo.

Serán fundamentales aquí, a nivel cognitivo, las primeras ideologías con la aparición de la abstracción temprana. También la pertenencia a grupos coherentes con esa ideología. El sujeto se libera de lo concreto y puede usar conceptos abstractos, proyectar al futuro y pensar en el pasado. Nos encontramos en una transición hacia las operaciones abstractas (estando aun en las tempranas operaciones abstractas). El mundo interior ahora cobra fuerza como tal, pudiendo hacer referencia a como se siente el propio sujeto de forma más clara. Los problemas que ocurran entre los seres cercanos o los grupos de pertenencia serán los que más afectarán al sujeto, pues el self está identificado con ellos. La presencia de problemas por ejemplo entre la pareja y la familia de origen puede desestabilizar al self por no tener una estructura que permita manejar estas dos áreas de su identidad. Esta será la estructura más común en los adultos, pero, lamentablemente,

no sería suficiente para cumplir las demandas de la vida moderna (Kegan, 1994).

Orden 4, Institucional: el sujeto comienza a salir de la fusión en las relaciones y a poder operar sobre ellas. Así podrá ponerle límites a las relaciones, y también a las ideologías, sin ser gobernado por ellas como en el nivel previo. Construye para esto aspectos interiores para poder generar valoraciones adecuadas a cada aspecto de su vida, construyendo una ética propia. Comienza a formar un self abstracto, diferenciado del entorno psicológico. El ‘pienso luego existo’ se hace central, pues se alcanzan las operaciones abstractas. Habrá una identificación con ideologías, pero ahora sostenidas por el propio sujeto y no por la cercanía de ellas como era antes. Se identificará con instituciones o grupos sociales más amplios, y será un agente en mantenerlas, preocupado ahora de su participación en ellas y en la propia autoría. La identidad se hace auto reflexiva, un ‘yo soy una institución’. El contexto se amplía a la sociedad completa como un sistema del que se es parte.

Orden 5, Interindividual: este orden de conciencia es post convencional. Esto implica que comienza a dejar atrás la institución, pero también deja atrás el yo como institución. Da la posibilidad de hacer redes de redes de secuencias racionales, generando un mapa global, a lo que Wilber llama ‘visión lógica’. También permite partir de elementos vivenciales para sostener la moral y las decisiones en general, buscando el fundamento original de los valores en la vida misma. Será una etapa que Wilber llama centauro, por la unión cuerpo-mente, y que asocia a la filosofía existencial. El sujeto se abre a relaciones con una nueva intimidad, ya que el mismo self puede ser objeto y así el sujeto puede darse cuenta como él mismo cambia en función de los vínculos y cómo, por ejemplo, se polariza, sin

por ello identificarse en esa polarización. De este modo, en un conflicto, el sujeto puede soltar su posición y comprender cómo ésta emergió dentro de la dinámica interpersonal, reconociendo su propio self como un elemento en la conciencia. La identidad será un ‘yo soy intimidad’, abriéndose a nuevas relaciones donde hay self diferenciados, pero unidos por una interpenetración natural.

A continuación un comentario sobre la dimensión evolutiva en los diferentes elementos del EIS:

Paradigma Biológico:

A nivel biológico seguimos el trabajo de Crone y Ridderinkhof (2011), que plantean relaciones biológicas con los cambios piagetianos. De este modo encontramos las podas neurales, que calzan bastante bien con los períodos de Piaget (los 6 y 8 años, los 10 y 12 y los 14 y 17). Se suma que se ha encontrado períodos de crecimiento rápido seguidos de crecimiento lento en el cerebro, lo que sustentaría la idea de etapas de desarrollo. Hay evidencia de que el desarrollo de la materia gris ocurre en diferentes velocidades para diferentes áreas cerebrales, y que en las áreas de alto orden del cerebro, los cambios físicos no generan aportes a las funciones cognitivas hasta que el cambio en esa región haya sido completado.

Por otro lado, se han encontrado períodos críticos de aprendizaje, donde seguimos a Marshall P., Kenney J. (2009), lo cual implica que ciertos aspectos (como el lenguaje) pueden solo ser aprendidos en ciertas edades, habiendo predisposiciones biológicas para ello. Se puede dividir esta idea en tres procesos diferentes: experience-expectant, experience-dependant, y experience-adaptative. El primero es un período más rígido, donde se marca binariamente el aprendizaje o no de ciertos elementos, donde se aplican a grandes grupos de la población,

como por ejemplo el canto en los pájaros. La falta de estimulación en estos casos implica serias deficiencias a nivel cerebral. En los humanos se encuentra más plasticidad para el aprendizaje, lo que abre a nuevos conceptos como los procesos dependientes de experiencia (experience-dependant), que son elementos idiosincráticos que pueden o no ser aprendidos en función del entorno, donde hay mayor plasticidad para aprenderse durante la vida. Aquí el aprendizaje va siendo construido desde una habilidad que va dando paso a otras más complejas de forma secuencial. El concepto de procesos experience-adaptative se asocia más a elementos propios de lo humano partir de estudios de experiencias tempranas. Así una experiencia temprana puede generar efectos duraderos, dejando una especie de “programación” en el individuo, con una participación limitada para poder ser re programados, a pesar de los cambios ambientales.

Se plantea, de este modo, que el sistema nervioso evoluciona en paralelo a los cambios que se producen a nivel de estructuras u órdenes de conciencia y a los contextos ambientales (sociales) que sustentan estos cambios, siguiendo la idea de “unidades cognitivo biológico/ambientales”.

Wilber (2000) propone que los niveles del desarrollo están sostenidos por estructuras biológicas. Siguiendo esa línea de pensamiento hacen los paralelos siguientes. Las estructuras llamadas SF las señala el mismo Wilber como una aproximación especulativa:

	Estructura biológica
0 Incorporativo	Cerebro reptiliano Sistema límbico
1 impulsivo	Neocorteza Cerebro triuno
2 Imperial	Neocorteza compleja
3 Interpersonal	SF1
4 Institucional	SF2
5 interindividual	SF3

Figure 1 Cambios en paradigma biológico

Paradigma Ambiental Conductual:

El aprendizaje de conductas desde el ambiente puede ser por asociación, pero a su vez hay conductas que requerirán cierto desarrollo previo para ser aprendidas, como ha sido expresado en los períodos críticos de aprendizaje. Por ejemplo hacer operaciones matemáticas requiere una base de abstracción previa. El aprender ciertas conductas implica múltiples procesos de desarrollo previos. Algo tan simple como andar en bicicleta requiere haber superado el período sensorio motriz de Piaget.

En cuanto a lo ambiental, el concepto de Kegan de “culture of embeddedness”, que he traducido como ‘cultura de incrustación’ parece aplicar, en el sentido de que ciertos aspectos del ambiente estarán conectados con el sujeto, siendo un contexto para que éste pueda existir (Kegan hace la metáfora del útero para el feto). Este contexto puede estar fusionado con ciertos aspectos de la identidad. Así habría que pensar cómo hay un ambiente “objetivo” (en caso de poder afirmar algo así) y un ambiente significativo, que estará asociado a los elementos subjetivos, y que estará asociado por lo tanto a las etapas del desarrollo. Esto implica por ejemplo que la madre no es una persona más para un niño, sino que es parte de un ambiente-sostén. Esa significación, del ambiente-sostén, irá cambiando conforme el niño madura. Estos datos son sacados directamente de Kegan (1985)

	Cultura de incrustación	Conductas esperables
0 Incorporativo	La madre o el cuidador. Cultura de la Madre	Conductas reflejas Coordinación sensorio-motriz en construcción. Conductas de apego temprano.
1 impulsivo	Típicamente los padres, cultura de parentalidad	Conductas impulsivas. Manejo y coordinación del cuerpo. Uso de símbolos, juego simbólico
2 Imperial	Cultura de reconocimiento de	Conductas orientadas por intereses,

	rol. Colegio y familia como instituciones de autoridad y diferenciación de rol. Bandas de pares que requieren toma de roles.	necesidades y deseos. Conductas con lógica concreta. Juegos grupales.
3 Interpersonal	Relaciones mutuas recíprocas uno a uno. Cultura de mutualidad.	Conductas mutuales. Toma de roles. Asunción de reglas por pertenecer al grupo. Imaginación de mundos abstractos: juegos abstractos.
4 Institucional	Cultura de identidad o de autoría (en amor y trabajo). Típicamente un grupo involucrado en una carrera, admisión a la arena pública.	Conductas institucionales en base a abstracciones sistémicas. Conseguir reconocimiento.
5 interindividual	Cultura de intimidad, en el dominio del amor y el trabajo. Típicamente una relación de amor genuino adulto.	Conductas de intimidad por reconocimiento del otro. Conductas de transformación del self.

Figure 2 cambios en paradigma ambiental conductual

Paradigma Sistémico:

Las relaciones sistémicas podemos separarlas en el funcionamiento individual como sistema y el entorno social, que incluirá tanto la familia como los contextos más amplios como son los tecno económicos. Tanto el ordenamiento individual como el social presentan dinámicas de desarrollo.

A nivel individual las relaciones entre las partes del sujeto, tales como son la biológica, la afectiva, al cognitiva y la inconsciente, van generando ordenamientos y emergentes sistémicos, que se irán complejizando conforme estas áreas cambiarán en el desarrollo. Por otro lado, en el proceso de generar significados, del sujeto va generando estructuras a las que podemos llamar sistémicas, pues generan elementos superiores a sus partes que luchan por mantener una coherencia interna.

El concepto de cultura de incrustación también aplica en este paradigma, en el sentido de que el sujeto se va conectando con sistemas

cada vez más complejos conforme se desarrolla. Así desde la diada a la familia, al sistema escolar, al sistema laboral. De este modo se va accediendo a poder intervenir en diferentes espacios sistémicos.

Además de esto existe un sistema global, social y económico, que estará siempre presente y que afectará cualquier desarrollo.

Desde la mirada de Wilber (2000), cada estructura del desarrollo está sostenida por elementos colectivos y sistemas sociales. Estos representarían los niveles de desarrollo en los que surgieron ciertos modos de producción. Kegan (1994), asocia por su lado, los estadios del desarrollo con procesos colectivos como la modernidad y post modernidad.

	Sistema de Gobierno	Sistema económico	Cultura
0 Incorporativo			
1 Impulsivo	Tribus	Forrajeo	
2 Imperial	Tribus y villas	Sistema horticultural	
3 Interpersonal	Estados Tempranos imperios	Sistema agrario	Tradicionalismo
4 Institucional	Naciones Estado	Sistema Industrial	Sistema informático
5 interindividual	Gobierno planetario	Sistema informático	Post-modernismo

Figure 3 Cambios en paradigma sistémico

Paradigma Cognitivo:

Este paradigma tiene gran estudio en modelos como el de Piaget o el de Kohlberg, que se focalizan en los elementos cognitivos del desarrollo. Así la capacidad de interpretar la información se verá alterada en función de los órdenes de conciencia. Desde una construcción sin categorías a tener ciertas categorías. De estar centrado en uno mismo a poder comprender a otros y a los roles sociales. De estar sumergido en los roles a poder generar un sistema propio de interpretación. La abstracción se expresa en la capacidad de pensar un futuro, pensar ideales y conceptos.

Estos cambios pueden ser trazados como una línea evolutiva de la cognición. Para autores, como Wilber, la línea cognitiva es la línea central, que será necesaria pero no suficiente para el desarrollo de las otras líneas.

Piaget	Kohlberg
Sensoriomotriz	
Preoperacional	Orientación al castigo y a la obediencia
Operaciones concretas	Orientación instrumental
Tempranas operaciones abstractas	Orientación a la concordancia interpersonal
Operaciones abstractas	Orientación a la sociedad
Dialectico o visión lógica	Orientación desde principios

Figure 4 Cambios en paradigma cognitivo

Estos cambios cognitivos van dando paso a ciertas configuraciones de cómo ver la realidad, cuales son los límites de comprensión y los temas centrales al evaluar una situación.

Así la forma de pensar va pasando por etapas, desde algo sensorial hacia poder manejar símbolos como el lenguaje. Luego se pasa a estar atrapado en la percepción (preoperacional), lo que hace que el sujeto evalúe que hay más plastilina si la ve alargada, o más agua en un vaso más alargado. Al pasar a operaciones concretas el mundo se hace lógico, pudiendo conservar el sujeto la cantidad de agua o plastilina en las transformaciones que se perciben (trascendiendo la percepción). Así las capacidades cognitivas serán diferentes en cada sujeto según el nivel en el cual se encuentre.

Los temas centrales para pensar la realidad social también cambiarán, desde comprender la moral desde lo heterónomo, desde el castigo, a algo propio e instrumental. Luego el pensamiento va entrando al mundo social y compartido.

En la función de significación se puede ver una profundización de esta idea.

Paradigma Afectivo:

Como se vio en el capítulo destinado a Piaget, los afectos también son transformados por el desarrollo. La estructuración cognitiva va estructurando a su vez lo afectivo, así la

persona tendrá una implicación afectiva, por ejemplo, con elementos abstractos como son los roles, o sistemas de creencias. El sujeto no es un pensador frío de la realidad, se compromete con sus objetos de manera significativa y afectiva. Como plantea Kegan, los pasos evolutivos van implicando una muerte, un duelo, de las etapas previas, y esto se manifiesta como angustia, rabia y pena. El camino evolutivo es un camino sentido, vivenciado. También pueden categorizarse afectos, que van desde algo más reflejo, a algo más impulsivo, a un conjunto de intereses de larga duración, que posteriormente estructuran un mundo interior coherente y cada vez más abstracto. Propongo un proceso de objetos de afecto y de motivación en cada etapa.

	Objeto de afecto	Intereses
0 Incorporativo	Aprecio por el cuidador principal Primeras figuras de apego	Centro en el propio cuerpo y objetos cercanos
1 impulsivo	Aprecio por miembros de la familia	Centro en los impulsos. Objetos de la fantasía
2 Imperial	Aprecio por el grupo de pares. Relación con la autoridad familiar y no familiar	Centro en los propios intereses Desarrollo de habilidades
3 Interpersonal	Aprecio por vínculos cercanos profundos. Entorno psicológico-ideológico	Centro en las relaciones horizontales y mutuales
4 Institucional	Aprecio por instituciones, sistemas sociales, sistemas de pensamiento.	Centro en la autoría, participación en el mundo social.
5 interindividual	Aprecio por relación íntima madura.	Centro en la interpenetración entre sistemas self.

Figure 5 Cambios en paradigma afectivo
Paradigma Inconsciente:

Lo inconsciente psicoanalítico, con su procesamiento primario estaría en los primeros estadios del desarrollo, graficado en el pensamiento pre-operacional, en el cual se pueden confundir las categorías, los objetos, los tiempos, etc. Por otro lado puede pensarse que cada nivel evolutivo va dejando su nivel previo como “inconsciente” (siguiendo a Wilber), así un sujeto racional tendrá como inconsciente el nivel concreto. Por otro lado, Kegan plantea

que lo que está sosteniendo al sujeto, es inconsciente, hasta pasar al siguiente orden de conciencia, donde se ve más allá y se comprende el contexto previo. Por ejemplo un bebé no es consciente de su madre como contexto sostenedor, pero al crecer la reconocerá como algo distinto a sí mismo.

Finalmente se toman los aportes de Wilber (2000) de ciertos mecanismos defensivos inconscientes para cada estadio.

	Self previo	Regulación contextual	Mecanismo de defensa
0 Incorporativo		Madre regula desde apego.	Distorsión Proyección delirante Alucinaciones Cumplimiento del deseo
1 impulsivo	Deja de fondo self incorporativo Miedo a reflejos (enuresis, encopresis)	Familia regula con rutinas, premios, castigos.	Fusión self objetal Proyección Escisión
2 Imperial	Deja de fondo self impulsivo. Miedo a que impulsos irrumpen (descontrol).	Regulado por pares, autoridades, padres.	Aislamiento Represión Formación reactiva desplazamiento
3 Interpersonal	Deja de fondo self imperial. Miedo al rechazo por egoísmo.	Regulado por relaciones cercanas.	Duplicidad en transacción Intenciones encubiertas
4 Institucional	Deja de fondo self interpersonal. Miedo a ser absorbido por relaciones y perder individualidad.	Regulado por contexto institucional, y por ética sin base experiencial.	Supresión Anticipación Sublimación.
5 Inter-individual	Deja de fondo self institucional. Miedo a distanciarse de los vínculos de intimidad madura.	Regulado por interpenetración de selves, ética de principios.	Inautenticidad, aburrimiento Auto actualización abortada Mala fe.

Figure 6 Cambios en paradigma inconsciente.

Función Toma de consciencia:

Esta función está asociada a lo que puede ser consciente en el sistema self. Desde una posición evolutiva esto irá cambiando en cada balance.

Por ejemplo, un sujeto preoperacional (orden 1) estará consciente de elementos sin coherencia lógica. Se guiará por sus impulsos, y su mayor preocupación será darles curso a ellos y manejar sus actos reflejos. Este sujeto no podrá hacer consciente una operación matemática, pues está sobre su nivel. Así cada nivel del desarrollo tendrá ciertas limitaciones estructurales de lo que puede y no puede ser llevado a la consciencia.

	Objeto de consciencia
0 Incorporativo	Conciencia de reflejos, sensaciones, movimientos
1 impulsivo	Conciencia de impulsos, percepciones, símbolos
2 Imperial	Conciencia de los propios intereses. Conciencia de la lógica del mundo concreto
3 Interpersonal	Conciencia de las relaciones. Conciencia de abstracciones e ideologías
4 Institucional	Conciencia del self como sistema abstracto. Conciencia del sistema social (instituciones). Sistemas de pensamiento.
5 interindividual	Conciencia de la transformación del self. Conciencia de los vínculos íntimos.

Figure 7 Cambios en función toma de consciencia

Función identidad:

Esta función se relaciona con la pregunta ¿quién soy yo? Ella nuevamente, será redefinida según cada orden de consciencia. Siguiendo la reflexión de Kegan el sujeto se identificará primero con sus reflejos, luego con sus impulsos, luego con sus intereses, luego con sus relaciones, luego con las instituciones. Un sujeto en interpersonal (3° orden de consciencia) verá su identidad amenazada en caso de que

sus relaciones significativas le rechacen, o se alejen. Un sujeto en imperial (2° orden de consciencia) verá su identidad amenazada al no poder realizar sus intereses. Lo que va definiendo al sujeto en cada nivel de desarrollo estará mediado por su nivel en la construcción de significados. Se señalan los contextos que sostienen, pues estos también serían parte de la identidad del sujeto, en el sentido de que si ellos fallan, se contradicen, se deshacen, la identidad puede sufrir junto con ello. A pesar de las transformaciones que vive el sujeto habrán diferentes elementos de la identidad que se mantendrán a lo largo del ciclo vital, existiendo elementos de conservación identitaria a modo de rasgos de personalidad.

	Identidad	Contexto sostenedor
0 Incorporativo	Identidad puesta en el cuerpo físico y en reacciones afectivas.	Sostenida por cuidador
1 impulsivo	Identidad puesta en los impulsos propios.	sostenidas por la familia
2 Imperial	Identidad puesta en los intereses propios, desarrollo de habilidades.	Sostenida por familia, escuela y pares.
3 Inter-personal	Identidad en las relaciones.	Sostenida por vínculos íntimos y contexto ideológico
	Identidad en un self independiente y abstracto.	Sostenida por entorno social-institucional, agencia propia, carrera profesional.
5 Inter-individual	Identidad puesta en un self en cambio.	Sostenido por una interpenetración de selves, en relaciones íntimas maduras.

Figure 8 Cambios en función identidad

Función significación:

Esta función es la encargada de la construcción de significado, al procesar experiencias y elegir dónde poner mayor atención. Por esta razón la función significación será la que construya significado constantemente, y por lo tanto construirá significado desde el nivel del desarrollo en que se encuentre. Desde un significado atrapado en

la percepción directa, a uno que puede generar principios explicativos de lo que ve. Una significación concreta que pasará a ser abstracta. El contenido de las significaciones puede ser amplio, pero estará restringido por los elementos del desarrollo.

	Sesgo de significación	Base cognitiva
0 Incorporativo	Significación enfocada en reflejos, sensaciones físicas, afectos básicos.	Regulada por sensoriomotriz
1 impulsivo	Se sesgará la información hacia los elementos que satisfagan los impulsos del sujeto.	Regulada por preoperacional
2 Imperial	Información sesgada hacia obtener los elementos del propio interés, egocentrismo.	Regulada por operaciones concretas.
3 Inter-personal	Información sesgada por relaciones e ideologías cercanas.	Regulada por tempranas operaciones abstractas.
4 Institucional	Información sesgada hacia las instituciones, self que busca autoría.	Regulado por operaciones abstractas.
5 Inter-individual	Información sesgada por búsqueda de intimidad, transformación del self por la relación.	Regulada por pensamiento dialéctico.

Figure 9 Cambios en función significación

Función auto-organización:

La capacidad para auto organizarse se relaciona con cómo el self se organiza frente a las experiencias que va viviendo. Esta variará también conforme varían los diferentes paradigmas y funciones. El mismo self estará restringido según los niveles. Un self en un nivel Impulsivo (orden 1) solo puede tener un punto de vista como referencia, solo puede tener un impulso en su interior y hacerse cargo del mismo. Un self en Imperial (2 orden) puede tener varios impulsos y coordinarlos, lo cual hace mayor la capacidad de auto organizarse. Luego podrá coordinar varios puntos de vista, hasta incluir a otro dentro de sí, imaginar lo que siente, lo que necesita. El self en interpersonal (3er orden) será un self que se define según sus

relaciones y se auto organiza en función de las mismas.

Las mismas transiciones entre estadios pueden generar períodos de desorganización y reorganización. Tanto las tendencias regresivas como las progresivas pueden generar desbalances, en un self que debe hacerse cargo de cambios en su misma estructuración.

	Organización individual	Desorganización evolutiva Por maduración	Regulación social
0 Incorporativo	Organización en base a vivencia sensorial y afectiva.	Ir dejando atrás los reflejos	Regulado por cuidador principal, usualmente la madre.
1 impulsivo	Organización en base a los impulsos y percepciones.	Ir dejando atrás la orientación a los impulsos.	Regulado por familia y cuidadores.
2 Imperial	Organización en base a pensamiento instrumental y concreto	Ir dejando atrás la orientación instrumental.	Regulado por familia, autoridad o pares.
3 Inter-personal	Organización en base a entorno psicológico y social., mediante abstracciones.	Ir dejando atrás las relaciones mutuales.	Regulación por los contextos psicológico e ideológico
4 Institucional	Organización individual, ser una institución, búsqueda de autoría... generar ideas abstractas propias.	Ir dejando atrás las instituciones.	Autorregulación en función del contexto social.
5 Inter-individual	Organización en función de un self en constante transformación en función de relaciones íntimas. Capacidad de pensamiento dialéctico.		Regulado por vínculos, pero desde posición madura, autoconsciente.

Figure 10 Cambios en función auto organización

Función búsqueda de sentido:

¿Cuál es el sentido de lo que hago, cuáles son los valores, qué adscribo, cómo tomo decisiones? Son algunas de las preguntas de esta función. Ella será dependiente de la construcción producida por el nivel en que se encuentre el sujeto. La construcción de mundos

ideales aparece con las operaciones abstractas, por lo que sentidos trascendentes requieren una gran madurez. De este modo esperamos que un niño tenga sentidos más concretos y directos, dependientes de sus impulsos.

	Sentido personal	Sentido vincular
0 Incorporativo	Sentido de gratificación directo por cuidador y objetos transicionales.	Búsqueda de satisfacción y regulación por padres
1 impulsivo	Sentido en base a seguir el propio impulso, iniciativa.	Búsqueda de amor de padre(s)
2 Imperial	Sentido en base a intereses propios.	Búsqueda de reconocimiento de familia, autoridades y de grupo de pares
3 Inter-personal	Sentido en base a relaciones cercanas. Primeras ideologías y sentidos trascendentes.	Búsqueda de adaptación social y de entablar relaciones mutuales.
4 Insti-tucional	Sentido en base a las instituciones. Ideologías aplicables a la institucionalidad.	Búsqueda de autoría, éxito en el campo social.
5 Inter-individual	Sentido en base a la interpenetración de selves. Self en transformación. Ideologías que trascienden la cultura propia.	Búsqueda de una intimidad madura.

Figure 11 Cambios en función búsqueda de sentido

Función conducción de vida:

Esta función del self está en relación a cómo el sujeto se moviliza en función de sus necesidades, de sus decisiones, de su desarrollo. Esta función se verá afectada pues la existencia misma y su definición cambiará según el orden de conciencia en que se encuentre el sujeto. Así es afectada por la definición que hará el sujeto de la realidad, y también de sus capacidades para poder satisfacer en forma concreta las necesidades que se vienen aparejadas.

	Conducción personal	Regulación social
0 Incorporativo	Conducción en base a reflejos, deseos corporales, afectos tempranos	Regulado por cuidadores, figuras de apego
1 impulsivo	Conducción en base a los propios impulsos.	Regulado por familia.
2 Imperial	Conducción en base a intereses propios.	Regulado por autoridades y pares.
3 Inter-personal	Conducción en base a relaciones cercanas y contextos ideológicos. Primeras ideologías, sentidos trascendentes	Regulado por diferentes relaciones.
4 Insti-tucional	Conducción en base a lugar en las instituciones. Ideales que puedan ser llevados a cabo por el contexto actual.	Autorregulado: ser una institución que funciona bien.
5 Inter-individual	Conducción en base a relaciones íntimas. Conciencia de self en transformación y en interpenetración. Conducción que trasciende la propia cultura.	Regulado por relaciones de forma autoconsciente.

Figure 12 Cambios en función conducción de vida

Consideraciones epistemológicas y del modelo

Esta visión implica ponerle otra dimensión al Enfoque Integrativo. Como se ha dicho, cada elemento del modelo cambia al agregarle estos pasos. Entonces ¿cómo integrar una dimensión evolutiva? Si pensamos el desarrollo como algo global, donde no quedan elementos en diferentes niveles, podríamos aplicar elementos de los modelos de Wilber o Kegan, uno empleando colores y el otro números. De este modo podríamos dibujar el modelo con un fondo de un color particular para dar cuenta de en qué nivel estamos, o señalar el orden de conciencia con un número en el self.

Debe pensarse que una dimensión evolutiva está agregando una dimensión nueva al modelo, lo cual implica visualizarlo en movimiento, así como un conjunto de líneas

crea un plano, un conjunto de modelos generará un modelo en evolución.

Como se ha realizado en el apartado anterior, es posible trazar cortes de cada elemento del modelo Integrativo cruzado con los elementos de cada nivel del desarrollo. Así se puede delinear esta huella evolutiva desde el nacimiento a la adultez, considerando el espectro global del desarrollo a la hora de pensar el modelo integrativo.

Las técnicas de la niñez no parecen ser las mismas que las del adulto, pero comparten ciertos elementos centrales. Un terapeuta adulto puede encontrarse con pacientes anclados en órdenes inferiores, y un terapeuta infantil deberá trabajar con los padres, que esperamos estén en los superiores. Esto hace que en la práctica clínica nos enfrentemos constantemente a órdenes de conciencia diferentes, sin importar a qué grupo estemos enfocados a priori.

La definición de la realidad desde una perspectiva evolutiva también debe ser puesta en cuestión, ya que tanto sujeto como objeto van cambiando conforme cambian las estructuras subyacentes. De este modo pensar una realidad única y no una realidad en desarrollo parece errado y “nivel-céntrico” (pensar que la realidad solo se construye como se construye a mi nivel). Por lo tanto se hace necesario tener una “epistemología evolutiva”, ya mencionada por Opazo (2001) al plantear un constructivismo moderado, que considera el desarrollo del sistema nervioso como un elemento en transformación.

Períodos sociales versus ordines

Es posible construir una grilla en la que se crucen los órdenes de conciencia con los diferentes períodos de la vida. Esto es aplicable

a los modelos presentados que plantean niveles con relativa independencia de la edad en cuestión, como el de Kegan, Wilber, Kohlberg, Kernberg. El modelo de Erikson estaría en un nivel intermedio, pues asocia directamente las crisis a períodos de maduración más bien cercanas al ciclo vital. El modelo de Mahler parece ser aplicable en tanto fijaciones pues está muy anclado a los primeros años.

Figure 13 Ejemplo de cómo pueden cruzarse los órdenes de conciencia y el ciclo vital en diferentes configuraciones dando así un conjunto de posibilidades para vivir las diferentes etapas

	Infancia	Adolescencia	adultez	Vejez
0	X	X	X	x
1	X	X	X	X
2	X	X	X	X
3		X	X	X
4		X	X	X
5			X	X

¿Qué implica generar una grilla como esta? Implica que pueden ocurrir todas estas combinaciones evolutivas, al cruzar desarrollo de complejidad con etapas el ciclo vital. Así podemos tener un adulto que está en un nivel básico de moral, al igual que un adulto mayor. Por otro lado podríamos tener adolescentes con niveles altos de desarrollo cognitivo. De todos modos pareciera ser imposible cierto tipo de combinaciones, como alcanzar en la niñez el quinto orden de conciencia. Sí se hace posible, por otro lado, tener personas adultas (o que viven el período de la adultez) en el primer orden de conciencia.

El modelo de Erikson a pesar de ser jerárquico, y de que una etapa sigue a la siguiente, parece poder soportar que ciertas etapas puedan ser vividas con diferentes órdenes de conciencia. Esto quiere decir que a partir de cierto nivel de desarrollo (como la adolescencia) los siguientes niveles podrían ser vividos por el tercer orden de Kegan (interpersonal). Es decir, se requiere un mínimo

de desarrollo (tempranas operaciones abstractas) para poder seguir el curso de las etapas del ciclo vital.

Aplicaciones clínicas

Las aplicaciones clínicas de este modelo son variadas. Wilber plantea una psicoterapia diferente para cada nivel del desarrollo. Así desde esa perspectiva deberíamos cambiar radicalmente nuestra metodología para cada paciente según su nivel. Por otro lado Kegan pone atención en los contextos sanadores, y como pensar una “terapia natural”, que conecte al sujeto con sus circunstancias, su entorno sostenedor y promotor de desarrollo. Al leer a ambos autores da una idea diferente de cómo pensar la psicoterapia. Es interesante de Kegan su énfasis en que le terapeuta se contacta con los elementos fenomenológicos y que deberá resonar como persona más que estar solo promoviendo un desarrollo por seguir el modelo. De este modo, un contexto sostenedor y que a su vez sepa desafiar para promover un avance progresivo parece fundamental en la terapia.

Es importante también considerar las intervenciones iatrogénicas que pueden ocurrir por no considerar un modelo evolutivo. Tomemos por ejemplo el nivel Interpersonal (3 orden de conciencia). Desde el orden anterior éste es un logro, pero del siguiente implicaría un retroceso. Entonces si no consideramos el nivel evolutivo del paciente y planteamos por ejemplo la consigna de que “la salud es poder ser independiente”, promoveremos en todos los pacientes la independencia. Pero no todo paciente requiere que le fomentemos independencia (o dependencia). Las necesidades de cada paciente son contextuales y evolutivas: alcanzar el tercer orden de conciencia suele requerir un grado de dependencia, si no es a personas directas puede

ser a un grupo o a un conjunto de ideales (que no han sido aún contruidos por sí mismo, como en el nivel que sigue). De este modo, si nuestro paciente está entrando en el nivel “Interpersonal” deberemos fomentarle tener relaciones interpersonales, pero si nuestro paciente está saliendo de interpersonal deberemos fomentarle la independencia. Esto podría considerarse una aplicación de la ‘falacia pre/trans’ de Wilber, donde se confunden estadios del desarrollo por ser previos a un nivel o posteriores al mismo (en este caso el orden 2 y 4 tienden a la independencia). Será iatrogénico, de este modo, promover la independencia como remedio a todo paciente, pues puede estar en contra del movimiento evolutivo en que se encuentra.

De este modo la visión evolutiva nos permite darle dirección al cambio del paciente, pero de forma informada de hacia dónde va ese cambio.

El desarrollo de los diferentes niveles puede ser claro, pero también puede complejizarse con áreas o funciones del self que estén en uno u en otro nivel diferente: con desarrollo disarmónico. Esto debe ser reconocido por el clínico y trabajado en consideración. Un descontrol de impulsos podría pensarse como un nivel bajo en conducción de vida y regulación afectiva, a pesar del sujeto tener áreas altas en su capacidad de comprender.

Siguiendo la idea de Wilber se recomienda hacer adecuaciones a la técnica terapéutica en función del nivel del paciente. Un diálogo socrático es difícil de llevar a cabo con pacientes que no han alcanzado operaciones abstractas, y solemos asumir que todos los pacientes las han alcanzado al superar la adolescencia. Por otro lado técnicas más ‘infantiles’ podrían ser útiles para pacientes que están en niveles de desarrollo ‘infantiles’

En la práctica clínica puede ocurrir que los pacientes tengan elementos de estadios anteriores, tanto como búsqueda de ellos o como rechazo de los mismos, dependiendo cómo fueron vividos. Así pueden continuar elementos impulsivos, o búsquedas de relaciones similares a las infantiles. O por otro lado un completo rechazo a la espontaneidad y creatividad. El hecho de madurar y alcanzar niveles superiores de procesamiento no implica tener resueltos los conflictos de los niveles precedentes, solo implica mayor capacidad de análisis y mayor complejidad del self. De este modo no por tener un nivel superior la persona está exenta de psicoterapia ni de sufrimiento.

Lo que sí puede afirmarse, es que el proceso terapéutico será diferente según el nivel de desarrollo. Con niveles altos puede desenvolverse una psicoterapia a partir de la reflexión dialógica, de la lectura de libros, de ejercicios que son comprendidos y llevados a cabo. Por otro lado, si tenemos a un paciente con elementos más bajos quizás comprenderá lo que le decimos de forma solo concreta. Las conexiones que le damos verbalmente entre áreas de la vida en contradicción, quizás las comprenda, pero no impliquen cambios en su conducta. Por lo tanto tenemos que adecuarnos a sus necesidades y capacidades. En general las diferentes terapias adultas apuntan a un desarrollo del 4 orden de conciencia (Kegan, 1994), promoviendo un self mas definido y autónomo, inserto en un mundo de trabajo y familia.

Es importante pensar cada nivel del desarrollo como un nivel con limitaciones y logros, y no como una versión fallida del nivel que tiene el terapeuta. Esto implica pensar que este sujeto está dando todo lo que puede dar, y que es así como seguirá creciendo. Muchas veces al decir “el sujeto está escindiendo” pareciéramos decir que es el sujeto quien se fragmenta, como si hubiese cierta voluntad en

ello. Pero, por otro lado, podemos pensar también que hay una estructura tan frágil y en desarrollo que no puede sostener los dos elementos a la vez, por lo tanto aparecen cómo si alguien los escindiese, pero en realidad ese sujeto no puede alcanzar una realidad no escindida en este momento de su vida. Es como comparar la tecnología de 1980 con la tecnología del 2000. En los 80 no sabíamos que podríamos hacer las cosas que hacemos el 2000, pero no por eso no era buena esa tecnología, y fue esa tecnología la que permitió llegar a lo que tenemos hoy. Por lo tanto debemos comprender al paciente en su momento evolutivo y acompañarle por las etapas secuenciales.

También se hacen interesantes evaluaciones evolutivas de las dinámicas de parejas, o también de cómo terapeutas estamos dentro de uno u otro estadio, o tenemos ciertas ‘fijaciones’ en ellos.

Trastorno límite y desorganización

Otra reflexión sobre los casos es cómo pensamos el trastorno límite. Este trastorno, al seguir a Kernberg implica una estructura baja, asociada al orden de conciencia 1, al fulcro 2, a preoperacional, a una mala resolución del Edipo, a una predominancia del mecanismo de la escisión. Pero por otro lado podemos encontrar a pacientes que presentan estructuras cognitivas altas, y a su vez trastornos con gran desorganización. Se abre la posibilidad de personas que lógicamente han madurado, pero que se desorganizan terriblemente. Un ejemplo es Vicent Van Gogh o John Forbes Nash (de quien se hizo la película ‘Una mente brillante’). Estos personajes presentan una maduración y una desorganización en paralelo. Por esta razón realicé el siguiente cuadro, donde es posible quedar estancado por un lado en un nivel bajo del desarrollo, pero estar balanceado, y por

otro estar en un nivel alto del desarrollo y estar fragmentado. Esto quiere decir que nuestros niños no son psicóticos por el hecho de estar en un nivel bajo, ya que pueden estar perfectamente balanceados y no fragmentados. Por otro lado podemos tener personas que están sumamente fragmentadas y alcanzar altos niveles de significación. Cada casilla que produce esta grilla será diferente, planteándolo de forma hipotética, para no confundir una desorganización con una inmadurez. El mismo tipo de cuadro podría realizarse con mecanismos de defensa como la escisión, el cual podría tener diferentes niveles de gravedad, permaneciendo el nivel de desarrollo, u orden de conciencia. Las diferentes patologías psíquicas, o trastornos del DSM pueden ser vividos desde cada orden de conciencia de maneras muy diferentes. Kegan (1982) presenta varios casos de depresión que tienen síntomas, motivos y cursos muy diferentes según el nivel de significación en que se encuentra el sujeto. Los trastornos de personalidad muestran conflictos diferentes en las diferentes funciones del self según el tipo de trastorno (Bagladi, 2004), lo cual puede implicar especulativamente diferencias a nivel evolutivo en estas funciones. Es decir, podemos esperar que por ejemplo, la función de identidad pueda estar en niveles inferiores en trastornos límite e histriónico, o la función de auto-organización esté más baja en el trastorno límite.

Se puede pensar que los tipos de personalidad pueden madurar en cuanto a órdenes de conciencia, manteniendo el estilo o los rasgos. Deberá diferenciarse en este caso los trastornos que efectivamente han quedado en un desarrollo detenido, asociado al pensamiento de Kernberg, y los que han logrado seguir avanzando pero que presentan rasgos conflictivos, o funciones del self en niveles inferiores. El desarrollo detenido puede sumarse a los factores etiológicos de los

trastornos de personalidad, adicionalmente a los aspectos que aportan las funciones y paradigmas, presentadas por Opazo y Bagladi (Opazo & Bagladi, 2006).

	Balanc e	Desbalanc e	desorganizació n	Fragmentació n
0	X	X	X	X
1	X	X	X	X
2	X	X	X	X
3	X	X	X	X
4	X	X	X	X
5	X	X	X	X

Figure 14 Diferentes configuraciones se pueden dar en los procesos patológicos de cada orden de conciencia, manteniendo el orden puede el sujeto perder estabilidad, no por ello abandonar su orden alcanzado

Figure 45 Diferentes configuraciones se pueden dar en los procesos patológicos de cada orden de conciencia, manteniendo el orden puede el sujeto perder estabilidad, no por ello abandonar su orden alcanzado

Los mecanismos de defensa se han asociado a ciertas funciones del sistema self, y estas a los diferentes trastornos de personalidad (Romero, 2013). El presentar un proceso de desorganización puede activar mecanismos de defensa inmaduros, los cuales pueden parecer “bajar” los niveles del desarrollo. A pesar de ello, debe evaluarse el contexto general del paciente y no solo la crisis particular para definir el orden de conciencia. Por ejemplo, las experiencias traumáticas generan estados disociativos, que no son propios de un desarrollo detenido, sino que del proceso traumático.

Por otro lado es importante considerar que un grado de desbalance es necesario para promover el desarrollo, pero lógicamente no será saludable si el desarrollo lleva a la fragmentación. Siempre se deberá considerar los elementos contextuales para que ellos sostengan cualquier proceso evolutivo que se quiera promover.

CONCLUSIONES

Se ha revisado diferentes autores que comparten una dimensión evolutiva y se ha presentado un resumen de los estadios propuestos por Robert Kegan, con ciertos elementos de otros autores para complementar la descripción de las etapas. Luego de esto se ha presentado ciertos elementos centrales para poder pensar una dimensión evolutiva dentro del Enfoque Integrativo Supraparadigmático. Se abren diferentes áreas de reflexión que deben seguir siendo exploradas. Dentro de ellas destacan los cambios en los diferentes paradigmas y funciones del sistema self, que se han propuesto a nivel teórico por lo que requieren confirmación posterior. Además se ha expuesto ciertas consideraciones en la práctica clínica que pueden ser derivadas a partir de una mirada evolutiva.

Queda abierta la posibilidad de continuar profundizando en el tema, tanto al incluir aportes de autores posteriores, como al poder seguir complejizando la comprensión de cada elemento del modelo en cada nivel de desarrollo.

Con estos estudios posteriores se podrá construir una dimensión evolutiva dentro del enfoque, que tenga su lugar propio. Por ahora se plantean los primeros pasos a seguir para ello, los cuales han sido bosquejados el presente artículo.

REFERENCIAS

Hoare, C. (2005). Erikson's General and Adult Developmental Revisions of Freudian Thought: "Outward, Forward, Upward". *Journal of Adult Development*, 19-31. doi:10.1007/s10804-005-1279-0

Kenofer, B. (2013). Development of the Self: A Presentation of Kegan's Subject-Object Theory. *Gestalt Review*, 59-85.

Ainsworth, M., Blehar, M., Waters, E., & Wall, S. (2014). Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation. Psychology Press.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Fifth Edition)*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

Bagladi, V. (2004). Psicoterapia Integrativa en Trastornos de Personalidad. In H. Fernández-Álvarez, & R. Opazo, *La Integración en Psicoterapia: Manual de Aplicaciones* (pp. 193-227). Barcelona: Paidós.

Barra, E. (1987). El desarrollo moral: una introducción a la teoría de Kohlberg. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 19, 7-18.

Bordignon, N. (2005). El desarrollo psicosocial de Eric Erikson. El diagrama epigenético del adulto. *REVISTA LASALLISTA DE INVESTIGACIÓN*, 50-63.

Brandell, J. (2010). Contemporary Psychoanalytic Perspectives on Attachment. *Psychoanalytic Social Work*, 132-157.

Capps, D. (2012). Erikson's Schedule of Human Strengths and the Childhood Origins of the Resourceful Self. *Pastoral Psychol*, 269-283.

Chambers, J., Bickhard, M., & Scott, G. (2001). Otto Kernberg's Object Relations Theory: A Metapsychological Critique. *Theory & Psychology*, 687-711.

Crone, E., & Ridderinkhof, K. (2011). The Developing Mind: From theory to neuroimaging and back. *Developmental Cognitive Neuroscience*, 101-109.

Douvan, E. (1997). Erik Erikson: Critical Times, Critical Theory. *Child Psychiatry and Human Development*, 15-21.

Duys, D., & Hobson, S. (2004). Reconceptualizing Self-Esteem Implications of Kegan's Constructive-Developmental Model for School Counselors. *Humanistic Counseling, Education and Development*, 152-162.

Eriksen, K. (2008). "Interpersonal" Clients, Students, and Supervisees: Translating Robert Kegan. *Counselor Education & Supervision*, 233-248.

Erikson, E. (1985). *El Ciclo Vital Completado*. Buenos Aires: PAIDOS.

Fossa, P. (2010). Organización Limítrofe de Personalidad. *Revista de Psicología GEPU*, 32-52

Franz, C. E., & White, K. M. (1985). Individuation and attachment in personality development: Extending Erikson's theory. *Journal of Personality*, 224-256.

Freud, S. (1980[1905]). Tres Ensayos de Teoría Sexual. In *Obras Completas VII*. Buenos Aires: Amorrortu.
Frimer, J., & Walker, L. (2008). Towards a new paradigm of moral personhood. *Journal of Moral Education*, 37, 333-356.
doi:10.1080/03057240802227494

Gergely, G. (2000). Reapproaching Mahler: New Perspectives On Normal Autism, Symbiosis, Splitting and Libidinal Object Constancy From Cognitive Developmental Theory. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 1197.

Gomberoff, L. (1999). Otto Kernberg: Introducción a su Obra. Santiago: Mediterráneo.

Hörz, S., Stern, B., Caligor, E., Critchfield, K., Kernberg, O., Mertens, W., & Clarkin, J. (2009). A Prototypical Profile of Borderline Personality Organization Using the Structured Interview of Personality Organization (STIPO). *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 595-631.

Jean Piaget Society. (2014). About Piaget. Retrieved agosto 15, 2014, from Jean Piaget Society: <http://www.piaget.org/aboutPiaget.html>

Jorgensen, G. (2006). Kohlberg and Gilligan: duet or duel? *Journal of Moral Education*, 35, 179-196.
doi:10.1080/03057240600681710

Kavathatzopoulos, I. (1991). Kohlberg and Piaget: Differences and similarities. *Journal of Moral Education*, 47-54.

Kegan, R., & Lahey, L. (2009). *Immunity To Change: How To Overcome It And Unlock The Potencial In Yourself And Your Organization*. Boston: Harvard University Press.

Kegan, R. (1982). *The Envolving Self, problem and process in human development*. Cambridge: Harvard University Press.

Kegan, R. (1994). *In over our heads: the mental demands of modern life*. Cambridge : Harvard University Press.

Kernberg, O. (2003). Una Teoría Psicoanalítica de los Trastornos de Personalidad. In R. Riquelme, & A. Oksenberg, *Trastornos de Personalidad: Hacia Una Mirada Integral* (pp. 205-232). Santiago: Sociedad Chilena De Salud Mental.

Kernberg, O. (1987). *Trastornos Graves de la Personalidad*. Mexico: El Manual Moderno.

Kernberg, O. (1991[1977]). La teoría de las relaciones objetales y el psicoanálisis clínico. México: Paidós.

Kernberg, O. (1997). *Desordenes fronterizos y narcisismo patológico*. Mexico: Paidós.

Kernberg, O., Yeomans, F., Clarkin, J., & Levy, K. (2008). Transference focused psychotherapy: Overview and update. *The International Journal of Psychoanalysis*, 601-620.

Kernberg, P. (2003). Psicología Del Desarrollo Según Margaret Mahler Y Su Importancia En Los Trastornos De Personalidad. In R. Riquelme, & A. Oksenberg, *Trastornos de Personalidad: Hacia Una Mirada Integral* (pp. 283-292). Santiago: Sociedad Chilena De Salud Mental.

Kohlberg, L. (1984 [1969]). Stage and Sequence: The cognitive-developmental approach to socialization. In L. Kohlberg, *Essays of Moral Development volume II: The psychology of moral development* (pp. 7-169). San Francisco: Harper & Row.

Mahler, M. (1974). Symbiosis and individuation: The psychological birth of the human infant. *Psychoanalytic Study of the Child*, 29, 89-106.

Marshall, P., & Kenney, J. (2009). Biological perspectives on the effects of early psychosocial experience. *Developmental Review*, 96-119.

Massey, R. (1986). Erik Erikson: Neo Adlerian. *Individual Psychology: The Journal of Adlerian Theory, Research & Practice*, 65-91.

Mounoud, P. (2001). El desarrollo cognitivo del niño: desde los descubrimientos de Piaget hasta las investigaciones actuales. *Contextos Educativos*, 53-77.

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

Opazo, R., & Bagladi, V. (2006). La etiopatogenia de los trastornos de personalidad desde la psicoterapia integrativa. *Psiquiatria.com*.

Palomo, A. (1989). Laurence Kohlberg: Teoría y práctica del desarrollo moral en la escuela. *Revista Interuniversitaria Formación de Profesores*, 79-90.

Papalia , D. E., Ods, S. W., & Feldman, R. D. (2009). Psicología del desarrollo: de la infancia a la adolescencia. Interamericana: McGraw-Hill .

Paulson, D. (2008). Wilber's Integral Philosophy: A Summary and Critique. *Journal of Humanistic Psychology*, 48, 364-388.

Piaget, J. (1991[1964]). Seis estudios de psicología(Jordi Marfa, trad). Barcelona: Labor.

Piaget, J. (2005[1954]). Inteligencia y afectividad (Dorin, M. S. trad). Buenos Aires: Aique.

Quiroga, S., Castro , A., & Fontao, M. (2003). La Evaluación De La Estructura De La Personalidad: Adaptación Argentina Del Inventario de Organización Límite de la Personalidad. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 188-219.

Ramírez, N. (2010). Las Relaciones Objetales y El Desarrollo Del Psiquismo: Una Concepción Psicoanalítica. *REVISTA IIPSI*, 221-230.

Rest, J., Narvaez, D., Thoma, S., & Bebeau , M. (2000). A Neo-Kohlbergian Approach to Morality Research. *Journal of Moral Education*,, 381-395.

Robles , B. (2008). La infancia y la niñez en el sentido de identidad. Comentarios en torno a las etapas de la vida de Erik Erikson. *Revista Mexicana de Pediatría*, 29-34.

Romero, S. (2013). Mecanismos de defensa y psicoterapia integrativa (EIS): dependencia entre diagnóstico/rasgos E II y estilo defensivo. *Actualizaciones en psicoterapia integrativa*, 64-81.

Rozas, R., & Sebastian, C. (2008). Piaget, Vigotski y Maturana, constructivismo a tres voces. Buenos Aires: Aique.

Schneider, S. (1992). Separation and individuation issues in psychosocial rehabilitation. *Adolescence*, 137 .

Seligman, S. (2000). Clinical Implications of Current Attachment Theory. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 1189.

Shane , E., & Shane, M. (2014[1989]). Mahler, Kohut and infant research: some comparisions. In D. Detrick, S. Detrick, & A. Goldberg, *Self psychology: Comparisons and contrasts*. London: Routledge.

Sneed, J. R., Krauss , S., & Culang, M. E. (2006). Trust, Identity, and Ego Integrity: Modeling Erikson's Core Stages Over 34 Years. *Journal of Adult Development*, 148-157.

Stern, D. (1985). The Interpersonal World of the Infant: A View from Psychoanalysis and Developmental Psychology. New York: NY: Basic Books.

Vallejo, J. (2010). El enfoque integral de Ken Wilber y el Análisis Transaccional. *Revista de Análisis Transaccional y Psicología Humanista*, 14-30.

Vittigni, G. (2010). La personalidad borderline según el modelo estructural de Otto Kernberg. *Tredimensioni*, 60-74.

Wilber, K. (1993[1986]). *Psicología Integral*. Barcelona: Kairós.

Wilber, K. (2000). *Integral Psychology: Consciousness, Spirit, Psychology, Therapy*. Boston & London: Shambhala.

Wilber, K. (2006). *Integral Spirituality, A Startling New Role for Religion in the Modern and Postmodern World*. Boston and London: Integral Books.

Impacto de la Actividad Física en el Desarrollo y Evolución de las Funciones Cognitivas

Ps. Luciano Parra S. *

Abstract

There is a wide evidence about the effect of physical activity on the various dimensions of human activity, demonstrating a significant relationship between the biological, psychological and social processes, etc., and physical sports practice. It is because of this relationship and its high implication in the possible emergence or prevention of psychopathological disorders, why we'll attempt to describe how the practice physical sports contributes to the development and evolution of complex cognitive processes, which affect us directly and indirectly in all areas of our life, considering for this neurological, endocrine and psychological factors of the phenomenon. Likewise, are discussed aspects involved in complex cognitive processes dimensions, where is outstanding as a fundamental factor in the development of such complexity.

Key words: *Complex cognitive processes, Physical exercise, Prevention, Motricity.*

Resumen

Existe una amplia evidencia acerca del efecto de la actividad física sobre las diversas dimensiones de la actividad humana, evidenciándose una significativa relación entre los procesos biológicos, psicológicos, sociales, etc., y la práctica físico deportiva. Es debido a esta relación y su alta implicancia en la posible aparición o prevención de cuadros psicopatológicos, que se intentará describir cómo la práctica físico deportiva contribuye al desarrollo y evolución de procesos cognitivos complejos, que nos afectan directa e indirectamente en todas las áreas de nuestra vida, considerando para esto factores neurológicos, endocrinos y psicológicos del fenómeno. Así mismo, se discute los aspectos intervinientes en dimensiones complejas de los procesos cognitivos, y sobre lo que se destaca a la motricidad como un factor fundamental en el desarrollo de tal complejidad.

Palabras clave: *Ejercicio físico, Procesos cognitivos complejos, Motricidad, Prevención.*

INTRODUCCION

Existe amplia evidencia a través de la investigación, del efecto de la actividad física en el resto de las dimensiones de la actividad humana, tanto es así que podemos establecer una relación directa entre los procesos biológicos, psicológicos, sociales, etc., y la practica físico deportiva. Esta relación y su mutua dependencia se puede observar en el progresivo deterioro del equilibrio homeostático que se produce en las personas con alto nivel de sedentarismo.

Damasio (2010) señala: “Se puede afirmar que hacia los extremos del intervalo homeostático (por ejemplo sedentarismo) la viabilidad del organismo aumenta en dirección a la enfermedad y la muerte”.

Es debido a esta relación y su alta implicancia en la posible aparición o prevención de cuadros psicopatológicos, que se intentara describir como la practica físico deportiva, (entendida como ejercicio físico, deporte formativo, deporte de rendimiento, deporte de alto rendimiento, etc.), contribuye al desarrollo y evolución de procesos cognitivos complejos, que nos afectan directa e indirectamente en todas las áreas de nuestra vida, considerando para esto factores neurológicos, endocrinos y psicológicos del fenómeno.

Así mismo, se discute los aspectos intervinientes en aspectos complejos de los procesos cognitivos, y sobre lo que se destaca a la motricidad como un factor fundamental en el desarrollo de tal complejidad. Se considera que todo el ciclo vital es la plataforma oportuna para sustentar la relación Practica Físico Deportiva (PFD) y Funciones Cognitivas , sin embargo se agrega cierta preferencia en enfatizar sobre la infancia, la articulación de procesos de iniciación y formación deportiva, como eje fundamental de tales procesos cognitivos, sociales, ético-normativos y personales

Actividad física y cambios funcionales en el cerebro

El desarrollo de sofisticadas técnicas neurofisiológicas y de imagen como la electroencefalografía o la resonancia magnética han permitido observar, con gran detalle, cómo la actividad física modela aspectos funcionales y estructurales del cerebro humano a un nivel macroscópico. Por ejemplo, en un estudio transversal Erickson et al. (2011) demostraron que en personas de edad avanzada existe una asociación directa entre el nivel de fitness cardiovascular y el volumen del hipocampo. En un estudio longitudinal posterior, los mismos autores demostraron que doce meses de ejercicio cardiovascular son suficientes para producir un aumento del volumen del hipocampo en sujetos con una edad media de 60 años. Lo más interesante de este estudio es que el aumento del hipocampo se asoció a una mejora de la memoria espacial, lo que sugiere que los cambios producidos por el ejercicio tienen relevancia en la función cognitiva. Otros estudios con sujetos de edad avanzada han demostrado que el ejercicio cardiovascular también puede mejorar la eficiencia de los patrones de activación cerebral en áreas como el córtex cingulado anterior así como la conectividad entre diversas áreas corticales frontales, posteriores y temporales.

En conjunto, estos estudios transversales demuestran que similarmente a los resultados obtenidos en investigaciones con sujetos de edad avanzada, un nivel alto de fitness aeróbico en niños está asociado con diferencias regionales en estructuras y funciones cerebrales. Lamentablemente, existen solo unos pocos estudios longitudinales que hayan analizado modificaciones en la función y estructura cerebral en niños en respuesta al ejercicio cardiovascular. A pesar de algunos resultados interesantes faltan más estudios aleatorizados controlados de calidad que evalúen el impacto del ejercicio aeróbico,

sobre todo a largo plazo, en el cerebro tanto de niños como de adolescentes.

Erickson et al. (2011) observaron un aumento del volumen sanguíneo en el giro dentado del hipocampo en humanos de mediana edad (21-45 años) después de tres meses de ejercicio cardiovascular. Curiosamente, este aumento de volumen sanguíneo estaba correlacionado a la vez con una mejora del fitness cardiovascular y el rendimiento en una tarea cognitiva relacionada con la memoria.

Dado que el aumento de volumen sanguíneo en el giro dentado en ratas está asociado a un aumento del número de neuronas los autores concluyeron que el aumento de volumen sanguíneo en humanos es una demostración indirecta de neurogénesis como respuesta al ejercicio cardiovascular.

Actividad física y actividad cerebral

Thayer et al (1994) plantea que, “una vez que se ha demostrado la capacidad del cerebro para modificar sus conexiones interneuronales en caso de envejecimiento o daño cerebral, la denominada plasticidad, era importante conocer el papel exacto del ejercicio en la mejora de las funciones cerebrales. Estudios en ratones, demostraron que la actividad física aumentaba la secreción del factor neurotrófico cerebral (BDNF), una neurotrofina relacionada con el factor de crecimiento del nervio, localizada principalmente en el hipocampo y en la corteza cerebral. El BDNF, mejora la supervivencia de las neuronas tanto in vivo como in vitro, además, puede proteger al cerebro frente a la isquemia y favorece la transmisión sináptica”. Pero, según este autor, se continuaba sin conocer la relación entre el factor neurotrófico cerebral y el ejercicio: tenía que haber algo en la actividad física que estimulase la producción de BDNF en el sistema nervioso. La respuesta se consiguió cuando se descubrió que la actividad física provoca que el

músculo segregue IGF-1 -un factor de crecimiento similar a la insulina-, que entra en la corriente sanguínea, llega al cerebro y estimula la producción del factor neurotrófico cerebral.

No debe olvidarse entonces que el ejercicio físico ayuda a conservar en mejores condiciones la función cognitiva y sensorial del cerebro. Juan Francisco Marcos Becerro, vicepresidente de la Federación de Medicina Deportiva, explica que la razón de la mejora es la mayor producción de factor CO cerebral, provocada por la llegada al cerebro del factor de crecimiento IGF-1, que es producido por los músculos al hacer ejercicio. Estos hallazgos, ofrecen a la actividad física un papel neuropreventivo que hasta ahora no se había tenido en cuenta en enfermedades neurodegenerativas como Alzheimer, Parkinson, Huntington o esclerosis lateral amiotrófica.

El ejercicio también podría tener un papel importante en el tratamiento de personas que sufren depresión ya que esta afección se caracteriza por niveles bajos de BDNF, lo que podría significar que este factor también está relacionado con alteraciones en la afectividad.

Un trabajo realizado por el doctor Kubota de la Universidad de Handa (Japón) ha sido presentado en San Diego (EE.UU.) con ocasión del congreso anual de la Sociedad Americana de Neurociencias (2002). En esta investigación siete jóvenes sanos participaron en un programa de entrenamiento que consistió en correr durante 30 minutos, tres veces por semana durante tres meses. Cada uno completó una serie de 'tests' diseñados por computador, cuyo objetivo era comparar la capacidad para memorizar objetos y establecer la capacidad intelectual antes y después del plan de entrenamiento. Una vez transcurrido el período de seguimiento, las puntuaciones de estas pruebas aumentaron de forma estadísticamente significativa en todos los participantes, así como la velocidad de procesamiento de información. Para

comprobar la fiabilidad del trabajo, en ningún momento se les permitió a los participantes practicar con los 'tests' durante el tiempo de duración del estudio.

Los resultados de las pruebas de inteligencia mostraron una clara mejoría en la función del lóbulo frontal del cerebro. Además, los autores observaron que las puntuaciones comenzaban a bajar si los participantes abandonaban el entrenamiento. También descubrieron que el consumo de oxígeno aumentaba paralelamente a las puntuaciones de los 'tests', confirmando así que el mantenimiento de un flujo constante de sangre y oxígeno preserva las funciones cognitivas. El doctor Kubota, director de la investigación, señala que el hecho de que las mejoras se perdieran al interrumpir la actividad física, indica que lo que se requiere realmente para este desarrollo intelectual es la continuidad en el ejercicio físico. Precisamente el año pasado, investigadores de la Duke University de Carolina del Norte habían realizado un trabajo con personas de edad a las que sometieron a un programa de actividad física de cuatro meses de duración y mostraron una notable mejoría en la memoria.

Actividad Física y Funciones Ejecutivas

Algunos conceptos que intentan hacer una aproximación en la definición de Funciones Ejecutivas (FE), entre las que se identifican como aquellas capacidades mentales esenciales para llevar a cabo una conducta eficaz, creativa y aceptada socialmente, Lezak (citado por Ultarroz y Larios, 2011), como funciones responsables tanto de la regulación de la conducta manifiesta, como de la regulación de los pensamientos, recuerdos y afectos que promueven un funcionamiento adaptativo (Verdejo y Báchara 2010). Por otro lado, Roselli et al. (1997) exponen que las funciones ejecutivas se refieren a un conjunto de funciones cognitivas que ayudan a tener un plan coherente y consistente de la conducta, para el logro de metas específicas; definición esta que años más tarde es

complementada por Ardila y Roselli (2007) quienes especifican: las FE son un término amplio, que incluye aspectos como la capacidad de filtrar la interferencia, el control de la conducta dirigida a una meta, la habilidad de anticipar las consecuencias de la conducta y la flexibilidad mental; también supone la moralidad, la conducta ética y la autoconciencia.

De este modo, el movimiento se convierte en un factor de plena utilidad en relación con la posible explicación de las Funciones Ejecutivas y, sobre todo, de la hipótesis teórica que se trata al contemplar la Práctica Físico Deportiva (PFD) como elemento que contribuye a la dinamización de procesos cognitivos complejos.

Desde la infancia más temprana, los primeros gestos asociados a conductas reflejas, hasta los gestos motrices más complejos, van acompañados por elementos complejos de cognición relacionados con las funciones ejecutivas (FE). Durante los primeros años de vida, el niño parece vivir en un tiempo presente, con reacciones solamente a estímulos que se encuentran en su alrededor inmediato, y es posteriormente cuando es capaz de representar el estímulo, planear el futuro y representar un problema, desde distintas perspectivas que le permiten escoger soluciones apropiadas (Zelazo, Crack y Booth, 2004, citados por Roselli, 2008), siendo en el momento en donde el niño tiene la capacidad de controlar y proyectar sus conductas, ya que este concepto de FE involucra las habilidades psicológicas de control atencional, planificación, flexibilidad cognitiva, y fluidez verbal; es decir, que la emergencia de las FE es evidente. Cuando el niño da muestras de tener la capacidad para controlar la conducta, usando información previa que progresivamente se va optimizando, se observa la interacción entre lo biológico y contextual o ambiental, por una parte y, por la otra, la estimulación ambiental (Roselli, 2008).

El proceso de desarrollo de las FE, a través de las PFD, puede estudiarse a lo largo del ciclo vital

de la persona; sin embargo, merece particular atención pensar en la infancia, dadas algunas condiciones específicas que fueron marco teórico de lo planteado (biológico, contextual y movimiento/motricidad) puesto que en el deporte escolar se configuran aspectos múltiples que permiten la complejidad del pensamiento, en situaciones reales propias de la disciplina deportiva que se lleva a cabo, y que se facilitan con esquemas programados de juegos direccionados en el propósito de perfilar funciones ejecutivas en materia de inhibición, planificación, anticipación y regulación de conductas ético-morales.

Sin embargo, el proceso de desarrollo de las funciones ejecutivas no alcanza su máximo desarrollo durante la infancia, ya que los lóbulos prefrontales no logran su madurez funcional completa sino en la edad adulta temprana (Galowitz et al., 1992), aspecto este que da fuerza a la importancia de la sistematización de la PFD a lo largo del ciclo vital.

Rendimiento Escolar y Actividad Física

Se ha encontrado una relación positiva entre la práctica de la actividad física y el rendimiento académico en varios estudios realizados por el departamento de educación del estado de California en los EE.UU. (Dwyer et al, 2001; Dwyer et al, 1983; Linder, 1999; Linder, 2002; Shephard, 1997 y Tremblay et. al, 2000) que apoyan la idea de que el dedicar un tiempo sustancial a actividades físicas en las escuelas, puede traer beneficios en el rendimiento académico de los niños, e incluso sugieren que existen beneficios, de otro tipo, comparados con los niños que no practican deporte. Mitchell (1994) estudió la relación entre la actividad física y la capacidad cognoscitiva después de asistir a dos talleres en el verano con Phyllis Weikart, profesor emérito en la Universidad de Michigan. El autor se preocupa porque los niños tienen menos oportunidades de

ser físicamente activos y de desarrollar las habilidades motoras básicas.

Mitchell (1994) realizó un estudio para investigar la relación entre la capacidad rítmica y el rendimiento académico en los primeros grados. Los resultados apoyaron una relación entre los logros académicos y las habilidades motoras de mantener un golpeteo constante. También son respaldados por Geron (1996), quien señala en sus conclusiones que la sincronización de los niños se encuentra relacionada positivamente con los logros en la escuela, específicamente en las matemáticas y la lectura.

Los jóvenes que practican actividad adicional a la contemplada en los programas de formación en las escuelas tienden a mostrar mejores cualidades como un mejor funcionamiento del cerebro; en términos cognitivos, niveles más altos de concentración de energía, cambios en el cuerpo que mejoran la autoestima, y un mejor comportamiento que incide sobre los procesos de aprendizaje (Cocke, 2002; Dwyer et. al, 1983; Shephard, 1997; Tremblay, Inman y Willms, 2000).

Las cualidades del cerebro que se mejoraron se asociaron a la actividad física regular y consisten en el alto flujo de sangre que recibe el órgano, los cambios en los niveles hormonales, la asimilación de los nutrientes, y la mayor activación del mismo (Shephard, 1997). Cocke (2002) indica que “tres de los estudios presentados en la sociedad de neurología en el 2001, sugieren que el ejercicio regular puede mejorar el funcionamiento cognoscitivo y aumentar, en el cerebro, los niveles de las sustancias responsables del mantenimiento de la salud de las neuronas”. La función del cerebro puede también estar beneficiada indirectamente por la actividad física debido a la generación creciente de la energía a partir del tiempo que permanecen fuera del salón de clase; el incremento de los niveles de energía en esta situación puede disminuir la aburrición de los niños en el salón, provocando mayores niveles de

atención cuando regresan a recibir instrucciones (Linder 1999). Diferente a las pruebas de medidas, Linder (1999) utilizó un cuestionario para recopilar datos sobre la actividad física y el funcionamiento académico de 4.690 estudiantes, entre 9 y 18 años de edad, en Hong Kong. Ambas pruebas fueron administradas por los investigadores en las salas de clase de los estudiantes. Cada uno de ellos terminó personalmente su cuestionario, clasificando su propia actividad física y rendimiento académico. Después del análisis de los datos, los resultados demostraron una correlación positiva, pero baja (más para las mujeres que para los hombres), en la cual los estudiantes que perciben que hacen más actividad física reportan un mayor rendimiento académico.

Evaluación de las Funciones Ejecutivas

Las pruebas de funciones ejecutivas representan típicamente tareas externas, las cuales requieren la correcta aplicación de algunas habilidades intelectuales para resolverlas; por ejemplo, la prueba de Wisconsin, la Torre de Hanoi, o la prueba Stroop, representan tareas inusuales y desconocidas para los sujetos y que requieren nuevas estrategias de planeación, flexibilidad cognitiva, etc. Sin embargo, son tareas emocionalmente neutras.

Aunque las funciones ejecutivas dependen de redes extensas que incluyen diferentes áreas cerebrales, se asume que la corteza prefrontal juega un papel principal en el control y monitoreo. Más importante, la corteza prefrontal no solamente participa en las operaciones clásicamente reconocidas como ejecutivas (secuenciar, alternar, inhibir, etc.), sino también juega un papel fundamental en la coordinación de la cognición y la emoción. La corteza prefrontal ha sido vista como el centro para la integración entre las emociones y la cognición (Mitchell & Phillips, 2007).

El lóbulo prefrontal presenta extensas conexiones con áreas subcorticales y del sistema límbico (Barbas, 2006; Damasio & Andersen, 1993) e incluso la parte orbital puede considerarse como una extensión del sistema límbico. De alguna manera, ninguna de las pruebas utilizadas en el laboratorio para evaluar funciones ejecutivas se enfoca en la coordinación de la cognición con la emoción/motivación y en ese sentido, ninguna prueba de funciones ejecutivas tiene validez ecológica significativa. Una de las funciones principales del lóbulo prefrontal es controlar los impulsos provenientes del sistema límbico: hacer “socialmente aceptables” los impulsos límbicos. La inhabilidad de convertir en socialmente aceptables estas necesidades biológicas básicas, -como en el caso de Phineas Gage-, representa frecuentemente una alteración relevante en pacientes prefrontales. Por supuesto, todos quisiéramos golpear a alguien en un momento de frustración, tomar algo para nosotros cuando está disponible, quedarnos en casa en lugar de ir a trabajar y aproximar nos sexualmente a una potencial pareja sexual. Esto es exactamente lo que hacen muchos pacientes con patología de lóbulo frontal.

Parece evidente que la corteza prefrontal está involucrada en la representación de movimientos. Dos observaciones parecen obvias:

1. Observaciones anatómicas. La corteza prefrontal representa una extensión y evolución de las áreas motoras frontales. Se puede conjeturar que el lóbulo prefrontal participa en actividades motoras complejas y elaboradas.
2. Observaciones clínicas. Diversas alteraciones del control motor se observan en caso de patología prefrontal, tales como las perseveraciones, conductas de utilización, paratonia, reflejos primitivos, etc.

Actividad Física y Depresión

Muchos estudios han llegado a la conclusión de que el ejercicio regular puede mejorar el estado de

ánimo en las personas con depresión leve a moderada y que, incluso puede tener un papel de apoyo en el tratamiento de la depresión grave.

Un estudio publicado por Ravaglia et al. (2007), por ejemplo, determinó que caminar rápido durante unos 35 minutos al día, 5 veces a la semana, o 60 minutos al día tres veces a la semana, mejoraba en forma significativa los síntomas en las personas que tienen depresión leve a moderada. Caminar rápido por solo 15 minutos al día, cinco días a la semana, o hacer ejercicios de elongación tres veces a la semana, no era igual de útil.

Algunos estudios sugieren que el ejercicio es tan eficaz como los medicamentos o la terapia. En un estudio publicado en *Archives of Internal Medicine* (2005) se ordenó a 156 pacientes deprimidos que hicieran un programa de ejercicios aeróbicos, que tomaran el ISRS Sertralina o realizaran ambos tratamientos. En la marca de las 16 semanas 60% a 70% de los pacientes en los tres grupos había dejado de tener depresión mayor. De hecho, las puntuaciones en dos escalas de clasificación de la depresión eran básicamente las mismas.

Esto sugiere que para aquellas personas que necesitan o desean evitar el consumo de fármacos, el ejercicio podría ser un sustituto aceptable de los antidepresivos. Se debe considerar sin embargo que la respuesta más rápida se dio en los que tomaban antidepresivos y que el factor motivación puede ser importante para la adhesión al programa de ejercicio cuando se está deprimido. Por otra parte, al hacer un seguimiento a este estudio, se determinó que seis meses más tarde, las personas que se ejercitaban regularmente después de terminar el estudio, independientemente del tratamiento en que estaban originalmente, tenían menos probabilidades de sufrir una recaída.

¿Cómo alivia la depresión el ejercicio? Una teoría se basa en el hecho de que el ejercicio realiza la acción de las endorfinas en el cuerpo. Estas sustancias químicas pueden incrementar la inmunidad natural, reducir la percepción de dolor y, probablemente, mejorar el estado de ánimo. Otra hipótesis es que el ejercicio estimula el neurotransmisor noradrenalina, el cual puede mejorar directamente el estado de ánimo. Sin embargo otra teoría ha tomado fuerza a medida de que los científicos han aprendido más acerca del modo en el que el ejercicio afecta las células nerviosas: que el poder del ejercicio, al igual que el de los antidepresivos, radica en su capacidad de generar nuevas células nerviosas.

Los científicos han descubierto que el Hipocampo del cerebro es más pequeño en algunas personas con depresión. Este parece ser el resultado de la disminución del ritmo para generar nuevas células nerviosas (neurogénesis) y en la capacidad que tienen las células nerviosas para crecer, ramificarse y establecer nuevas conexiones entre sí (neuroplasticidad). Existen evidencias convincentes de que los antidepresivos y la terapia electroconvulsiva mejoran el estado de ánimo, al menos en parte, al estimular el crecimiento de células nerviosas en el hipocampo. Al parecer el ejercicio, tendría el mismo efecto.

Con el ejercicio se producen varios cambios a nivel biológico que fortalecen las células nerviosas. Mejora el suministro de sangre y energía al cerebro. Los genes de las células nerviosas ordenan la producción de las proteínas llamadas “factores de crecimiento”. Estas sustancias dan lugar a la neurogénesis y neuroplasticidad, incitan a las nuevas células nerviosas a que se desarrollen y mejoran las conexiones entre ellas

DISCUSION

Es ampliamente sabido por los profesionales de la salud, los beneficios de la actividad física en el

bienestar físico, mental y emocional de sus pacientes. Lo que no es tan sabido es como se produce este beneficio, cuales son los procesos neurológicos y metabólicos que explican el que la ansiedad y depresión, disminuyan sus niveles en forma significativa después de un proceso de actividad física regulada, o que la memoria y la concentración experimente una considerable mejoría después de solo 20 minutos de actividad aeróbica. También es considerable la información que se maneja sobre los factores protectores y preventivos que promueve la actividad física, pero es necesario también decir que esta información esta desactualizada y los psicólogos en su gran mayoría se conforman con poder beneficiar a sus pacientes con los efectos de la actividad física y explicar sus resultados de manera superficial, sin saber realmente “como” se produjeron estos y los alcances reales de la prescripción, tanto a nivel biológico, como cognitivo, conductual, ambiental y afectivo.

Es interesante considerar la posibilidad de desarrollar un tratamiento de características psicofísicas, para patologías psicológicas y psiquiátricas (trastornos de ansiedad, del ánimo, adictivos, de la alimentación, etc), en las que se evidencia un deterioro de las capacidades cognitivas, tomando en cuenta que la evidencia científica demuestra, que los efectos a nivel neurológico, endocrinológico e inmunológico de la actividad física, producen una disminución de la sintomatología, así como un aumento de los factores protectores y preventivos.

Tomando en cuenta los descubrimientos recientes sobre la continuidad de la neurogénesis y neuroplasticidad a lo largo de los ciclos vitales, el desarrollo infantil de las funciones ejecutivas a través del aprendizaje motor, las conexiones de las estructuras cerebrales relacionadas con el procesamiento de la información (corteza cerebral) y el control motor (sistema límbico), se puede hipotetizar que el reaprendizaje de las habilidades

cognitivas perdidas o disminuidas, se podría llevar a cabo de forma mas natural y económica para el organismo, a través de técnicas y estrategias psicofísicas que simularan (con un nivel mayor de complejidad dependiendo del caso) las condiciones motrices y físico deportivas en las que se aprendieron originalmente.

REFERENCIAS

Cocke, A. (2002). Brain May Also Pump up from Workout. Disponible en:
<http://www.neurosurgery.medsch.ucla.edu/whatsnew/society/neuroscience.htm>

Damasio, A. (2010). Y el cerebro creó al hombre. Bogotá: Planeta.

Dwyer, T.; Sallis, J. F.; Blizzard, L.; Lazarus, R. y Dean, K. (2001). Relation of Academic Performance to Physical Activity and Fitness in Children. *Pediatric Exercise Science*, 13, 225-238.

Dwyer, T.; Coonan, W.; Leitch, D.; Hetzel, B. y Baghurst, R. (1983). An investigation of the effects of daily physical activity on the health of primary school students in South Australia. *International Journal of Epidemiologists*, 12, 308-313

Erickson KI, Voss MW, Prakash RS, Basak C, Szabo A, et al. (2011) Exercise training increases size of hippocampus and improves memory. *Proc Natl Acad Sci USA* 108: 3017-3022

Mitchell, D. (1994). The relationship between rhythmic competency and academic performance in first grade children. Doctoral Dissertation. Orlando, FL: University of Central Florida Department of Exceptional and Physical Education.

Shephard, R. (1997). Relation of Academic Performance to Physical Activity and Fitness in Children. *Pediatric Exercise Science*, 13, 225-238..

Revista de Estudios Sociales no.18, agosto de 2004, 67-75.

Ravaglia G, Forti P, Lucicesare A, et al. (2007) Physical activity and dementia risk in the elderly. Findings from a prospective Italian study. *Neurology*. doi: 10.1212/01.wnl.

Rosselli, M., Ardila, R., Lopera, F. y Pineda (1997). Neuropsicología Infantil. Medellín: Prensa Creativa

Sociedad Americana de Neurociencias. (2002). Congreso anual. San Diego, Estados Unidos.

Thayer, R.; Newman, R. y McClain, T. (1994). Self-regulation of mood: strategies for changing a bad mood, raising energy, and reducing tension. *Journal of Personality and Social Behavior*, 67, 910-925.

Verdejo-García y Bachara (2010). Neuropsicología de las funciones ejecutivas. *Psicothema*, 22(2), 227-237.

Winter B, Breitenstein C, Mooren FC, Voelker K, Fobker M, et al. (2007) High impact running improves learning. *Neurobiology of Learning & Memory* 87: 597-609

Sentido de Vida para la población Bipolar: Consideraciones clínicas.

Ps. Camila Fuentes C. *

Abstract

This article aims to address the concept of bipolar disorder, the concept of Function of SELF "Search of Meaning", and show a review of recent significant contributions to understanding of the search function of sense in bipolar disorder. It describes some factors influencing the consolidation of the meaning of life, such as the emotional factor, the process and outcome of decision making, the guiding values and norths at the base of actions, the concept of personal freedom, and the need to update potential, in order to address them as consideration when working with bipolar patients.

Key words: *Bipolar Disorder, Meaning of life, Function Search of Meaning, Personal development, Decision-making, Guiding values.*

Resumen

El presente artículo pretende abordar el concepto de trastorno bipolar, el concepto de Función "Búsqueda de Sentido" del Sistema Self, y mostrar una revisión de recientes aportes significativos para entendimiento de la Función Búsqueda de Sentido en Bipolaridad. Describe algunos factores influyentes en la consolidación del sentido de vida, tales como el factor emocional, el proceso y resultado de la toma de decisiones, los valores guiadores y nortes orientadores a la base de las conductas, el concepto de libertad personal, y la necesidad de actualización de potencialidades, con el objetivo de abordarlos como consideración a la hora de trabajar con pacientes bipolares.

Palabras claves: *Trastorno Bipolar, Sentido de vida, Función Búsqueda de Sentido, Desarrollo personal, Toma de decisiones, Valores guiadores.*

AcPI, 7: 95-108.

* Psicóloga Pontificia Universidad Católica de Chile. Mg© en Psicología Clínica Universidad Adolfo Ibañez. Postítulo en Psicoterapia Integrativa en Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa. Marchant Pereira 446, Providencia, Santiago 8320000, Chile. E-mail: cffuent1@uc.cl

INTRODUCCIÓN A BIPOLARIDAD

Según la OMS, el Trastorno Afectivo Bipolar afecta alrededor de 60 millones de personas en todo el mundo (2015). Es una enfermedad crónica con arraigo genético-biológico y potenciadores tanto ambientales como biográficos. En términos descriptivos, implica la aparición de al menos un episodio maniaco, hipomaniaco o con características mixtas; y frecuentemente se intercala con episodios depresivos, los cuales no son episodios patognomónicos, ni necesarios para el diagnóstico de bipolaridad (Bagladi, 2014).

Respecto a su curso, Bagladi (2014) señala que el Trastorno Afectivo Bipolar frecuentemente presenta sus primeros signos en la adolescencia, por lo general con un episodio depresivo, y más adelante surgen los episodios maníacos o hipomaniacos. Luego, los periodos eutímicos y las crisis maníacas o hipomaniacas se van acortando mediante transcurrir el tiempo si la patología no ha sido tratada adecuadamente, lo que genera que la persona esté cada vez más inclinada a una vivencia depresiva.

Si bien la alternancia entre ambos polos ya genera en la persona una inestabilidad en términos vivenciales, conductuales y en su identidad, la vivencia depresiva generada por la negligencia en el diagnóstico o un tratamiento inadecuado, podrían traer aún mayor daño consigo. De acuerdo a Bagladi (2014) la depresión bipolar se caracteriza (1) en términos afectivos por apatía, tristeza o desesperanza, sentimientos de vacío, humor deprimido, y sensación de incapacidad para sentir ningún tipo de emociones o para el llanto; (2) en términos fisiológicos por disminución o supresión de la libido, disminución del apetito -y consigo, pérdida de peso-, síntomas como ansiedad o irritabilidad, quejas físicas como fatiga, dolor o pesadez, trastornos del sueño, y generalmente insomnio o hipersomnia diurna; (3) en términos conductuales por disminución conductual de la expresión apática, disminución de la velocidad y producción de la expresión verbal, disminución del

interés y por tanto de la realización de actividades agradables; y (4) en términos cognitivos, disminución de la capacidad de concentración, presencia de pensamiento rumiativo (reproches, preocupaciones, ideas de fracaso, de incapacidad, de culpabilidad, etc.), enlentecimiento y disminución de productividad del pensamiento. Todo esto podría acarrear consigo dudas acerca del sentido y el valor de la vida lo que puede llevar a la ideación e incluso al acto suicida.

SENTIDO DE VIDA Y DESARROLLO PERSONAL

“El desarrollo personal - desde una perspectiva nomotética actual - involucra un proceso de cambio progresivo en el tiempo. En este proceso, la persona va actualizando potencialidades que le facilitan su adaptación, le enriquecen sus opciones de bienestar personal y de satisfacción de sus necesidades personales, le potencian sus opciones de éxito afectivo, social y laboral y le abren mejores posibilidades de auto-realización. El desarrollo personal puede estar centrado indistintamente en los ámbitos biológico, cognitivo, afectivo, conductual y/o en el sistema SELF como conjunto. Desde una perspectiva idiográfica, cada persona asume el desafío de actualizar sus potencialidades, establece libremente qué potencialidades personales desea actualizar, qué cambios considera positivos y cuales no, y en qué direcciones de desarrollo desea transitar” (Opazo, 2004a).

El Enfoque Integrativo Supraparadigmático (EIS), que adhiere a un constructivismo moderado, asume que la realidad en parte se descubre y en parte se construye, por ende, frente al cuestionamiento sobre el sentido de vida se esperaría lo mismo, dado que no existe nunca una realidad plenamente objetiva ni plenamente subjetiva (Opazo, 2001). La persona sería parcialmente constructor y descubridor del Sentido de Vida.

Acorde a la revisión de Araya (2009) esta plantea cinco niveles de análisis, desde lo más

amplio y universal a lo más específico y personal, resultando cuestionamientos del siguiente tipo: (1) ¿Cuál es el sentido del Universo?, (2) ¿Cuál es el sentido del mundo?, (3) ¿Cuál es el sentido de la existencia humana?, (4) ¿Cuál es el sentido de mi vida?, (5) ¿Cuál es el sentido de esta situación que estoy actualmente viviendo?

Desde el EIS, al hablar de función Búsqueda de Sentido, esta se basa en el cuarto nivel de análisis. Sentido de vida, que desde el EIS pretende dar respuestas a preguntas, tales como, ¿qué guía mis decisiones? , ¿cuáles son los valores que sigo en mi vida? , ¿tengo nortes orientadores?, ¿le doy sentido a mi vida? De esta forma, la función Búsqueda de Sentido se podría definir como uno de los roles del Sistema Self que tiene por objeto puntualizar valores, nortes orientadores y guías de vida y así poder definir la planificación y programación de la experiencia vivencial (en otras palabras, el proceso de toma de decisiones). Pretende además, que toda acción esté al alero de la libertad personal y la intencionalidad de actualizar las potencialidades personales. El grado de solidez del sentido de vida con el que se transita la vida, tendrá directa relación con tres factores: (1) el grado de gravitación del sentido de vida en el desarrollo de la vida misma, (2) el grado de convicción en el sentido elegido, (3) y el grado de involucración activa con éste. A mayor profundidad del compromiso tomado (con creencias religiosas, con la familia, con las creencias políticas, con el país, etc.), desarrollo (de la capacidad de amar, del amor en pareja, de la creatividad artística, del desarrollo espiritual, etc.), búsqueda pretendida (de justicia social, de conocimiento, de éxito económico, de fama, de reconocimiento y prestigio social, etc.); convicción y creencia volcada en su realización, e involucración, entonces mayor solidez tendrá el sentido de vida (Opazo, 2004a).

Así, dentro de lo que incluye un desarrollo personal óptimo del Self, la persona cumple un rol activo, y la Función de Búsqueda de Sentido resulta clave para ir realizando los cambios necesarios en

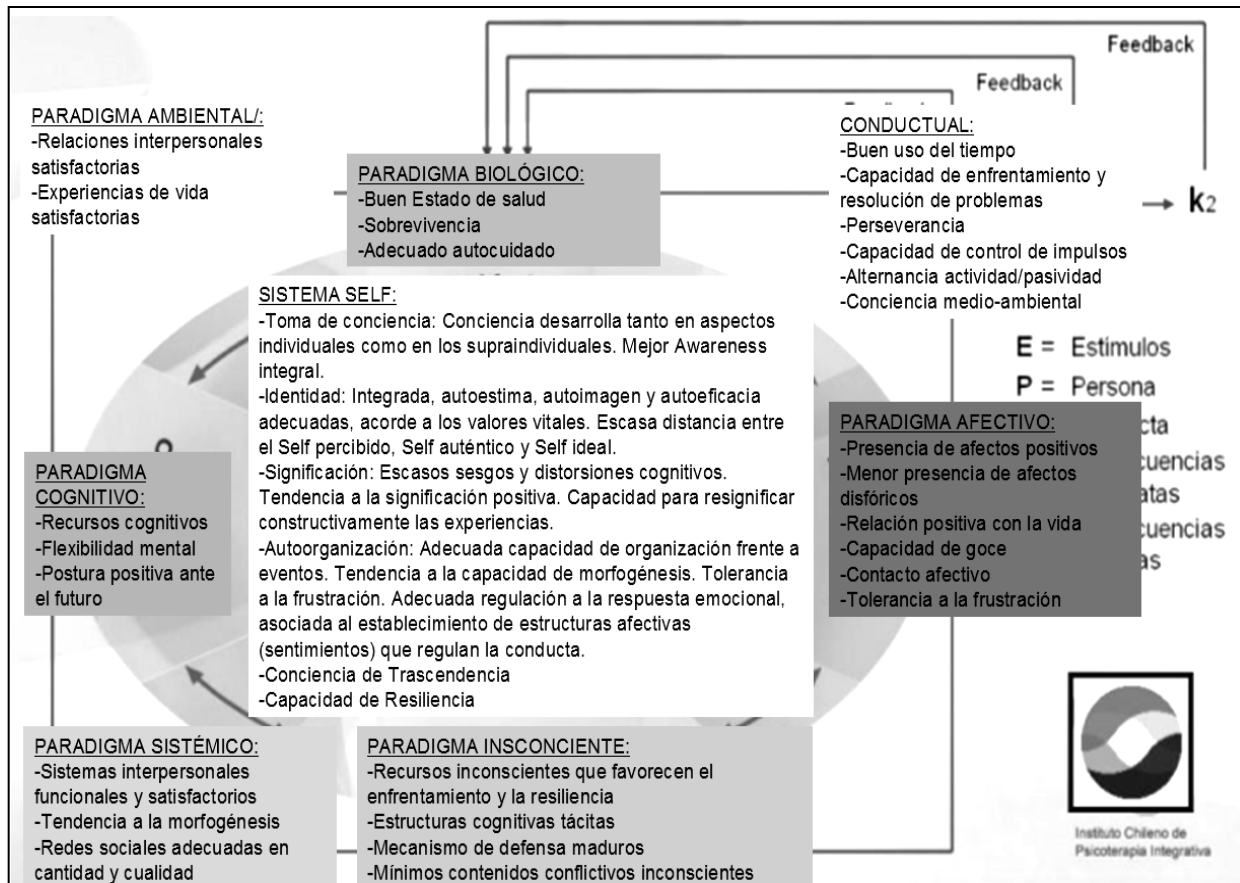
relación a una línea de acción identitaria y coherente, la que en su máximo desarrollo se caracteriza por una construcción personal sólida de valores guiadores, de metas existenciales y un compromiso personal en la toma de decisiones. Un desarrollo personal óptimo se construye a la base de una búsqueda de sentido de vida focalizada en el éxito laboral y económico, en el prestigio, en enriquecer el conocimiento, en promover la justicia social y los ideales políticos, focalizada también en el desarrollo del amor de pareja, la felicidad familiar, y/o el desarrollo espiritual. Un desarrollo personal óptimo se realiza a la base de una búsqueda de sentido vital focalizada en la trascendencia. Finalmente como señala Opazo, "una vida con sentido se aviene mejor con desarrollo personal" (2014). Araya (2009) agrega que, en lo que respecta específicamente a una adecuada consolidación de la función Búsqueda de Sentido, el individuo debe proyectarse hacia un objetivo/sentido responsable y comprometidamente, mostrando un interés por la vida y su construcción. En la medida que le otorgue mayor valor y respeto a la vida, este se irá esperanzando y en la búsqueda de sentido, irá satisfaciendo sus metas vitales y su misión de vida, de forma integrada a su identidad y personalidad. De esta forma, presentará una mayor capacidad de identificación y búsqueda de "los valores del Ser" (verdad, belleza, justicia, bondad, etc.), del desarrollo y transformación personal.

Por otra parte, no se debe confundir la función Búsqueda de Sentido con la función "Conducción de Vida". Esta última se basa en cuestionamientos dirigidos a un quinto nivel de análisis sobre el sentido de la vida de los planteados por Araya (2009), respondiendo a la pregunta ¿cuál es el sentido de esta situación que enfrente en mi vida?, o ¿cuál es el sentido de mi vida frente a esta situación en particular?, lo que hace referencia más bien a un objetivo vital, más que a los principios que sustentan el camino vital de alcanzar un objetivo -cualquiera sea este-. Opazo (2004b) señala que Maslow conecta la

importancia de ambas funciones del Self; refiere que las motivaciones de autorrealización (aquellas motivaciones dirigidas al desarrollo personal) implican la búsqueda activa de un objetivo/sentido, y su consecución a través de la planificación y programación de la vida. Así también, el mismo autor plantea la dificultad para algunos de dirigir su vida a propósito de las dificultades para plantearse un objetivo/sentido de vida y una estructura guiadora para conseguirlos. Araya (2009) propone que las funciones Búsqueda de Sentido y Conducción de vida estarán adecuadamente consolidadas cuando exista una clara conciencia de propósitos vitales por parte del individuo, la cual posibilite una adecuación para enfrentar las demandas de la vida, la historia personal y el logro de sentidos y/o valores trascendentes. Además el individuo presentará un adecuado locus de control, y manejo de impulsos, y

primordialmente presentará congruencia entre sus valores centrales, consistentes con su identidad.

Opazo (2004b) señala que, el grado de facilidad (o dificultad) y coherencia (o sentido) con que una persona avance y se desarrolle en la vida dependerá de muchos factores. Al respecto, Araya (2009) sintetiza los siguientes puntos según paradigma, para un desarrollo óptimo del Sentido de Vida:



Para que el clínico pueda abordar con una mirada comprensiva y de cuidado al paciente que padece Trastorno Bipolar, se requiere que maneje un conocimiento extenso del Sentido de Vida mirado a través del Trastorno Afectivo Bipolar, y comprender su funcionamiento y los factores que inciden a la hora de realizar terapias efectivas. Algunas de estas consideraciones se abordarán a continuación.

SENTIDO DE VIDA Y BIPOLARIDAD

El Enfoque Integrativo Suprapradigmático ha visto que, dentro de lo que facilita el bienestar y permite un aumento en la calidad de vida, debe considerarse un sentido de vida consolidado. En las siguientes líneas se pretende realizar una revisión bibliográfica y análisis de consideraciones clínicas al tratar las temáticas sentido de vida y bipolaridad. En términos concretos se considerará exponer sobre el factor emocional, el proceso y resultado de la toma de decisiones, los valores guías y nortes orientadores al momento de actuar, el concepto de libertad personal, la necesidad de actualización de potencialidades, y la resiliencia; factores influyentes en la consolidación del sentido de vida.

El paciente bipolar se ve afectado en distintas áreas de su vida, y en los distintos paradigmas y funciones del Self, es por esto que quien padece el trastorno deberá tomar especial atención al tratar de subsanar las disfunciones en los distintos niveles para construir una experiencia narrativa personal en "un suelo llano, derecho y concreto", y para contrarrestar las carencias y fallas con un trabajo personal constante en las variables del Self que sí pueden ser manejadas.

La bipolaridad ha sido explorada a cabalidad desde una perspectiva biológica, psicofarmacológica y psicológica, pero ha sido poco explorada desde la perspectiva de las verdaderas experiencias de vida de quienes padecen bipolaridad (Elgie & Morselli, 2007; Rusner et al, 2009), o aún, parece existir un vacío entre la

experiencia y la explicación biológica, que los estudios no ahondan. Rusner et al. (2009) mencionan que existen muchos estudios respecto a la psicoeducación y el reconocimiento temprano de las señales, indicando la relevancia de ambos en una buena calidad de vida para quienes padecen Trastorno Bipolar. Indican que otro foco ha sido la preocupación de las necesidades de autocuidado en los pacientes, las que estarían referidas a búsqueda de ayuda psicológica, psiquiátrica, y a la posibilidad de funcionamiento social.

Pese a la atención de estos focos, que dirigen el cuidado al bienestar objetivo de las personas, faltan estudios y atención hacia las experiencias subjetivas y bienestar subjetivo de quienes padecen este trastorno. Las personas con bipolaridad se observan con una baja experiencia de autoeficacia respecto al manejo de su patología y las circunstancias de la vida, lo que podría afectar negativamente la manera en que se visualizan - en relación a su autoimagen y autoestima- y cómo proyectan su desempeño futuro en la sociedad - en término de autoeficacia global- (Nathan, O'Brien-Malone & Williams, 2004). Lo que finalmente incide en su calidad de vida y en su real desempeño. En relación a estudios que abordan la temática del bienestar subjetivo, Elgie y Morselli (2007) muestran el impacto negativo de la bipolaridad en las temáticas existenciales como lo son las relaciones interpersonales y el compañerismo, donde quienes reciben el mayor impacto son los pacientes bipolares que carecen de comprensión del funcionamiento de la bipolaridad. Ellos señalan que se requiere mayor información y psicoeducación en los tratamientos psicológicos, y así permitir una mayor toma de conciencia para quienes padecen de bipolaridad, pues esto incide en las experiencias subjetivas de las personas, experiencias que determinan el bienestar y la calidad de vida de las mismas.

En este sentido, factores "higiénicos" que podrían pensarse como suficientes para un adecuado desarrollo personal resultarían necesarios, pero no suficientes. Su presencia, no

bastaría para el desarrollo de la función Búsqueda de Sentido de forma sólida en alguien con Trastorno Afectivo Bipolar. Vivir con bipolaridad implica experimentar una dimensión afectiva y cognitiva más amplia que el resto de la población, lo que se explicaría en términos de magnitud y complejidad. La variable magnitud implica vivenciar las emociones con mayor intensidad, tensión y sensación de simultaneidad; lo que incide en vivenciar las experiencias con cierta atemporalidad. La complejidad implica que la vida y la patología se imbrican, estando esta última siempre presente en cuestionamientos sobre las cotidianidades de la vida. Darle respuesta a estos cuestionamientos podría resultar muy difícil, puesto que vivir con trastorno bipolar implica luchar constantemente para mantener el contacto con sí mismo, y vivir acorde a cómo uno es. Vivir con trastorno bipolar implica tratar de dejar de lado la intrusión de la patología en la conducta, pese a que se entrelaza con toda la existencia, y continuar avanzando (Rusner et al, 2009).

Las personas frecuentemente buscan el desarrollo máximo y actualización constante de sus potencialidades, lo que es parte de un trabajo de desarrollo personal, con una perspectiva objetiva de lo que el medio y las características personales permiten (Opazo, 2004a). El bipolar debe constantemente luchar contra una patología que pareciera boicotear sus capacidades y proyecciones. Entendiendo que actualizar potencialidades requiere de un trabajo de cambio progresivo y positivo en el tiempo, el bipolar debe luchar contra una biología que lo obliga a cambiar en contra de lo que desea en términos de coherencia de su narrativa personal (Rusner et al, 2009). Opazo refiere que las personas buscan potenciar sus opciones de éxito en diversas áreas de la vida, para satisfacer la necesidad de auto-realización. Indican que el desarrollo y actualización personal pueden estar centrados en los distintos ámbitos de la esfera personal y social, por lo que cada persona asume el desafío de desarrollo libremente, bajo los parámetros

personales de los que se desea trabajar y hacia dónde, mientras no se transgrede a otros. La libertad personal implica autonomía, independencia, implica la posibilidad de elegir un camino, la posibilidad de decidir acciones que permitan seguir ese camino, y confirma la vivencia de libertad. Decidir de forma fundamentada y con creencias claras, alimenta esa confirmación (2004b).

Para quien padece trastorno bipolar, consolidar el sentido de vida desde la confirmación de la libertad resulta un desafío. Respecto a la afección del trastorno, Bagladi (2014) señala en términos existenciales que, durante un episodio maniaco/hipomaniaco la persona podría vivenciarse con una autoestima aumentada, con grandiosidad, experimentar una disminución de necesidad de sueño, presión por hablar, y aumento de locuacidad, percibir el fenómeno de "fuga de ideas" con pensamiento acelerado, sentirse distraída, sentirse con exceso de energía y aumentar sus actividades o percibir agitación psicomotora fuera de lo normal, e incluso podría intencionar realizar actividades placenteras con potencial de consecuencias dolorosas. Por el contrario, durante un episodio depresivo la persona podría vivenciarse con ánimo deprimido o irritable, sentir un interés disminuido o pérdida de la capacidad placer, sufrir trastorno del sueño, cambios de peso, y trastornos del apetito, podría tener problemas en la línea cognitiva, con concentración disminuida o dificultad para decidir, sentir agitación, retardo psicomotor, fatiga o pérdida de energía, podría experimentar sentimientos de poca valía o culpa inapropiada, e incluso llegar a pensar en la ideación suicida o en su concreción. Toda esta sintomatología dificulta el desarrollo personal al alero de la libertad, pues alteran la percepción de la vida, privando a la persona visualizar los diversos escenarios para actuar.

Para el bipolar, la libertad personal implica una serie de consideraciones a nivel ambiental y de la patología misma, existiendo tres factores

constituyentes de las experiencias subjetivas en relación a la patología, que coartan la libertad personal: (1) intensidad para vivir, la que afecta los niveles de actividad, velocidad conductual, reflexión cognitiva y sensibilidad emocional, (2) lucha por comprender la patología, lo que implica falta de armonía, de equilibrio del Self, y problemas de autoconfianza, y (3) intrusión de la patología en la totalidad de la existencia como si fuere parte de la propia identidad. Todo este ir y venir entre diferentes polos de activación e intensidad afecta el bienestar subjetivo y la autoconfianza, la persona sufre, se cansa, y se califica dependiente de las circunstancias biológicas. Vivir en constante cuestionamientos y auto-observación resulta positivo, pero cuando la persona se encuentra en alguno de los polos de la patología, resulta difícil ordenarse, acoplarse a la vida y realizar buenas decisiones (Rusner et al., 2009).

Tomando la consideración de libertad como autonomía, deben entenderse entonces los fármacos, las redes de apoyo, los grupos de ayuda y la terapia psicológica misma, como parte de un tratamiento para vivir bien y como condicionantes básicos para poder siquiera decidir con propiedad sobre la propia vida. El bipolar debe vivir a la base del cuidado personal constante, lo que le permitirá ejercer su libertad, y actuar con sabiduría existencial, ya sea al alero de los recursos personales o con la ayuda de terceros.

Toma de decisiones y Bipolaridad

"La sabiduría existencial se relaciona con el saber, con el meditar, con el sentir; y se relaciona fundamentalmente con el decidir. (...). Involucra la capacidad para juzgar correctamente en asuntos relacionados con la vida y con la conducta. (...) La sabiduría es la habilidad para tomar las mejores decisiones en la vida. En este contexto, un sentido de vida bien planteado, abre mejores opciones de decisión, de sabiduría y, por ende, de desarrollo personal" (Opazo, 2004a, pp 365).

Profesar libertad personal va de la mano con una sabiduría existencial que permita juzgar adecuadamente las situaciones de la vida y tomar buenas decisiones. Zhu y Thagard en el artículo *Emotion and Action* (2002) explican que las emociones pueden influir significativamente cómo se juzga una situación, repercutiendo en el origen de una acción, así como su ejecución y control a nivel cognitivo. Estos autores indican que la "decisión racional" -es decir estar conciente de los posibles caminos para lograr un objetivo, sus consecuencias, jerarquizar según las preferencias personales y escoger el mejor camino- no es suficiente para explicar el fenómeno de las decisiones de vida. Varios autores señalan que la gente incluso actúa "de guata", a veces incluso contra sus propios deseos o entendiendo que racionalmente determinada acción no sería la mejor decisión (Loewenstein, 1996; Loewenstein, Rich & Cohen 2008). En el Artículo "Out of control", Loewenstein (1996) indica cómo a menudo se actúa en contra del propio interés en el pleno conocimiento de lo que se está haciendo. Refiere cómo las personas experimentan una sensación de estar "fuera de control". Loewenstein atribuye este fenómeno a la operación de "factores viscerales" los que implican estados biológicos tales como el hambre, la sed y el deseo sexual, estados de ánimo y emociones disfóricas o en extremo eufóricas, el dolor físico, y la drogadicción, los cuales gatillan respuestas "descontroladas", en situaciones de extrema necesidad. Él explica que las características que definen los factores viscerales son el impacto directo hedónico y el cuestionamiento sobre la conveniencia relativa de los diferentes bienes personales y acciones, los que tienen un efecto desproporcionado sobre el comportamiento y tienden a desplazar prácticamente todos los objetivos que no sean el de mitigar el factor visceral. El autor señala que la gente subestima, o incluso ignora los factores viscerales que van a experimentar en el futuro y que han experimentado en el pasado, o aquellos experimentados por otras personas, por lo que al

experimentarlos con suficiente intensidad hacen que las personas se comporten concientemente en contra de su propio interés a largo plazo, por no tener una estrategia previamente meditada ante su aparición. En concordancia, a estos dos puntos, indica entonces que los factores viscerales tienen un impacto hedónico e influencia directos en la deseabilidad relativa de lo que se tiene y de las metas tanto banales y existenciales, lo que en trastornos mentales como la bipolaridad, muestra una excesiva influencia de la afectividad temporal en la conducta, en desmedro de los factores racionales. Si no existe claridad de lo que se pretende en la vida y los medios para conseguirlo, se podría caer en profesar un valor y no actuar acorde a tal, y luego sentir el quiebre una acción realizada fuera de la línea identitaria.

Las personas van construyendo en el transcurso de su vida valores y nortes que les permitirán guiar y orientar sus conductas, así también construir y establecer metas existenciales, acorde a estos valores y nortes (Opazo, 2004a). Opazo destaca la necesidad de contar con la presencia de valores claros, movilizadores y efectivos como piso básico para el desarrollo y actualización personal. Dado que estos valores deben tener respaldo tanto cognitivo como afectivo, se debe considerar a otros como apoyo fundamental para cuando existe presencia de crisis en el bipolar, pues la afectividad y las cogniciones se alteran y podría existir gran confusión en considerar estos valores y nortes, e hilar una historia de decisiones hacia atrás y proyectar su efectividad hacia el futuro.

Pérez Nieto et al. (2009) indican que en el proceso de toma de decisiones existe una estrecha relación entre los mecanismos límbicos emocionales y las funciones propias de la corteza prefrontal, resultando lo racional como lo emocional factores determinantes en este proceso. Ibañez et al. (2012) refieren la importancia de los procesos espirales frontoastriales y límbicos para el proceso de toma de decisiones, indicando específicamente la relevancia de tres sistemas neuronales: (1) un proceso destinado a la

codificación del estímulo (el que involucra la corteza orbitofrontal), (2) un sistema de selección de acción, basado en la recompensa y el monitoreo (el que involucra la corteza cingulada) y (3) un procesamiento de la recompensa esperada (el que implica los ganglios basales y la amígdala). Bechata et al (1994) refieren la existencia de un mecanismo de aprendizaje emocional cuya función es anticipar posibles consecuencias negativas versus positivas, clasificando opciones y preseleccionando alternativas en base a dos criterios: (1) estados somáticos/señales afectivas frente a objetos y circunstancias debido a condiciones placenteras o aversivas o por sesgo de memorias personales, e (2) información relevante para la sobrevivencia. De esta forma una situación será asociada a un estado emocional, y luego frente a una situación similar, el recuerdo de ese estado funcionará a modo de marcador o señal (conciente o inconciente) para guiar nuestra conducta. Por su parte, en términos neuronales, Damasio explica el rol de las emociones en el proceso de la toma de decisiones de la siguiente manera:

"Cuando los circuitos en la corteza sensorial posterior y en las regiones temporal y parietal procesan una situación que pertenece a una categoría conceptual dada, los circuitos prefrontales que mantienen registros pertinentes a la categoría de eventos se activan. Luego viene la activación de regiones que desencadenan señales emocionales pertinentes, como la corteza prefrontal ventromedial, cortesía de un enlace adquirido entre esa categoría de evento y anteriores respuestas emocionales-sentimentales. Esta configuración nos permite conectar categorías de conocimiento social, ya sea adquirido o perfeccionado a través de la experiencia particular, con el sistema innato de emociones sociales y sus sentimientos posteriores. Entre estas emociones/sentimientos, yo concedo una importancia especial a los que están asociados con el resultado futuro de las acciones, porque vienen para señalar una predicción del futuro, una anticipación de las consecuencias de las acciones

(pág 147, 2003). [A estas emociones se les llamaría señales afectivas]".

Según lo que la evidencia demuestra, la señal afectiva presenta un rol auxiliar y complementario al razonamiento, de modo que potencia su velocidad y eficiencia, reduce las alternativas contextuales y libera procesamiento cognitivo. Si existe déficit en el procesamiento de la información emocional, incluyendo las consecuencias psicofisiológicas, como ocurre en el bipolar, resulta muy probable que existan desajustes negativos en el mecanismo de toma de decisiones, las que sólo dependerán de los contextos específicos que las enmarcan, debiéndose considerar y analizar los distintos escenarios de acción y sus consecuencias posibles (Damasio, 2003). Frente a tal predominio biológico, se infiere que el bipolar debe recurrir a todos los factores "higiénicos" básicos posibles, y a la vez considerar las posibles alteraciones cognitivo-emocionales y repasar sobre las decisiones apoyado en estrategias que haya registrado previamente como útiles para poder decidir y guiar su vida.

Un estudio realizado en pacientes frontalizados mostró baja producción emocional y baja generación de estrategias para la toma de decisiones (en decir, problemas en el circuito relacionado a la selección de acción), debido a daño en la corteza frontal orbital, aún cuando sus funciones cognitivas permanecía intactas. Bechara et al. (1994) recrearon en laboratorio una tarea que simulaba las condiciones inciertas de la vida cotidiana, con el propósito de ver si los individuos eran capaces de generar una estrategia, visualizar posibles acciones en diferentes contextos, y sopesar consecuencias de ganancia y pérdida. Esto fue hecho a través de The Iowa Gambling Task-IGT. El estudio dio por resultado que, quienes presentaban daño frontal prefirieron barajas riesgosas durante todo el juego, sin lograr activar respuestas del sistema simpático, mientras que el grupo control, quienes no presentaban daño, le dieron preferencia a las barajas seguras en un 40%

de las apuestas. Los autores explican esta diferencia, por medio de la dificultad del grupo experimental para motivarse frente a representaciones mentales de posibilidades futuras. Dado que esto es algo muy similar a lo vivido por el bipolar -pues en estudios anteriores se observan respuestas reducidas de la corteza cingular y alteraciones de este circuito asociado al proceso de selección de acción a nivel neuronal (Chandler et al. 2009) - tal funcionamiento se debe tener en consideración a la hora de tratar la patología. Bechara et al. refieren que la motivación no estaría presente debido a que la información que los sujetos frontalizados procesan carece de ciertas claves, las que tendrían un origen emocional. Errar en la decisión comportamental adecuada en casos como este, resulta debido a que esta decisión no podría ser motivada por eventos representacionales etiquetados con afectos negativos o positivos, ya sea porque el marcador somático guardado en la memoria no se recupera, o la señal afectiva no se registró en conjunto al evento, por tanto los sujetos no son capaces de aprender de sus conductas correctas o incorrectas (1994). Tal como se mencionó, las emociones tienen un rol crucial a la hora de decidir, más aún para quien padece Trastorno Bipolar, quien debe estar constantemente considerando los valores guías para no transgredirlos, y vivir cuidando lo que para sí mismo es importante, pues tal como se observó en pacientes frontalizados, el bipolar en crisis, dada la sintomatología referida, presenta gran dificultad a la hora de leer representaciones de la realidad futura como factor de motivación para el actuar presente.

El modelo de señales afectivas y marcadores somáticos provee un modelo conceptual en donde los procesos y sistemas neuroanatómicos tanto cognitivos como emocionales estarían integrados, por lo que la señal afectiva o marcador somático resume la habilidad de decidir sobre la propia conducta, considerando las consecuencias inmediatas, mediatas y a largo plazo (Perez Nieto

et al., 2009). Damasio explica que los marcadores somáticos y afectivos tenderán a motivar el comportamiento a favor de la persona y que en cualquier otro escenario en el que se active una estrategia emocional que produzca resultados desadaptativos, se deben considerar la presencia de patógenos, daño químico, genético, neuronal, o defectos endocrinos (2003). Como sucede al bipolar, con señales afectivas deficitarias, o con una lectura deficitaria de las mismas, no habrá una historia emocional coherente hacia atrás que pueda guiar adaptativamente las acciones orientadas a la proyección de futuro. El bipolar en crisis fallaría en la lectura de tal señal, o peor aún confundiría la señal emocional, no actuando acorde a esta, fallando en su expresión social y en sus expectativas conductuales personales.

En un experimento realizado por Cabanac et al. (2002), se pretende dilucidar el rol del placer como marcador somático, frente al proceso de toma de decisiones. Se les pidió a los participantes leer artículos con problemáticas éticas y sus diferentes versiones resolutivas. Se les solicitó evaluar el placer o displacer experimentado frente a las diferentes versiones y paralelamente debían tomar una postura/decisión éticamente correcta sobre la situación expuesta. Al correlacionar la información entregada, los autores concluyeron que en todos los casos la decisión de los sujetos tendía a maximizar el placer. Los autores sugieren que el placer-displacer experimentado, indica la solución correcta en el momento de la toma de decisiones, sepan o no las normas para una correcta elección. Las investigaciones confirman que con cada vez más frecuencia las motivaciones hedónicas son utilizadas para guiar las decisiones en la experiencia conciente (Cabanac et al., 2002). Este tipo de decisiones proporcionan guías heurísticas para desechar aquellas alternativas que en situaciones similares en el pasado resultaron poco placenteras o incluso aversivas y focalizar la atención en aquellas que sí resultaron placenteras o favorables en sus consecuencias mediatas o inmediatas (Bechara et al, 1994). En base a lo

previo, se deduce que quien padece Trastorno Bipolar debe estar alerta a la intrusión de su patología en el desarrollo de su vida, pues las circunstancias negativas podrían orientar la conducta a acciones intencionadas en salir del malestar y encontrar placer inmediato. Además de los marcadores somáticos y señales afectivas específicas, las decisiones estarán determinadas por el tono afectivo del momento, lo que interactuará con las características personales de la persona [bipolar] y la interpretación que esta haga del contexto que enmarca la decisión (Perez, et al., 2009).

En relación a la influencia de los estados emocionales placenteros o positivos, Pérez Nieto y sus colaboradores (2009) señalan que cuando actuar implica una decisión de bajo riesgo, los estados emocionales positivos generan que las personas sean más atrevidas en sus conductas, no obstante cuando el riesgo es alto, los estados positivos generan recato ante la toma de decisiones. Esto sucede dado que cuando la persona se encuentra en un estado emocional positivo, subjetiviza e intensifica las consecuencias negativas de la pérdida, por lo que protege su estado emocional de tomar decisiones altamente arriesgadas. Además, refieren que cuando una deliberación implica muchos factores, y la persona se encuentra en un estado emocional positivo, frecuentemente opta por una decisión basada en heurísticos y estereotipos, dado la imposibilidad de realizar análisis que incluyan todos los factores y posibilidades. Los autores refieren que los afectos positivos influyen en los procesos de toma de decisiones favorablemente, promoviendo un análisis sistemático e integrado de la información disponible, incrementando la eficiencia del proceso de deliberación. Se debe considerar que este análisis sólo aplicaría para el bipolar eutímico, pues aún viviéndose emociones "positivas" en episodios maníacos/hipomaniacos, existe una alteración a nivel afectivo que impregna el pensamiento con falsas percepciones de autoimagen, autoestima y por sobretodo,

autoeficacia, guiando a la persona a realizar acciones que podrían ser desfavorables para sí mismo o para otros.

Por otro lado, en relación a los estados emocionales displacenteros o negativos, los autores indican que a mayor irritación o frustración, la persona tenderá a elegir posibilidades cuyo objeto será el de obtener recompensas inmediatas. Según Lowenstein (1996), a medida que aumenta el tiempo e intensidad de sensación de no satisfacción de un factor visceral (como lo es el enojo), la atención y la motivación se verán influenciadas por la intención de aliviar parcialmente el malestar desproporcionado casi a cualquier costo, aún si esto implica el sacrificio de bienes o situaciones "intransables". Se vuelca la atención hacia sí mismo, en desmedro del altruismo. Refiere que estas actitudes frente a los factores viscerales, tienen un rol adaptativo, no obstante juegan un papel deficitario en términos personales y sociales, si son experimentados en extremo. Ejemplifica el enojo como un factor visceral adaptativo, que al ser vivenciado en extremo podría resultar en acciones inefectivas e impulsivas, o por el contrario en "bloqueo" conductual, como ocurre en el bipolar en crisis, descuidando su norte. Damasio (1994) refiere que los factores viscerales tienden a ser aversivos, pues si bien tienen un papel de alerta social, también generan desadaptación y rechazo si son expresados de forma extrema o inadecuada. Es así que el bipolar debe cuidar constantemente sus formas, y de no hacerlo, se le debe ayudar a no vivenciar esto como una fatalidad y corrosión total al curso de la vida, en su polo depresivo, ni como algo de lo que no debe tener cuidado, en el polo maniaco/hipomaniaco. Respecto a la tristeza, este estado emocional estaría asociado con una focalización en los detalles más de lo común, con evaluaciones más precisas, y en general, con menos dependencia de las guías heurísticas y de los estereotipos usados para los procesos de toma de decisiones (Bonanno, Goorin, Coifman, 2008). Así, la tristeza podría

aumentar la pérdida de confianza de una persona en sus primeras impresiones, tratando de compensar su inseguridad buscando una forma más reflexiva y deliberada de pensar y discernir antes de tomar una decisión. Para población no patológica, principalmente personas que no presentan trastornos del ánimo, esto podría favorecer el desarrollo de estrategias de toma de decisiones más cuidadosas y deliberadas, dado que la tristeza generaría aumento del pensamiento analítico (Bonanno, Goorin, Coifman, 2008, Perez Nieto et al., 2009). En contraste con los beneficios sociales y cognitivos asociados con episodios de tristeza breves, estados disfóricos más prolongados se han asociado con aislamiento y rechazo, además de ideas de desesperanza y decisiones guiadas en torno a pensamientos negativos respectivamente (Bonanno, Goorin, Coifman, 2008). En este sentido, se infiere que el bipolar deberá acudir a estrategias de procesamiento de información y de elección conductual creadas y comprobadas en su eficacia durante los periodos eutímicos, debiendo descartar las ideas asociadas directamente a las afecciones de la patología.

Ibañez et al. (2012) realizaron un estudio comparativo entre personas con Trastorno con Déficit Atencional y Trastorno Afectivo Bipolar, con el objetivo de aclarar sus distintos procesos a nivel de red neuronal, involucrados en la toma de decisiones. Los resultados mostraron diferencias significativas en las decisiones rápidas que implican incertidumbre. En relación al grupo con Trastorno Bipolar, se observó un patrón de respuestas con aumento de negatividad frente a la retroalimentación de errores e insensibilidad frente a la magnitud de las recompensas, lo que se asoció con procesamiento interferidos por el estado de ánimo y el subsiguiente control inhibitorio (Ibañez, 2012). Por su parte, Chandler y colaboradores (2009) investigaron los efectos de destacar recompensas versus destacar castigos en la toma de decisiones arriesgadas de individuos eutímicos con trastorno bipolar debiendo estos completar una tarea de toma de decisiones basada

en riesgo, frente a dilemas presentados en términos de oportunidades para ganar recompensas -contexto valorado como positivo- o para evitar sufrir pérdidas -contexto valorado como negativo-. Los participantes control (sin presencia de trastorno afectivo bipolar) realizaron toma de decisiones más arriesgadas frente a los dilemas contextualizados negativamente, en comparación con los dilemas contextualizados positivamente. Sin embargo, este efecto se atenuó significativamente en los participantes con trastorno afectivo bipolar, quienes tomaron significativamente mayor tiempo para realizar decisiones riesgosas, frente a los dilemas contextualizados positivamente. En este estudio se observó que el bipolar tiende a sobreestimar la posibilidad de fracaso y de malos resultados en la vida, aún en contextos positivos, lo que en conclusión demostraría de acuerdo a los autores, que las decisiones arriesgadas en el bipolar se asocian con sensibilidad reducida a los contextos emocionales positivos, valorando alteradamente las probabilidades negativas, lo que se refleja en las estrategias de selección de acción utilizadas. Ya sea por alerta constante a fallar o por insensibilidad a los contextos favorables, el bipolar eutímico tendería a ser más cauteloso que otros, no obstante frente a las crisis el panorama cambia, por lo que sería adecuado mostrarle esto al bipolar, y psicoeducar en la misma línea.

Martino et al (2011) recientemente estudiaron el funcionamiento de personas bipolares en estados eutímicos y compararon sus resultados con estudios previos donde se estudiaron pacientes en estado depresivo o maniaco/hipomaniaco, concluyendo que en relación a la toma de decisiones, no existen diferencias en los procesos de pacientes bipolares eutímicos y grupo control saludables, dado que la presencia de fallas en la toma de decisiones es más bien un marcador de estado depresivo o maniaco/hipomaniaco y no un marcador de bipolaridad, como se infirió en estudios previos. Es decir, la falla en la toma de decisiones estaría

asociada a la alteración emocional por la cual se cursa en estados depresivos o maniacos/hipomaniacos, la que afecta la lectura cognitiva, incidiendo en el actuar. Esta conclusión sirve para considerar las diferencias entre pacientes con daño frontalizado y el bipolar en crisis. Si bien ambos pacientes se encuentran con una afectividad alterada que genera fallas en la toma de decisiones y por tanto conductuales, en quien sufre trastorno bipolar esto podría ser aún más perverso y perjudicial, pues no sólo se generan problemas a nivel del proceso neuronal de selección de acción, sino además esta misma alteración emocional se entrelaza a una alteración cognitiva temporal a nivel de, por ejemplo, autoeficacia, verbalizaciones de autoestima, y grados de preocupación sobre el futuro, propia de la patología, interfiriendo en las estrategias de selección de acción utilizadas.

Valores y Bipolaridad

Opazo refiere la necesidad de una afectividad en función de un compromiso real y profundo de los valores guías de la vida (Opazo, 2004a). En relación a esto, se debe aprender a realizar una lectura emocional que permita discernir entre decisiones y conductas tildadas social y personalmente como correctas e incorrectas, y actuar acorde a los valores construidos, a lo que se quiere y a lo que contextualmente se puede. Si no se tiene por biología una vivencia personal y afectividad equilibradas que faciliten tal funcionamiento, el clínico debe tener la astucia de encauzar los valores y acciones del bipolar en un camino que le otorgue Sentido y le facilite convivir con el trastorno y sus oscilaciones afectivas, biológicas, cognitivas y conductuales, y no a pesar de estas.

Fritzsche (2007) señala cómo los valores personales se han asociado con el comportamiento individual. Indica que la Teoría de la adaptación social describe los valores como un tipo de cognición social que facilita la adaptación del individuo al medio ambiente, reflejando las

características más básicas de adaptación. Señala que numerosos estudios sustentan que los valores personales sirven como base desde la que se crean actitudes y comportamientos. Fritzsche indica que autores como Connor & Becker y Homero & Kahle propusieron ya hace más de tres décadas que los valores constituyen la base para el desarrollo de las actitudes individuales que conducen a un comportamiento de toma de decisiones específicas, incorporando los valores como un factor influyente en la dimensión ética de la conducta. Especifica los valores individuales como roles mediadores de conducta y a su vez como objetivos éticos. Fritzsche postula que los valores serían componente de los rasgos de personalidad, influyentes en la dimensión ética de la decisión conductual y en sus estudios relaciona la estructura de valores altruista con intención de un mundo pacífico, justicia social, e igualdad, con la conducta ética (2007). En concordancia, se infiere que mientras se inste al bipolar a construir valores guiadores de vida en consideración de los otros, esto funcionaría como factor protector de conductas desajustadas a lo social y personalmente esperado, ya que una mirada empática a la hora de actuar, pareciera facilitar una decisión correcta al alero de los valores.

Page (2002) propone analizar el rol de las emociones en función de las relaciones interpersonales, y por tanto los valores personales relacionados a terceros. Indica la existencia de doce aspectos relacionales: (1) intención de equilibrio de estados relacionales gratificantes, (2) intención de estados relacionales insatisfactorios, (3) transgresiones, (4) estrategias preventivas para limitar el deseo, (5) alerta a reacciones negativas de otros, (6) alerta a castigos o recompensas espirituales, (7) separaciones y/o pérdidas, (8) necesidad de relacionarse, (9) reacción a la incongruencia, (10) cuidado del bienestar de los compañeros, (11) represalias, y (12) estrategias de beneficio. El autor señala que cada uno de estos doce aspectos relacionales, daría por respuesta una emoción distinta según el tipo de relación.

Quien padece trastorno bipolar pudiere romper la congruencia de las emociones que se espera sean elicitadas por estos aspectos relacionales. Es así como por ejemplo el bipolar preocupado de actuar acorde a “la alerta frente a castigos o recompensas espirituales”, por ejemplo actuar a favor de Dios, su preocupación y devoción a Dios podrían verse sobrepasadas en intensidad durante un episodio depresivo pudiendo atentar contra su vida, aún si sus creencias religiosas no lo avalan. Esta fallas de coherencia entre situación, emoción y acción podrían desencadenar no sólo en problemas de coherencia en la relación con la religión, sino también en rupturas amorosas, disoluciones de amistad, pérdidas de trabajo, o incluso en quiebre de relaciones familiares. Al parecer se presentaría una dificultad para mantener un estado social equilibrado, así como para mantener independencia económica y relacional. Trabajar el sentido de vida en un contexto clínico podría ser un factor protector frente a estas incongruencias, pues comprender el sentido de la vida propia devuelve el sentido de control (Rusner et al., 2009).

CONCLUSIONES

Un sentido de vida sólido funcionará como factor protector frente a las diversas situaciones de la vida que se deban enfrentar, como factor de resiliencia a la hora de enfrentar adversidades -como las que enfrentan a diario los pacientes bipolares- y como suplemento necesario para el óptimo desarrollo de las otras funciones del Sistema Self (Opazo, 2004a). Se destaca que, cuando una persona configura un sentido vital que hará de trasfondo a sus conductas (teniendo claridad de lo que la libertad personal significa a través del espejo de su vida, con sus permisiones y limitaciones personales o contextuales, de los valores guiadores de su vida, de sus nortes orientadores y metas existenciales, de sus potencialidades y posibilidades de actualización, de las redes de apoyo que facilitan el desarrollarse acorde al sentido de la vida elegido), esto le permitirá discernir mejor, aceptar las conductas desfavorables propias o de otros, las adversidades ambientales y del sistema, e intentar continuar

avanzando en el camino perseverantemente con aires de superación e intencionalidad de trascendencia. Cuando la propia vida tiene sentido, la persona tiende a tambalear menos ante la adversidad (Opazo, 2004a). Cuando el bipolar comprenda y aprehenda todo este conocimiento de sí y lo arraigue afectiva y efectivamente a su modo de vivir, esto le permitirá incluso crecer gracias a la patología, y se desenvolverá como un ser resiliente y fuerte. Resulta no sólo relevante, sino crucial, trabajar con quien padece trastorno bipolar los distintos componentes del Sentido de la vida y la forma de potenciar el mayor beneficio de sus características personales a favor del bienestar en las distintas áreas de la vida. Esto beneficiará al paciente, y también beneficiará al clínico quien reforzará la mirada de cuidado al paciente, y la comprensión de sus vivencias más allá de reducirlo a emociones, ideas y conductas polarizadas (Rusner et al., 2009).

Aún falta ahondar mucho más respecto a la implicancia de la bipolaridad en el Sentido de Vida, por lo que con la actual revisión se pretende incentivar al lector a que investigue al respecto, generando un aporte para el entendimiento de esta patología y las consideraciones que deben tener los clínicos a la hora de abordar pacientes que la padezcan.

REFERENCIAS

- Araya, M (2009).** Búsqueda de sentido y Enfoque Integrativo Supraparadigmático: Revisión y Sistematización teórica, empírica y clínica. (Tesis de maestría inédita). Universidad Adolfo Ibáñez, Santiago, Chile.
- Bagladi, V (2014).** Psicoterapia Integrativa en Trastorno Afectivo Bipolar, Trastornos afectivos Apuntes de clases Magister Psicoterapia Integrativa [Diapositiva]. Santiago, Chile: Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa. Santiago, Chile: Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa.
- Bechara, A., Damasio, A., Damasio, H., Anderson, S. (1994).** Insensitivity to future consequences following damage to human prefrontal cortex. *Cognition*, 50, 7-15. Recuperado de <http://www.keck.ucsf.edu/neurograd/files/ns245winter11/020211bechara1994.pdf>
- Bonanno, G., Goorin, L., Coifman, K. (2008).** Sadness and Grief. En Lewis, M., Haviland-Jones, J., Feldman, L. *Handbook of Emotions* (797-810). Recuperado en http://boccignone.di.unimi.it/CompAff2013_files/Handbook-of-Emotions_4.pdf
- Cabanac, M., Guillaume, J., Balasko, M., Fleury, A. (2002).** Pleasure in decision-making situations. *BMC Psychiatry*, 2(7) 1-15. Recuperado de <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-244X-2-7.pdf>
- Damasio, A (1995).** Looking for Spinoza. Joy sorrow and the feeling Brain. Recuperado de https://ahandfulofleaves.files.wordpress.com/2013/07/looking-for-spinoza_damasio.pdf
- Damasio, A (2003).** Descartes' error. Emotion, reason, and the Human Brain. Recuperado de <https://bdgrdemocracy.files.wordpress.com/2014/04/descartes-error-antonio-damasio.pdf>
- Fritzsche, D. (2007).** Personal Values_ Influence on the Ethical Dimension of Decision Making. *Journal of Business Ethics*, 75, 335-343. Doi: 10.1007/s10551-006-9256-5
- Ibañez, A et al. (2012)** The neural basis of decision-making and reward processing in adults with euthymic bipolar disorder or attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). 7(5). DOI: 10.1371/journal.pone.0037306
- Loewenstein, G. (1996).** Out of Control: Visceral Influences on Behavior. *Organizational behavior and Human Decision Processes*, 65(3), 272-292. Recuperado de http://www.uibk.ac.at/economics/bbl/lit/se/lit/se_ss06_papiere/loewenstein (1996).pdf
- Loewenstein, G., Rick, S., Cohen, J. (2008).** Neuroeconomics. The Annual Review of Psychology, 59, 647-672- Doi: 10.1146/annurev.psych.59.103006.093710
- Martino, D. J., Strejilevich, S. A., Torralva 1, 2 and, Manes, T. (2010).** Decision making in euthymic bipolar I and bipolar II disorders. *Psychological Medicine*, 41, 1319-1327. Doi: 10.1017/S0033291710001832
- Opazo, R (2001).** Psicoterapia Integrativa. Delimitación Clínica. Santiago, Chile. Ediciones CECIDEP.
- Opazo, R (2014a).** Psicoterapia Integrativa y Desarrollo personal. En Fernández-Álvarez, H., Opazo, R. (2004). *La integración el Psicoterapia. Manual práctico.* Barcelona, España. Ediciones Paidós América
- Opazo, R (2014b).** Desarrollo personal en EIS. Apuntes de clases Magister Psicoterapia Integrativa [Diapositiva]. Santiago, Chile: Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa.
- Page, A (2002).** Socio-moral Emotions motivate action to sustain relationships. *Self and Identity* 1,169-175. Recuperado de http://www.sscnet.ucla.edu/anthro/faculty/fiske/RM_PDFs/Fiske_Socio-Moral_Emotions_2002.pdf
- Pérez, M., Fernández, E., Miguel, J. (2009).** The role of emotions in decision-making. *Studia psychologica*, 51(4), 305-318. Recuperado de file:///C:/Users/cffuent1/Downloads/PEREZ%20NIETO_04vol.51_2009_pp.305-318.pdf
- Rusner, M., Carlsson, G., Brunt, D., Nystro, M. (2009).** Extra dimensions in all aspects of life - the meaning of life with bipolar disorder. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 4(3), 159-169. Recuperado de <http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:283005/FULLTEXT01.pdf>
- Zhu, J., Thagard, P. (2002).** Emotion and Action. *Philosophical Psychology*, 15 (1), 21-36. Recuperado de <http://cogsci.uwaterloo.ca/Articles/emotion.action.pdf>

Características Psicológicas de Parejas en Situación de Infidelidad desde El Enfoque Integrativo Supraparadigmático

Ps. Michelle Oberreuter G. Mg. *

Abstract

The present study pretend to describe psychological characteristics of patients who attend Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa (Institute of Integrative Psychotherapy), presenting cases related to infidelity. In the study participated 29 patients in infidelity situation, and all of them had a stable relationship at that time. The subjects were between 27 and 60 years old, belonged to a high social-economic stratum, and at the beginning of the therapy were evaluated with the Ficha de Evaluación Clínica Integral (FECI) (Record of Clinical Integrative Assessment), an evaluation instrument proprietary to the Institute. A transversal-descriptive-explorative design was used. The analysis of the whole quantitative scale of the FECI was considered, and some qualitative criteria were incorporated to complement the data interpretation. Analysis were executed utilizing chi square test and contingency table. Results indicate that there exist significant characteristics common to the patients which affects mainly the way in which they perceive and signifies couple relationships and affects the way in which they affront disturbing situations.

Keywords: infidelity, Supra paradigmatic Integrative Approach

Resumen

El presente estudio pretende describir las características psicológicas de pacientes que consultan por infidelidad atendidos en el Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa. En la investigación participaron 29 pacientes en situación de infidelidad dentro de una relación de pareja estable. Los sujetos tenían entre 27 y 60 años de edad al momento del estudio, pertenecían a un estrato socio económico alto y al inicio del proceso terapéutico fueron evaluados con la Ficha de Evaluación Clínica Integral FECI, propia del Instituto. Se utilizó un diseño del tipo exploratorio descriptivo transversal. Se consideró el análisis de la totalidad de las escalas cuantitativas del FECI y se incorporaron algunos criterios cualitativos para la interpretación de los datos. El análisis se realizó a través de la prueba Chi cuadrado y Tabla de Contingencia. Los resultados obtenidos dan cuenta que existen características significativas comunes en los sujetos de estudio que afectan principalmente la forma en cómo perciben y significan las relaciones de pareja y en cómo enfrentan las situaciones perturbadoras.

Palabra claves: Infidelidad, Enfoque Integrativo Supraparadigmático

AcPI, 7: 109-122.

* Psicóloga Universidad Andrés Bello. Mg. en Psicología Clínica Universidad Adolfo Ibañez. Postítulo en Psicoterapia Integrativa en Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa. Santiago 8320000, Chile. E-mail: michelle.oberreuter@gmail.com.

INTRODUCCIÓN

Estar en pareja es una de las inquietudes más profundas en la vida privada del individuo, es anhelo de muchos buscar relaciones satisfactorias que se mantengan en el tiempo. Es así que hoy en día se dan muchas interrogantes sobre la naturaleza de la pareja; como señala Kernberg (en Capponi, 2005) es un viaje que la mayoría emprende con expectativas que se verán modificadas por las realidades que surgen en el camino y que configurarán el destino de cada pareja. Entendemos que una pareja “se constituye en el momento en el que dos sujetos se unen; en una relación que no necesita ser estipulada legalmente para poseer significación individual y social.” (Bagladi 2009, p. 14). Sin embargo, existe dificultad de un gran sector de la población para resolver los múltiples desafíos y obstáculos que se interponen en la vida de la pareja. Uno de ellos es la infidelidad y que hoy en día se ha evidenciado va en constante alza, situación que la gran mayoría de las veces trae dolorosas consecuencias para la pareja.

La infidelidad es un tema complejo de abordar. Muchas veces se ha considerado que la infidelidad suele tener sus raíces en los problemas de la pareja, pero más bien hoy se reconoce que la infidelidad tiene que ver con variadas razones. Con respecto a la frecuencia, las últimas estimaciones en los países occidentales señalan que un 60% de hombres y mujeres han vivido una infidelidad (Sarquis, en Contreras, Guzmán, Alfaro, Araya & Jiménez, 2010). Asimismo, el Centro de Estudios de Opinión Ciudadana de la Universidad de Talca (CEOC) realizó una investigación en la que el 50,4% de las mujeres reconoció haber sido infiel (en Contreras et al. 2010). Afirma también que las mujeres, casi en su totalidad (91, 1%), dicen que

perdonan más fácilmente que sus parejas masculinas una infidelidad y además consideran la infidelidad como una opción válida (55, 0%) y no un error. Kreuz (en Navarro & Pereira, 2000) también comparte que las relaciones extramatrimoniales van en constante alza, sobre todo en la población femenina y que el cambio comportamental se relaciona con la disponibilidad de anticonceptivos eficaces, con el cambio del rol de la mujer y su integración progresiva en el mundo laboral. Con respecto al número de parejas que permanece unida con o después de una infidelidad, Eguiluz (2007) refiere que es alto, aunque lo que parezca más obvio es que durante la crisis, la pareja se separe.

Entendemos que el concepto de infidelidad varía según la cultura a la que se refiera; el significado y en consecuencia, la manera de afrontarla, varían de una persona a otra, según sean los recursos personales y los valores que se manejen alrededor de la relación de pareja. Por tanto, las diferentes culturas y parejas, tendrán sus propias ideas acerca de los significados que le atribuyen a la infidelidad.

Ahora bien, el tema de la infidelidad es tan importante, que es un motivo frecuente de consulta en el ámbito psicoterapéutico o aparece posteriormente como tema de reflexión en el transcurso de un tratamiento. Rizzato & Villanustre (en Contreras et al., 2010), señalan que la infidelidad junto a otros problemas de pareja, representan el 30% del total de las consultas en psicoterapia. Igualmente, Kreuz (en Navarro & Pereira, 2000) señala que cuando entra una pareja en la sala de terapia que lleva más de siete años de convivencia/matrimonio, existe una probabilidad de más de un 50% que uno de los dos, o los dos, hayan tenido relaciones extramatrimoniales.

Comprender sobre el tema de la infidelidad es prioritario entonces en el trabajo psicoterapéutico ya que además de su alta probabilidad, muchas veces implica un alto y doloroso impacto en la pareja. Es importante considerar que todo el mundo tiene sus creencias al respecto, y las creencias y juicios que se incorporan sobre la infidelidad, ejercen una influencia importante en el enfoque y la estrategia de abordaje de una pareja en crisis por infidelidad.

Un Enfoque que nos permite ampliar la mirada para la comprensión y el abordaje de la infidelidad en la relaciones de pareja es el Enfoque Integrativo Supraparadigmático (EIS). El presente estudio tiene como propósito describir, desde el EIS, las características psicológicas de pacientes que consultan por infidelidad en parejas estables. Una mayor comprensión de la temática, permitirá orientar las estrategias de intervención acorde a las necesidades de los involucrados y prever distintas alternativas de ayuda.

Infidelidad

Para hablar de infidelidad es necesario conocer cuáles son las premisas amorosas que subyacen en el contexto de la vida de relación en pareja, porque son éstas las que se rompen en una infidelidad. Siguiendo a Eguiluz (2007), entendemos que en el mundo íntimo y privado de la pareja, se hacen promesas y pactos mutuos que dan a la pareja la sensación de estabilidad y permanencia y con ello también la posibilidad de establecer un compromiso. Señala que quizás la promesa más importante que se hace a la pareja dentro de su compromiso sea la fidelidad. La fidelidad describe la necesidad de mantener vigentes promesas mutuas de amor, respeto y responsabilidad. En ese terreno donde se hacen las promesas de pertenencia, permanencia y fidelidad, la exclusividad, sexual y afectiva, se vuelve un prerrequisito para generar confianza. Así pues, la exclusividad se refiere a que la pareja tendrá un

espacio relacional privado, donde no puede ingresar nadie más. Al involucrarse alguno de los dos en una relación paralela de intimidad y compromiso con otra pareja, con la ruptura de la promesa de fidelidad, se resquebrajan las premisas básicas en la pareja. Es así que, cuando no hay una promesa de fidelidad, no se puede hablar de infidelidad. Para poder hablar de infidelidad es necesario que uno de los dos en la pareja rompa en secreto sus promesas de exclusividad en el terreno de intimidad de la pareja, para involucrarse afectiva y/o sexualmente con una tercera persona, rompa los votos de fidelidad que les llevaron a comprometerse como pareja sin el consentimiento del otro. En definitiva, el tema fundamental es la ruptura del contrato o acuerdo, implícito o explícito, en el cual uno de los dos miembros, tiene algún tipo de relación con una tercera persona. Cabe señalar que a veces los límites de qué es lo que se considera una infidelidad varían de persona a persona. Al romperse ese contrato entre los miembros de la pareja, los votos de confianza en que se cimentaba la pareja se rompen y la probabilidad que se detone una fuerte crisis personal y de la pareja es muy alta. La intensidad con que se vive la infidelidad y las consecuencias de ésta, dependerán de las particularidades de cada pareja, por tanto entendemos que son muchas las reacciones posibles frente a una infidelidad y que no todas las parejas son afectadas y heridas de la misma manera. Como mencionábamos, existen muchísimas y variadas razones (individuales, sociales, culturales) para llevar a cabo una infidelidad, son diversos los argumentos planteados por las personas infieles para justificar sus motivaciones.

Es relevante considerar que existen diferentes tipos y grados de infidelidad que tienen relación con la frecuencia, la duración, la inversión emocional en la infidelidad y la función que esa relación amorosa paralela pueda representar para el infiel o para ambos en la pareja. Por otro lado, a

nivel del ciclo vital señala Kreuz (en Navarro & Pereira, 2000), hay momentos clave para la aparición de relaciones extramatrimoniales en una pareja estable. Para identificar el tipo de infidelidad en la que alguien está o estuvo involucrado, es necesario conocer la historia, el curso y el desenlace de la infidelidad en caso de que la “aventura” haya terminado, y lo que se encontró o esperaba encontrar en ella. En relación al riesgo, hay infidelidades que se llevan a cabo con personas ajenas al círculo de la pareja; infidelidades que las personas tienen con profesionales que se dedican al sexo, y también infidelidades que tienen el agravante de realizarse con personas cercanas a la pareja, familiares o amigos íntimos o con alguien del mismo sexo.

Otro aspecto importante a considerar es el individual. Kreuz (en Navarro & Pereira, 2000) sugiere que las dinámicas implicadas en relaciones extramatrimoniales iniciadas bajo condiciones psicopatológicas asociados a comportamientos sexuales, son diferentes a otras relaciones extramatrimoniales y obligan a enfocar el problema de manera diferente. Ejemplo de ellos son la enfermedad de Pick o tumores cerebrales que conllevan un cambio brusco en el comportamiento sexual de la persona. Asimismo, considerar la fase maníaca en problemas bipolares y los “atracones sexuales” como consecuencia de abuso de cocaína. Incluir también lo que se ha descrito como comportamiento compulsivo de adicción sexual, que muchas veces está asociada a otros comportamientos adictivos.

Descubrimiento de la infidelidad

Una vez que la traición se descubre y confirma, el golpe que recibe el engañado ha sido comparado de manera metafórica con ser embestido de frente por un tren (Eguiluz, 2007). Abraham (1997) señala que el que ha permanecido fiel experimentará la sensación de ser aplastado por una avalancha de pérdidas, entre ellas la

pérdida de la identidad, autoestima, confianza, la dignidad, el sentido de propósito y dirección en la vida. Cambia todo el panorama de la vida como se conocía hasta entonces. El pasado se percibe falso, el presente doloroso y el futuro incierto. Cambia también la percepción de la pareja y de sí mismo (en Eguiluz, 2007). Las infidelidades generalmente se viven como fuertes traiciones. Algunas parejas son capaces de salir adelante solas, mitigando el sufrimiento y recuperando la confianza con el tiempo. Otras, logran una pseudo solución, continuando la relación pero abatidas por la desconfianza; y otras parejas deciden terminar la relación (Coddou & Méndez, 2002, en Contreras et al. 2010). Por su parte, Glass (en Butler, et al. 2008) refiere que la revelación de la infidelidad es a menudo seguida por una intensa perturbación emocional y marital y que acarrea comúnmente un profundo dolor y una experiencia de shock y aturdimiento, confusión y desorientación, ira, desesperación y depresión. Eguiluz (2007) señala que se desata una reacción en cadena de emociones mezcladas: incredulidad, ira, tristeza, desilusión, miedo, incertidumbre, confusión y desorientación en el tiempo y el espacio; se pierde el significado del pasado, el presente es insoportable y el porvenir se esfuma. Por otro lado, Anette Kreuz se refiere a las implicancias de una infidelidad enfatizando que “las relaciones extramatrimoniales constituyen un mecanismo comportamental que altera un complejo sistema de distancias en la pareja de los cónyuges, de los hijos, y de sus respectivas familias de origen” (en Navarro & Pereira, 2000, p. 155). Éstas implican diferentes sensaciones y sentimientos, como excitación, esperanza, deseo, pero también miedo, culpa, decepción y engaño.

Ahora, una vez que se descubre la infidelidad el infiel también enfrentará una crisis, pero Abrahams (1997, en Eguiluz, 2007) afirma que el efecto de su infidelidad nunca será tan estremecedor y profundo como lo es para la persona engañada.

Pese a los distintos motivos que llevan a una persona ser infiel, la confianza es una de las que más sale perjudicada después de que una infidelidad es descubierta. Los votos de confianza en que se cimentaba la pareja se rompen, la persona engañada tendrá dificultades en volver a confiar cuando no se cumplió con lo que tenían pactado, la ruptura del pacto explícito o implícito de exclusividad, se traduce en definitiva en la pérdida de la confianza en la pareja.

Por último no olvidemos que aunque siempre tienen como telón de fondo una relación de pareja, la infidelidad siempre es responsabilidad del que decide involucrarse en ella. La dinámica relacional de la pareja puede facilitar su aparición, pero la infidelidad puede aparecer también en pareja consideradas bien avenidas (Eguiluz, 2007).

MARCO METODOLÓGICO

Diseño de la investigación

El diseño de la investigación es un estudio exploratorio descriptivo transversal, que intenta describir las características de pacientes que consultan por infidelidad en parejas estables.

Universo

La población considerada en este estudio corresponde a pacientes atendidos en el Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa a quienes se le aplica una ficha de evaluación llamada FECl. Se trabajará con una población clínica, por tanto, no generalizable.

Muestra

La muestra es no probabilística e intencionada y queda conformada por 29 casos de pacientes en situación de infidelidad dentro de una relación de pareja estable, entre 27 y 60 años de edad, de

situación socio económica alta y que respondiera la Ficha de Evaluación Clínica Integral FECl. Quedan excluidos de la muestra pacientes con Trastorno Bipolar, Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

Instrumento de medición

Para la recopilación de datos se utilizará la Ficha de Evaluación Clínica Integral o FECl propio del Instituto de Psicoterapia Integrativa. Éste es un cuestionario de auto-reporte que busca evaluar integralmente a la persona, ya que comprende y abarca los seis paradigmas que integra el modelo Integrativo Supraparadigmático y al sistema Self.

Variables

• Sexo • Edad • Decisión de consultar • Severidad de los problemas • Causas atribuidas • Expectativas • Neuroticismo • Extroversión • Psicoticismo • Vulnerabilidad Biológica • Estrés • Educación sexual • Cantidad de parejas • Años de pareja • N° de hijos en común • N° de hijos en casa • Escala de Deseabilidad Social/Mentira • Asertividad • Escala de Satisfacción de Necesidades • Sub dimensión Satisfacción de necesidades • Repertorio de Conductas	• Estilo de Enfrentamiento • Nivel de Felicidad • Autoestima • Escala de síntomas de Depresión • Escala de síntomas de Ansiedad • Alexitimia • Tolerancia a la Frustración • Ansiedad Social • Autoimagen • Irracionalidad Cognitiva • Perfeccionismo • Autoeficacia • Sub dimensión Autoeficacia • Escala Satisfacción de Parejas • Sub dimensión Escala Satisfacción de Parejas • Costo energético de la relación • Relación simétrica-complementaria • Características personales y de la pareja • Umbral de satisfacción en la relación • Grado satisfacción de necesidades sexuales • Frecuencia de sus relaciones sexuales
---	--

Análisis de datos

El análisis de datos de la presente investigación se realizará a través de la prueba Chi cuadrado y Tabla de Contingencia. Se considerará nivel de significación $p < 0,05$.

Para el análisis de las Escalas del FECl se utilizará la prueba T-student para una muestra para analizar las diferencias significativas en

las medias de los puntajes. Se considerará un nivel de significación $p < 0,05$.

Se reportarán las tendencias a un nivel de significación de $p < 0,09$.

RESULTADOS

A continuación las variables que arrojaron resultados significativos para los “engañados e infieles”.

La muestra está compuesta por 29 casos en estado civil casados, 14 en situación “Engañados” y 15 en situación “Infieles”. Con respecto a la variable inespecífica “sexo”, se puede señalar que las mujeres “engañadas” presentan una diferencia significativamente mayor al porcentaje de hombres engañados. Además, es significativa la diferencia entre las mujeres engañadas e infieles, 78% y 40% respectivamente. La comparación del sexo masculino no presentó diferencia significativa.

Características por paradigma

Respecto al **Paradigma Biológico** se puede señalar como indicador significativo que el 64,3% de los engañados de la muestra de estudio se encuentra en un rango bajo de la escala FECI Vulnerabilidad Biológica. De igual manera ocurre con la escala Neuroticismo, que si bien no indica una característica significativa, si indica una tendencia a un rango bajo en los engañados.

Referente a las otras escalas FECI relacionadas con este paradigma, no evidencian resultados significativos ni tendencias.

En relación al **Paradigma Cognitivo** se puede indicar, con respecto a las causas atribuidas a los problemas, que un porcentaje significativo de los engañados y de los infieles de la muestra, 78,6% y 93% respectivamente, no atribuye como causa la infidelidad.

Acerca de las Expectativas, el 80% de los infieles de la muestra tiene como preferencia “cambiar uno mismo”. Con respecto a la Autoeficacia en el área sexual, 71% de los engañados y 66% de los infieles se consideran bastante capaces. Otros datos significativos los entregan las escalas Perfeccionismo e Irracionalidad Cognitiva del FECI. Un 73,3% de los infieles de la muestra presenta un Perfeccionismo bajo. Por otro lado, un 73,3% de los infieles presenta una baja Irracionalidad Cognitiva. Referente a las otras escalas FECI relacionadas con este paradigma, no evidencian resultados significativos ni tendencias.

En relación al **Paradigma Afectivo** el 60% de los infieles de la muestra presenta Alexitimia media como característica significativa. Acerca de la Autoestima, los resultaron arrojaron una tendencia a Autoestima alta en los infieles y engañados. Por otro lado, los infieles muestran una tendencia a la Felicidad media (relativamente felices) y Depresión y Ansiedad baja.

Referente a las otras escalas FECI relacionadas con este paradigma, no evidencian resultados significativos ni tendencias,

Con respecto al **Paradigma ambiental-conductual** podemos señalar que el 85,7% de los engañados y el 86,7% de los infieles presentan estresores.

Acerca de la cantidad de parejas, es significativo que los engañados de la muestra, 78,6%, han tenido pocas parejas a lo largo de su vida, lo que también difiere significativamente con los infieles, de los cuales sólo el 33,3% ha tenido pocas parejas.

Referente a la escala FECI Satisfacción de Necesidades de los infieles, se encuentra en un rango medio con un 66,7%, lo que es significativo; y con respecto a los engañados, específicamente en la necesidad de esparcimiento, se encuentra en

la muestra una satisfacción media, con un 64,3%. La satisfacción de la necesidad de compañía en los engañados muestra una tendencia alta. En relación a la escala FECI Asertividad, en los infieles se evidencia una tendencia hacia una alta asertividad.

Referente a las otras escalas FECI relacionadas con este paradigma, no evidencian resultados significativos ni tendencias.

Con respecto al **Paradigma Inconsciente**, el 60% de los infieles presenta Alexitimia media como característica significativa.

En relación al **Paradigma Sistémico** se evidencia baja Satisfacción de Pareja de los infieles de la muestra con un porcentaje significativo del 66,7% y en los engañados, una tendencia a una baja satisfacción de pareja. Específicamente en la satisfacción en el manejo de dificultades con la pareja, el 66,7% de los infieles presenta una satisfacción baja al igual que los engañados con un 78,6%. En los engañados, satisfacción baja también en la variable fidelidad, con un 85,7%, y en la variable comunicación, con un 71,4%. Otra característica significativa es la satisfacción en la capacidad de entretenimiento, donde el 60% de los infieles presenta una satisfacción media. Como tendencia en la comunicación, vida sexual y fidelidad los infieles presentan una baja satisfacción.

Por otro lado, como tendencia se evidencia que los infieles exhiben un alto costo energético en su relación de pareja. Acerca de la simetría o complementariedad de las características psicológicas de los miembros de la pareja, el 92,9% de los engañados y 93,3% de los infieles evidencian una relación complementaria.

En cuanto a las características y la valía que el paciente atribuye sobre sí mismo en relación a la pareja, encontramos en los engañados: poco agresivo, poco celoso y poco infiel, como características significativas. En los infieles poco

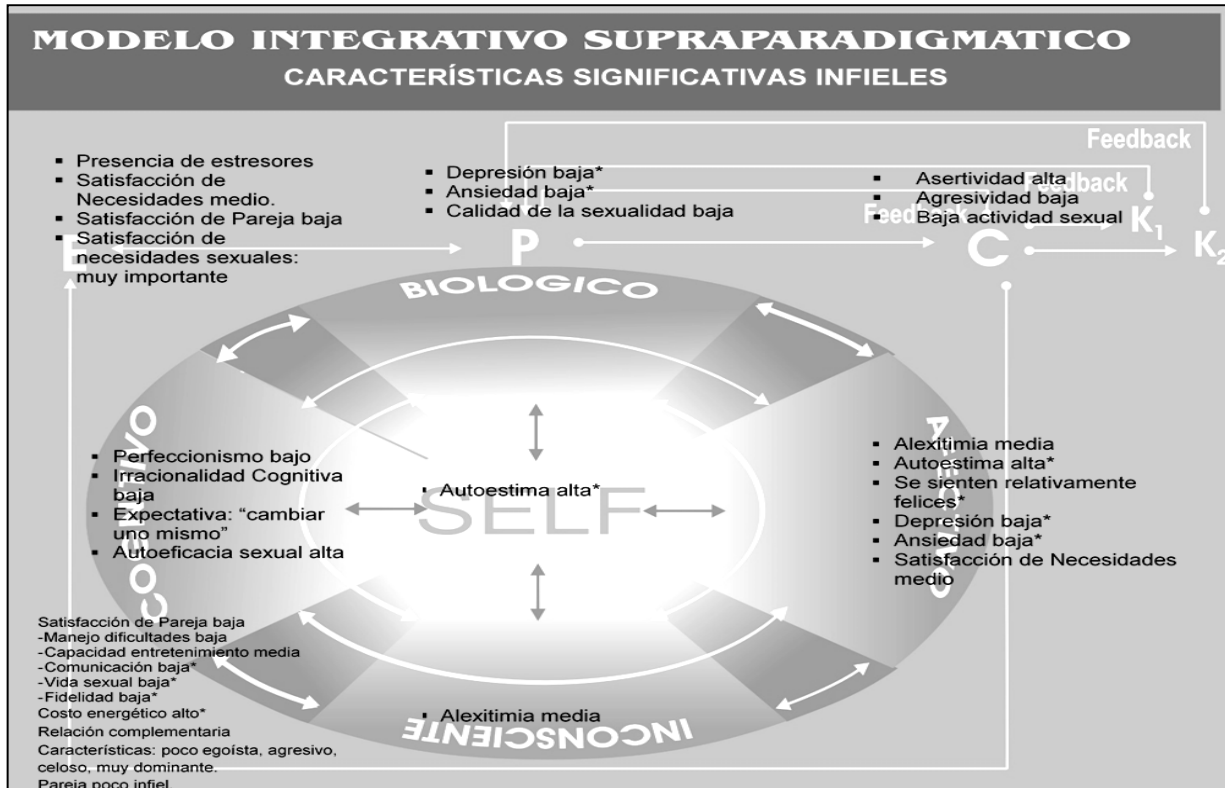
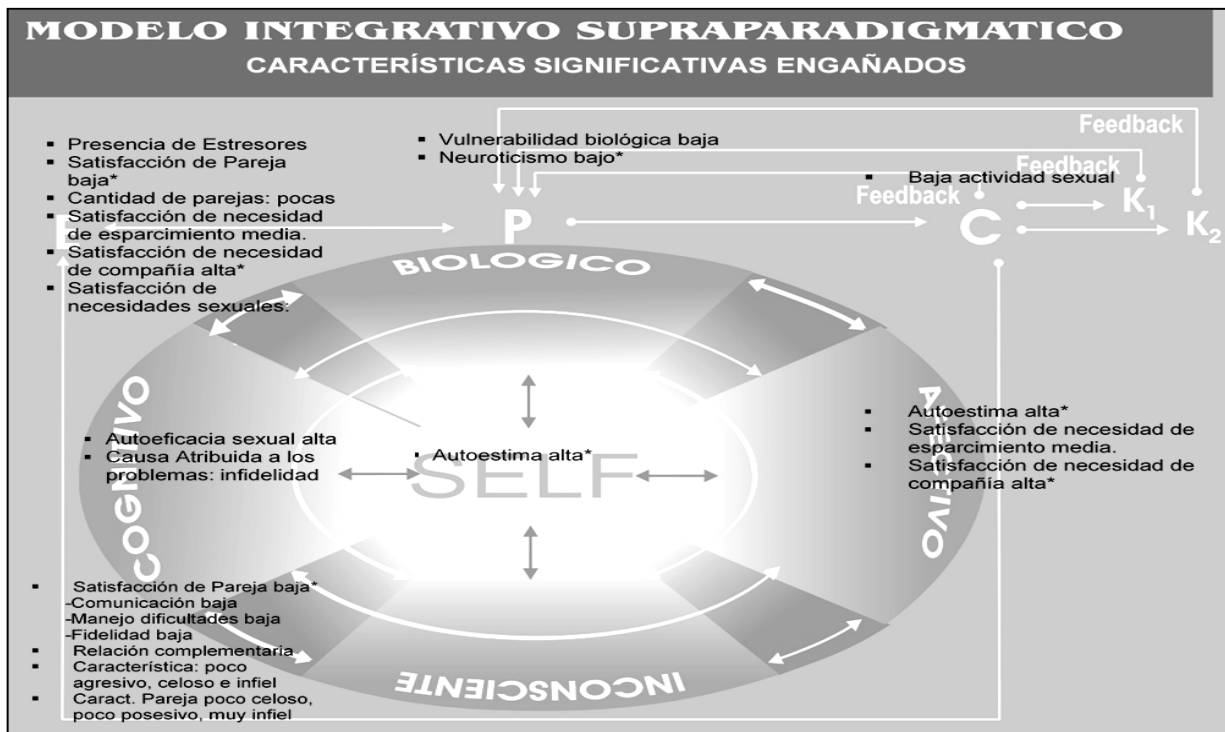
egoísta, muy dominante, poco agresivo y poco celoso. Ahora, se evidencia una tendencia de los infieles a considerar a su pareja muy celosa, lo que difiere de la atribución que hacen los engañados sobre sí mismos.

Con respecto a las características y la valía que el paciente atribuye sobre su pareja evidenciamos en los engañados: pareja poco celosa, poco posesiva, muy infiel; y en los infieles: pareja poco infiel. Además se encontró una diferencia significativa en la comparación entre engañados e infieles de la característica celoso su pareja, donde el 85,7% de los engañados y sólo un 13,3% de los infieles considera a su pareja poco celoso. Asimismo ocurre con la característica infiel, donde el 78,6% de los engañados y sólo el 20% de los infieles consideran a su pareja muy infiel. Igualmente, la comparación de la característica infidelidad pero atribuida sobre sí mismo, evidencia diferencia significativa, ya que el 100% de los engañados se considera poco infiel, y de los infieles sólo un 21,4 %.

Por último, acerca de la satisfacción sexual actual de los pacientes de la muestra, el 85,7% de los engañados y el 73,3% de los infieles consideran muy importante la satisfacción de sus necesidades sexuales y con respecto a los engañados, una tendencia del 42,9% que declara una frecuencia actual de relaciones sexuales de una vez a la semana o menos y otro 42,9% que declara que no tiene relaciones sexuales.

Las variables analizadas del Sistema Self – Autoimagen, Autoestima, Autoeficacia, Estilo de enfrentamiento – no arrojaron resultados significativos, pero si una tendencia a una Autoestima alta en los infieles y engañados

A continuación se presentan las características significativas de los engañados y los infieles:



DISCUSIÓN y CONCLUSIONES

Diferentes variables caracterizan a pacientes en situación de infidelidad. A partir de los resultados obtenidos, se puede señalar en primer lugar que dentro de las características psicológicas significativas desde el Enfoque Integrativo Supraparadigmático encontramos la variable “sexo”, donde la gran mayoría de “engañado/as” son mujeres, diferencia significativamente mayor al porcentaje de hombres; y bien entendemos que esta diferencia puede estar influida por diferentes factores sociales y culturales en relación a la desigualdad en el rol y posición de la mujer con respecto al hombre.

Con respecto a las características por paradigma, los “engañados” en el paradigma Biológico presentan baja Vulnerabilidad Biológica y una tendencia a un bajo Neuroticismo. En el paradigma Cognitivo se consideran bastante capaces en la Autoeficacia sexual y en el Paradigma Afectivo, se evidencia una tendencia a una Autoestima alta a pesar de que autores refieran lo contrario, como Eguiluz (2007) y Abraham (1997 en Eguiluz 2007).

Es llamativo que en los engañados no se evidencie como característica significativa la Depresión, ya que como mencionábamos, algunos autores refieren que el descubrimiento de la infidelidad puede provocar una intensa perturbación emocional, un profundo dolor y un decaimiento del sentimiento del valor personal. Glass (en Butler, et al., 2008) refiere incluso que puede implicar una experiencia de shock y aturdimiento, confusión y desorientación, ira, desesperación y depresión en el que ha permanecido fiel. Recién nos referíamos a Eguiluz que también hace mención a estados depresivos e inhibición o disminución de las funciones psíquicas luego de descubierta una infidelidad. Ahora debemos considerar también que en muchos casos

la infidelidad puede ser develada antes de la consulta psicológica, por lo cual en los consultantes ya habría cierto procesamiento de lo sucedido con el que llegan a la terapia de pareja.

Asimismo ocurre con la Autoimagen: los puntajes de los engañados tienden a fluctuar mayormente en los rangos medios y altos, lo que nos incita a descartar que la valoración que hacen de sí mismos es negativa, a pesar de los estragos causados por el engaño que ciertamente podría haber influido en el concepto de sí mismos.

En el paradigma Ambiental-Conductual los engañados presentan estresores, es decir, situaciones perturbadoras el último año. Al respecto Almonacid (2005), señala que la presencia de factores de riesgo para la relación marital tanto interno (en el sujeto) como externos (en el ambiente), impiden la resolución efectivas de las demandas (estresores) personales y de la pareja, favoreciendo incluso la presencia de nuevos estresores.

En relación a este mismo paradigma, los engañados han tenido pocas parejas a lo largo de su vida.

En el paradigma Sistémico, tendencia a una baja Satisfacción de Pareja. Esta escala es un indicador o barómetro emocional, que señala al sujeto que algo no está funcionando en la interacción de pareja de acuerdo a lo que éste cognitivamente desea o cree, en relación a los elementos conductuales y emocionales intercambiados a lo largo de la relación en el enfrentamiento conjunto de las demandas ambientales (Almonacid, 2005). Por tanto existiría en la muestra una baja percepción de bienestar y realización en la pareja, en base a las necesidades de intimidad, compañía, proyección y desarrollo (Bejer, 2010). Ahora, específicamente en la satisfacción en el manejo de dificultades con la pareja, fidelidad y comunicación presentan una baja satisfacción. Predominan significativamente

las relaciones complementarias y en cuanto a las características y la valía que el paciente atribuye sobre sí mismo en relación a la pareja, encontramos poco agresivo, celoso e infiel. Con respecto a las características y la valía que el paciente atribuye sobre su pareja: poco celosa y posesiva y muy infiel, y por último, una tendencia a una baja frecuencia actual de relaciones sexuales.

Cabe mencionar que un porcentaje significativo de engañados e infieles consideran muy importante la satisfacción de sus necesidades sexuales, sin embargo los resultados arrojaron una tendencia hacia una baja satisfacción en el área sexual de los engañados y de los infieles. Esto concuerda con los planteamientos de Campo y Linares (2002, en Contreras, et al. 2010) que refieren acerca de una infidelidad centrada en la relación sexual, donde la motivación fundamental para iniciar una aventura, es la insatisfacción sexual con la pareja estable. También concuerda con Kreuz (en Navarro & Pereira, 2000), quien señala que las razones más frecuentes para iniciar y mantener una infidelidad es un nivel de enfado considerable hacia el cónyuge por falta de una respuesta positiva a demandas sexuales y/o emocionales. Planteamientos similares con respecto a esta insatisfacción, son los de Reibstein y Richards (1993, en Scheinkman, 2005), Manrique (2001, en Eguiluz, 2007) y Runte (2003).

Con respecto a los “infieles”, en el paradigma Cognitivo exhiben bajos niveles de Perfeccionismo e Irracionalidad Cognitiva. Como Expectativas presentan “cambiar uno mismo”. Por lo tanto, un gran porcentaje espera lograr cambios propios lo que da cuenta de que los infieles atribuyen problemas propios relevantes de modificar para obtener resultados deseados de acuerdo a sus expectativas en la terapia. Recordemos que desde el EIS un norte para la satisfacción en pareja es caminar hacia un cambio de óptica, que implica pasar de preguntarnos ¿en qué estás fallando tú? a preguntarnos ¿en qué estoy fallando yo? Este cambio posibilita actuar constructivamente en la

superación de las dificultades y en la construcción de una vida de pareja satisfactoria (Nitshe, 2010). Una pareja satisfecha y desarrollada, buscará ver cómo aportar desde la propia conducta al bienestar y buen funcionamiento de la pareja.

Por otro lado se consideran bastante capaces en la Autoeficacia sexual. En el paradigma Afectivo, Alexitimia media y como tendencia Autoestima alta. Según Abrahams (1997, en Eguiluz 2007) la autoestima del infiel crece con la conquista del amante, ya que se siente deseado por dos y tal vez la aventura le aporte la percepción de un mayor control sobre su vida, la sensación de contar con más poder y opciones de los que solía tener antes.

Felicidad media y bajos índices de Depresión y Ansiedad. En el paradigma Ambiental-Conductual, al igual que engañados presentan estresores y Satisfacción de Necesidades en niveles medios. En relación a la Asertividad, en los infieles se evidencia una tendencia hacia una alta asertividad, lo que indicaría por tanto alta capacidad con que el sujeto expresa lo que piensa y siente en el momento adecuado, a la persona correcta y de la forma adecuada; de defender con decisión y firmeza sus derechos sin atropellar los derechos de los demás (Opazo, 2004 citado en Bejer, 2010). Si pensamos que una persona asertiva se expresa de forma adecuada y sin atropellar los derechos de los demás, los infieles no lo serían, pues con su traición generalmente causa al engañado una intensa perturbación emocional y un profundo dolor. Así también el infiel suele tachar de celos infundados muchas de las sospechas del engañado acerca de la infidelidad, y como refiere Eguiluz (2007), tener la certeza de que la pareja está siendo infiel no resulta fácil porque el infiel desarrolla muchas veces una gran capacidad para mentir y negar.

En el paradigma Sistémico, bajos índices de Satisfacción de Pareja. Específicamente en el manejo de dificultades con la pareja y en la capacidad de entretenimiento, presentan una satisfacción baja y media respectivamente;

asimismo, una tendencia a una baja satisfacción en la comunicación, vida sexual y fidelidad y un alto costo energético en la relación de pareja, lo que implica grandes esfuerzos para funcionar bien en la relación. Predominan significativamente las relaciones complementarias, tanto en engañados como en infieles. En una pareja ambos miembros presentarán variables inespecíficas distintas, aunque puedan coincidir en algunos aspectos. La semejanza o disimilitud en estas variables será mayor o menor en cada pareja. En relación a las variables es muy importante identificar su nivel de simetría o complementariedad, es decir, el grado de similitud o diferencia que existe entre los miembros de la pareja, ya sea en lo físico, nivel intelectual, nivel de cultura, de capacidad afectiva, de estilo afectivo, rasgos de personalidad, etc., y también es relevante con respecto a esto identificar si existe flexibilidad o rigidez, que tiene que ver con el grado de calce que existe entre las variables individuales de cada miembro de la pareja. Por lo tanto, en nuestra muestra cabría el lema “los polos opuestos se atraen”, pero sin embargo, exhiben un alto costo energético, lo que nos haría dudar entonces acerca de un elevado grado de calce entre las variables de cada miembro.

En cuanto a las características y la valía que el paciente atribuye sobre sí mismo en relación a la pareja, encontramos: poco egoísta, agresivo y celoso y muy dominante. Resulta interesante que los infieles efectivamente han engañados a sus parejas y a pesar de ello, no se evidencia un porcentaje significativo en el rango “muy infiel”, por tanto, los infieles de la muestra han traicionado a su pareja con un amante, pero no necesariamente se catalogan o consideran infieles. Con respecto a las características y la valía que el paciente atribuye sobre su pareja: poco infiel y como tendencia muy celosa.

Por último decíamos que engañados e infieles consideran muy importante la satisfacción de sus necesidades sexuales. Con respecto a los planteamientos de Reibstein y Richards (1993, en

Scheinkman, 2005) en relación a la disminución de la actividad sexual en el tiempo en las relaciones a largo plazo, los resultados no arrojaron porcentajes significativos pero si tendencia a un porcentaje que declara una frecuencia actual de una vez a la semana o menos y otro que declara que no tiene relaciones sexuales. Los autores recién citados señalan que en las relaciones duraderas, el sexo es a menudo más interesante y atractivo con nuevos individuos, y Manrique (2001, en Eguiluz, 2007) opina que la excesiva proximidad, con acceso fácil al sexo y a la interacción permanente, lleva a la desaparición del deseo y al declive de la relación amorosa, lo que explicaría en parte las relaciones triangulares. Johnson (2008) por su parte, señala que una infidelidad puede limitar gravemente la confianza y la intimidad.

Estas características psicológicas con respecto a los engañados e infieles, serán relevantes de considerar dentro de una terapia de pareja. Sin embargo, debemos tener en cuenta que en este estudio no se analizaron todas las variables involucradas en una situación de infidelidad, como las características y tipo de infidelidad donde la gravedad e implicancias son diferentes, tampoco se incluyó al estrato socio económico bajo, sujetos sin estudios básicos ni medios y parejas homosexuales, por ende, no es posible hacer generalizaciones con los resultados obtenidos. Pese a ello, si la pareja decidiera continuar junta, incorporar estas variables psicológicas en el tratamiento permitirá propiciar un mejor manejo de dificultades y resolución efectivas de demandas en la pareja, favorecer el desarrollo de habilidades de comunicación, aumentar las instancias de disfrute en pareja y satisfacción en el área sexual, disminuir las situaciones perturbadoras dentro de la relación que pudieran ser un factor de riesgo para la pareja, facilitar el desarrollo de las capacidades de negociación y logro de acuerdos y así disminuir también el costo energético, lo que facilitará lograr un aumento en el bienestar, buen funcionamiento y vida de pareja satisfactoria. Por

tanto, el valor de los resultados obtenidos se basa en evidenciar la necesidad de incorporar estas variables, de manera tal que permitan sumar fuerzas de cambio desde los distintos paradigmas para así aportar a la disminución de los conflictos, a la reparación de los daños y restablecimiento de la confianza y con ello aumentar también la satisfacción de pareja.

En la terapia de pareja, es importante sanar las heridas de la infidelidad y ayudar a la pareja a enfrentar y superar la crisis independientemente si se separa o sigue junta. La infidelidad produce distintos efectos ya que cada situación de infidelidad es particular y única. Hay muchas reacciones posibles y maneras de enfrentar los problemas en una relación. Por tanto, es fundamental conocer las diferentes características y matices de la infidelidad para entender lo que están viviendo los involucrados tanto individualmente como en pareja, y orientar las estrategias de intervención acorde a las necesidades de los pacientes para que la terapia pueda realmente ser una ayuda. Además es relevante tener en cuenta que en todo proceso terapéutico las dificultades en las diferentes funciones del Self Diádico también deben ser consideradas para la comprensión de las consecuencias de una infidelidad así como la influencia de los paradigmas en los problemas de pareja y las dificultades que cada uno de sus miembros pueda presentar individualmente. Así por ejemplo, el que la función de significación esté o no alterada en los miembros de la pareja, influirá en los significados y valor atribuido a la infidelidad. Asimismo, el estado en el que se encuentre el sistema pareja al momento de ser perturbado por una infidelidad, influirá en la capacidad de la pareja para adaptarse y superar el conflicto. Lo bien consolidado que se encuentre y un buen funcionamiento de las funciones del Self Diádico, determinará en gran parte el éxito o fracaso en la superación o elaboración de los problemas. Cuando se analizan las dinámicas y el

funcionamiento de pareja desde el EIS, se hace necesario un análisis de lo que cada subsistema, o el Self de cada pareja, aporta a la relación.

Por último, es importante tener en cuenta que a veces la revelación de una infidelidad es destructiva y, siguiendo a Abrams Spring (1996, en Scheinkman, 2005) puede conducir a la desesperación inconsolable, la ruptura de la relación, la violencia y en casos extremos la muerte por suicidio u homicidio. También hay quienes prefieren vivir con la sospecha de la infidelidad, antes que enfrentar a su pareja con la confirmación y las consecuencias que implica.

En suma la intensidad con que se vive la infidelidad y las consecuencias de ésta, dependerán de las particularidades de cada pareja, pero también existen características significativas comunes tanto en infieles como en engañados importantes de considerar en una psicoterapia. Por tanto entendemos que son muchas las reacciones posibles frente a una infidelidad y que no todas las parejas son afectadas y heridas de la misma manera. Por ello es crucial comprender y adecuarse a cada pareja en particular a la hora de intervenir. La terapia de pareja desde el EIS posee ciertas características específicas, incluyendo estrategias y técnicas, y una de las características esenciales tiene que ver con la flexibilidad con que se trabaja con cada pareja, en el sentido de que no se impondrán pautas rígidas de acción, sino que por el contrario, el terapeuta deberá adaptar la terapia, según las características idiosincráticas de cada pareja, interviniendo siempre en timing y con las herramientas adecuadas para cada caso particular.

REFERENCIAS

Almonacid, V. (2005) Relación de la Satisfacción Marital con las variables de las escalas cuantitativas de la Ficha de Evaluación Clínica Integral (FECI). Tesis Magíster UAI-ICPSI, Santiago, Chile.

- Bagladi, V. (2003).** Variables Inespecíficas en Psicoterapia y Psicoterapia Integrativa. Tesis para optar al grado de doctor en psicología, Universidad Nacional de San Luis. San Luis, Argentina.
- Bagladi, V. (2004).** Trastornos de personalidad y Psicoterapia Integrativa. En Opazo, R. y Fernández-Álvarez, H., La integración en psicoterapia: Manual práctico. Barcelona: Paidós.
- Bagladi, V., Opazo, R. (2006).** La etiopatogenia de los trastornos de personalidad desde la Psicoterapia Integrativa en Aportes en psicología clínica: Psicoterapia Integrativa, Vol. II. (pp. 41-75). Santiago de Chile: Universidad Adolfo Ibáñez.
- Bagladi, V. (2009).** Una aproximación clínica al bienestar humano. Actualizaciones en Psicoterapia Integrativa, Vol. I
- Bagladi, V. (2010).** Enfoque Integrativo Supraparadigmático, (E. I. S.). Rev.AcPIVol. II, 143 – 177.
- Bagladi, V., Opazo, R. (2012).** Psicoterapia Integrativa: Ventajas Comparativas. Material presentado en clases del Magister en Psicoterapia Integrativa en el Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa, Santiago, Chile.
- Bagladi, V. (2013).** Enfoque Integrativo Supraparadigmático y Psicoterapia de Pareja. Material presentado en clases del Magister en Psicoterapia Integrativa en el Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa, Santiago, Chile.
- Beck, A. (1990).** Con el amor no basta. Editorial Paidós, Barcelona.
- Bejer, T. (2010).** Ficha de Evaluación Clínica Integral (FECI): características, validez y confiabilidad de las escalas Clínicas. Artículo publicado en Revista Actualizaciones en Psicoterapias Integrativa (AcPI). Vol. 2. Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa. Santiago, Chile.
- Butler, M., Seedall, R. & Harper, J. (2008).** Facilitated Disclosure Versus Clinical Accommodation of Infidelity Secrets: An Early Pivot Point in Couple Therapy. Part 2: Therapy Ethics, Pragmatics, and Protocol. En The American Journal of Family Therapy, 36:265–283.
- Camacho, J. (2004)** Fidelidad e Infidelidad en las relaciones de pareja, nuevas respuestas a viejos interrogantes. Editorial Dunken, Buenos Aires.
- Campo, C. & Linares, J.L. (2002).** Sobrevivir a la pareja: problemas y soluciones. Editorial Planeta, Barcelona.
- Canto, J. García, P. Gómez, L. (2009).** Celos y emociones: Factores de la relación de pareja en la reacción ante la infidelidad. Universidad de Málaga.
- Capponi, R. (2005).** El amor después del amor. Santiago de Chile: Grijalbo.
- Centro de estudios de opinión ciudadana (2011).** La infidelidad femenina. Universidad de Talca, Chile.
- Coddou, F. & Méndez, C. (2002).** La aventura de ser pareja: Editorial Grijalbo S.A.
- Contreras, P., Guzmán, M., Alfaro, C., Arraya, C. & Jiménez, P. (2010)** Significados asociados a la infidelidad en estudiantes universitarios con estilos de apego seguro e inseguro. Extraído el 28 de octubre, 2013, de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4017489>
- Coria, C. (2001).** El amor no es como nos contaron... ni como lo intentamos. Editorial Paidós, Buenos Aires.
- Eguiluz L. Lourdes. (2007)** El paso de la muerte en la pareja: de la fidelidad a la infidelidad. En "Entendiendo la Pareja" .Cap. 6, Editorial Pax México.
- García-Leiva, P Canto, J. Gómez, L. (2001).** Reacción de celos ante una infidelidad: diferencias entre hombres y mujeres y características del rival. Psicothema.
- Johnson S. (2008).** Práctica de la Terapia Matrimonial Concentrada Emocionalmente. Routledge. Nueva York.
- Lydynia, S. (Comp.), (2007)** Infidelidades en la pareja: amor, fantasmas, verdades, secretos. Editorial Lugar, Buenos Aires.
- Molina M.E, Tapia L. (2012).**Temporalidad e incertidumbre en las dinámicas de pareja. Revista de Familias y Terapias, 21:33, 105-120
- Morales, M., Cabrera, F. (1998).** Infidelidad en la pareja: Ni víctimas, ni culpables. Una perspectiva sistémica. [Versión electrónica]Universidad de Chile, Chile.
- Morales, S., Santelices, M. Rosenzvaig, R. (2008).** Amor y desamor en la pareja. Santiago: Editorial Catalonia Ltda.
- Navarro, J. & Pereira, J. (2000)** La infidelidad en la pareja. En "Parejas en situaciones espaciales". Editorial Paidós, Barcelona.
- Navia, M. (2013)** Asertividad y Satisfacción en la relación de Pareja en una muestra de asistentes a cursos de preparación matrimonial en la Iglesia María Auxiliadora De Santa Cruz De La Sierra-Bolivia. Tesis Magíster Universidad Andina Simón Bolívar-ICPSI, Santa Cruz De La Sierra, Bolivia.
- Nitshe, M. (2010)** Psicoterapia Integrativa en parejas desde el Enfoque Integrativo Supraparadigmático. Tesis Magíster UAI-ICPSI, Santiago, Chile.
- Opazo, R. (1992a).** Fuerzas de cambio en psicoterapia: Un modelo integrativo. En R. Opazo (Ed.), Integración en Psicoterapia. Santiago: Ediciones CECIDEP.
- Opazo, R. (1992b).** Postulados Básicos de una Psicoterapia Integrativa. En Revista Argentina de Clínica Psicológica. Vol. I N° 2.

Opazo, R. (2001). Psicoterapia Integrativa: Delimitación clínica. Santiago de Chile: Ediciones ICPSI.

Opazo, R. (2004a). Psicoterapia Integrativa y Desarrollo Personal. En Opazo, R. y Fernández-Álvarez, H., La integración en psicoterapia: Manual práctico. Barcelona: Paidós.

Otálora, C. Mora, L. (2003). La familia popular venezolana: el significado de la infidelidad en el contexto de la pobreza. Centro de estudios del desarrollo, Venezuela.

Roizblatt, A. (2005) Terapia familiar y de pareja. Editorial Mediterráneo, Santiago Bueno Aires.

Romo, J. (2008). Estudiantes universitarios y sus relaciones de pareja. Revista mexicana de investigación educativa. México.

Runte, G. (2003). ¿Por qué somos infieles las mujeres? Editorial Gedisa, Barcelona.

Scheinkman, M. (2005). "Beyond the Trauma of Betrayal: Reconsidering Affairs in Couples Therapy," Family Process, Vol. 44, No. 2. Editor Jay Lebow.

Vanegas, J. (2001) La dinámica vincular celos-infidelidad. En Pensamiento Psicológico, Volumen 9, No. 17. Extraído el 28 de octubre, 2013, de <http://www.redalyc.org/pdf/801/80122596008.pdf>

Desafíos y Respuestas al Tratamiento de Consultantes en Salud Mental: Un estudio preliminar de resultados en Psicoterapia Integrativa EIS.

Ps. Verónica Bagladi L. PhD. *

Ps. Texia Bejer T. Mg. *

Summary

Within the context of the high psychiatric and psychological demand that exist in Chile, addressed to governmental and private institutions; the evaluation of psychotherapy processes is necessary, to optimize time and resources to promote mental health, and optimize our clinical work. The present study provides a preliminary approach about the problems of our consultants, and about the indicators of change in Integrative Psychotherapy, EIS. The study used a sample of patients treated in the clinics of the Chilean Institute of Integrative Psychotherapy. Presents descriptive results of 1648 patients, treated in our institute, and that answered the questionnaire OQ-45. We also present a comparative analysis including a subsample of 59 patients who answered the questionnaire in two occasions; at the beginning of the psychotherapy process and on a second occasion, between 10 and 18 sessions ($X=12.5$ sessions). The results provide promising preliminary data about our contribution to the necessities of our consultants, and about the results of the Integrative Psychotherapy EIS.

Key words: *Integrative Psychotherapy (EIS), Mental Health, Assessment in Psychotherapy, OQ-45.*

Resumen

Dentro del contexto de la alta demanda, de atención psiquiátrica y psicológica, existente en Chile, dirigida a organismos gubernamentales y privados. La evaluación de los procesos de psicoterapia se hace necesaria. Como una forma de optimizar tanto los tiempos como los recursos, para promover la salud mental y optimizar nuestro accionar clínico. El presente estudio busca entregar una aproximación preliminar a las problemáticas de nuestros consultantes, y a indicadores de cambio en Psicoterapia Integrativa, EIS. Se estudió una muestra de pacientes atendidos en los consultorios del Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa. Se presentan los resultados de un estudio descriptivo con 1648 pacientes atendidos en los consultorios, que respondieron el cuestionario OQ-45; realizándose además un análisis comparativo con una submuestra de 59 pacientes, que respondieron el cuestionario en dos ocasiones, al inicio del proceso de psicoterapia y en una segunda ocasión, entre las sesiones 10 y 18 ($X=12,5$ sesiones). Los resultados aportan datos preliminares promisorios en cuanto nuestra contribución ante las necesidades de nuestros consultantes, y en relación a los resultados de la Psicoterapia Integrativa EIS.

Palabras claves: *Psicoterapia Integrativa EIS, Salud Mental, Evaluación en psicoterapia, OQ-45*

AcPI, 7: 123-131.

* Psicóloga Pontificia Universidad Católica de Chile. PhD en Psicología Clínica Universidad Nacional de San Luis, Argentina, Subdirectora Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa. Marchant Pereira 446, Providencia, Santiago 8320000, Chile. E-mail: icpsi@icpsi.cl

* Psicóloga Universidad de la República. Mg© en Psicología Clínica Universidad Adolfo Ibáñez. Postítulo en Psicoterapia Integrativa en Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa. Profesor Universidad Santo Tomás. E-mail: icpsi@icpsi.cl. texiabejer@santotomas.cl

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) nos indica que, cinco de los diez trastornos más incapacitantes son de naturaleza psiquiátrica (depresión unipolar, abuso de alcohol, trastornos maniaco-depresivos, esquizofrenia y trastornos obsesivo-compulsivos); plantea que la carga mundial de depresión y otros trastornos mentales va en aumento, estimando que para el 2020 este tipo de enfermedades serán la segunda causa de incapacidad en el mundo, si es que no comienzan a aplicarse los tratamientos adecuados. Consignando, además que la mayoría de las personas que padecen este tipo de trastornos no reciben la atención que requieren. Por su parte, Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), en base al análisis de nueve países miembros y trabajos realizados desde 2012, sostiene que una quinta parte de las personas en edad de trabajar sufre una enfermedad mental. En base a estos alarmantes indicadores, la 66 Asamblea Mundial de la Salud (AMS) adoptó el Plan de Acción para la Salud Mental 2013-2020, con el objetivo de luchar contra las enfermedades mentales y que las personas afectadas cuenten con servicios adecuados; buscando que los países den respuestas integrales y coordinadas a los problemas de salud mental (U.S.S., 2015).

SALUD MENTAL EN CHILE

En Chile, de acuerdo a lo informado por el Ministerio de Salud (MINSAL) en la Encuesta Nacional de 2010, la prevalencia de síntomas depresivos en la población mayor de 15 años es de 17,2%. El mismo informe revela que en nuestro país 2 de cada 10 personas han presentado síntomas depresivos a lo largo de un año y, de éstos, aproximadamente el 30% corresponde a mujeres entre 45-64 años, el 11% a hombres entre 25-44 años y que el 21% se

concentra en hombres y mujeres con un bajo nivel educacional. Así las cosas, el área de salud mental acumula más de la mitad de las consultas en atención primaria, sin embargo el Gobierno destina sólo cerca de un 2% del presupuesto de salud para abordar este tipo de patologías pese a que la OMS recomienda como mínimo destinar el 5% (U.S.S., 2015)

Según nos indican (Jiménez Radiszcz, 2012), en Chile nos encontramos en un proceso de transición epidemiológica propio de los países en desarrollo. En nuestro país una de cada tres personas sufre problemas de salud mental en algún momento de su vida. Santiago encabeza las capitales con mayor número de trastornos ansiosos y depresivos en el mundo. Por otra parte, Chile es el país de la OCDE donde más ha aumentado la tasa de suicidio –sólo después de Corea del Sur–, observándose durante los últimos años un aumento significativo de patologías mentales en niños, jóvenes y adultos jóvenes; unido al hecho de que, la mayor prevalencia de desórdenes emocionales y del comportamiento ha provocado parte importante del aumento en la cantidad de licencias médicas en nuestro país; ejemplo de ello es que, a partir del año 2008, los problemas psicológicos se convirtieron en la primera causa de incapacidad transitoria entre los beneficiarios del sistema público de salud. No resulta extraño, entonces, que se ha producido una mayor demanda de atención psicológica y psiquiátrica (una de cada tres consultas en todo el servicio público de Santiago estaría dada por trastornos ansioso-depresivos). Si se estima que en los países desarrollados, los costos asociados a los trastornos mentales van entre un 3% a 4% del PIB; es muy significativo que en Chile el costo que representan las pérdidas de productividad por los años de vida saludables perdidos (AVISA), los trastornos neuropsiquiátricos contribuyen con el 31%, siendo uno de los índices más altos en el mundo. Si bien es cierto que la última Reforma de Salud en Chile (2005), con su ley emblemática de Garantías Explícitas en Salud (GES, más conocida

como AUGE), incorporó gradualmente la cobertura de problemas de salud mental, existen trastornos psicológicos de alta prevalencia que no han sido incorporados en el plan AUGE, y la inversión realizada no ha sido suficiente para disminuir la prevalencia de enfermedades mentales en Chile (incluso de aquellas que sí están cubiertas (antes del AUGE la prevalencia de síntomas depresivos en la población era de 17,5% (2003) y en 2009 era de 17,2%).

Por su parte el sector privado, tampoco está siendo capaz de responder a las necesidades de nuestra población. Si bien es cierto que, junto con la incorporación de mayores prestaciones en salud mental, un usuario de la red pública deberá esperar en promedio 43,7 días para recibir atención especializada, en la red privada su espera será sólo 14,4 días, la respuesta es aún muy insuficiente. Es así que, por ejemplo, en la cobertura de los planes que ofrecen las ISAPRES a las enfermedades mentales -según información de la Superintendencia de Salud-, los seguros privados costearon sólo un 28,5% de las consultas psiquiátricas el año 2014. De este modo, un creciente grupo de pacientes, particularmente los más graves, han ido perdiendo la posibilidad de acceder a tratamientos más complejos, ya sea por restricciones de las "canastas" que las instituciones privadas ofrecen o porque no cumplen los requisitos para acceder por el tiempo de evolución. También, tanto a nivel privado como público, se ha dado un creciente aumento de atenciones brindadas por profesionales no especialistas, en muchos casos sin preparación específica para salud mental (Jiménez Radiszcz, 2012).

Estas restricciones al gasto por parte de las aseguradoras, se basarían en la premisa de que las patologías psiquiátricas en su conjunto son de carácter crónico y/o con mal pronóstico. La evidencia dice lo contrario; las enfermedades psiquiátricas más comunes responden muy

favorablemente al tratamiento -incluso mejor que en varias otras especialidades de la medicina- y un abordaje precoz puede incluso evitar la progresión y la recurrencia de los episodios (Arévalo, 2015).

Es en este mismo sentido que Jiménez Radiszcz (2012) nos plantean la importancia de enfocarnos en estas problemáticas de salud mental en Chile, puntualizando que, hoy los tratamientos psiquiátricos y psicoterapéuticos son costo-efectivos e, incluso, costo-eficientes.

Los puntos anteriormente desarrollados se relacionan fuertemente con lo ya manifestado en el 2014 en las conclusiones del documento sobre el Rol Psicólogo en la Salud Nacional elaborado por el Colegio de Psicólogos de Chile, la Sociedad Chilena de Psicología Clínica y la Comisión Nacional de Acreditación de Psicólogos Clínicos (documento que sirvió de insumo para el Informe de la Comisión de Trabajo MINSAL de Marzo del 2005), a saber: 1.- la importancia de los problemas de salud mental en nuestro país; 2.- la necesidad de contar con los recursos humanos especializados para entregar una adecuada cobertura a las demandas de nuestra población. 3.- la especificidad de la acción de los psicólogos en el campo de la salud mental (a modo de ejemplo, según datos del MINSAL, en el año 2002 se realizaron 1.569.963 atenciones en el área de salud Mental, correspondiendo al aporte específico de los psicólogos a 711.223 prestaciones); 4.- la necesidad de asegurar y salvaguardar la idoneidad de las prestaciones realizadas por los profesionales en el área de la salud para garantizar la eficacia de las intervenciones de forma que perduren en el tiempo y 5.- la importancia de políticas y canales expeditos y funcionales para el trabajo interdisciplinario en salud.

Uno de los aportes interesantes del trabajo antes mencionado, es que puso de manifiesto la

existencia de una gran cantidad de prestaciones en salud mental no registradas por MINSAL, con una cobertura en distintos grupos etarios. Sobre todo prestaciones de índole psicoterapéutica entregadas por centros de formación superior, como son los que ofrecen los consultorios universitarios y los consultorios de Institutos privados de formación profesional en psicoterapia.

Dentro de este tipo de consultorios se encuentran los consultorios del Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa (ICPSI), CONPER-A y CONPER-I. Los cuales surgen en el año 1996, como Consultorios para Personas de Escasos Recursos que buscan psicoterapia, si bien sus consultantes provienen de distintos sectores socioeconómicos y de diferentes localidades nacionales, lo que los caracteriza es que no pueden costear los aranceles de consulta particular para la atención psicológica. Las atenciones prestadas en los Consultorios ICPSI incluyen sesiones de psicoterapia, de evaluación diagnóstica, interconsultas y tratamientos psiquiátricos, además de talleres psicoeducativos y psicoterapéuticos y apoyo psicosocial. Las atenciones prestadas a la población adulta e infanto-juvenil en modalidades individual, de pareja, familiar y grupal tienen un arancel que se fija de acuerdo a los ingresos del consultante. En los Consultorios-ICPSI es posible realizar una instrucción Práctica en Psicología Clínica y Psicoterapia bajo supervisión directa, estricta y estable, por parte de supervisores acreditados, durante todo el período de formación. Es así que los profesionales que forman parte del equipo estable de atención cuentan con una vasta gama de experiencia y capacitación.

EVALUACIÓN EN PSICOTERAPIA

Evaluar la calidad de la atención entregada en Salud Mental es una tarea de suma relevancia y a

su vez de alta complejidad. Pasa a ser fundamental, como lo señalan Florenzano et al (s/f, en Lara et al, 2008) conocer las características de los pacientes, evaluar el impacto de las acciones realizadas en su mejoría sintomática y en la satisfacción de sus necesidades y hacer un buen uso de los recursos disponibles.

De este modo, para entregar un real aporte en salud mental, pasa a ser fundamental la investigación y el desarrollo de conocimiento científico que respalde las intervenciones realizadas.

Como es ampliamente conocido evaluar resultados en psicoterapia involucra una tarea particularmente compleja, en un sentido genérico los evaluadores distorsionan, los resultados involuntariamente en función de su propia orientación terapéutica (*Allegiance effect*). O bien, cada evaluador establece sus propios parámetros de lo que será un buen resultado terapéutico, lo cual permite el ir acomodando los resultados en función de la orientación teórica de cada cual. De este modo se encontrará que el paciente progresó porque ensancho su darse cuenta o bien porque modificó cogniciones distorsionadoras, o bien porque.....en este contexto cada cual podrá “ver” progresos terapéuticos enfatizados desde su propia teoría.

Algo diferente ocurre con los síntomas. Puesto que éstos son comparativamente más específicos y precisables, resulta más factible el evaluar cuándo existe la presencia de síntomas y cuándo han disminuido y cuándo no, dentro de una intervención terapéutica. De este modo una disminución de síntomas ansiosos o depresivos o de naturaleza conductual relacional, involucrará un progreso terapéutico, cualquiera sea el enfoque terapéutico en cuestión. A *contrario sensu*, si el proceso terapéutico no logra ir abatiendo los síntomas molestos y/o desadaptativos que afectan al paciente, será

difícil concluir que el proceso terapéutico ha sido exitoso, por mucho que se puedan enfatizar otros supuestos progresos no relacionados con la sintomatología.

Así, no basta con las impresiones subjetivas de los profesionales de la salud mental respecto a los cambios de sus pacientes y la efectividad de sus intervenciones es necesario tener vías fiables para cuantificar los cambios y así tener claridad en cuanto a su tipo y magnitud (Barlow D H, Hayes S C, Nelson R O. (1984). Por otra parte, de igual importancia es hacer evaluaciones objetivas de la calidad de los servicios para asegurar la confianza de la población en los centros de salud mental, siendo necesario estandarizar los datos obtenidos en los diferentes centros, de modo de poder describir y comparar los efectos de un tratamiento en particular, un programa, un terapeuta o un centro de atención (Ogles B, Lambert M, Fields S., 2002).

Dentro del marco de los instrumentos que buscan dar respuestas a las necesidades e inquietudes anteriores se encuentra el OQ 45, desarrollado en 1996 por Michael Lambert y cois, y validado en Chile en el año 2000 por Alejandra Von Bergen y Guillermo de la Parra. El instrumento demostró ser confiable. Es válido en su sensibilidad a la psicopatología. También es válido en su sensibilidad al cambio, probando su capacidad de detectar cambios entre el inicio y término de un proceso terapéutico, como también a lo largo de éste. (De la Parra G y Von Bergen, 2000; Von Bergen, 2000).

Este cuestionario busca ser práctico y psicométricamente riguroso (confiable y válido). Así también, es posible su aplicación en distintos contextos teóricos, abarcando los motivos de consulta más comunes que presentan la mayoría de las personas que buscan psicoterapia y sensible al cambio en períodos breves, lo que facilita su uso para monitorear procesos.

Una de las ventajas comparativas de este cuestionario es que evalúa lo mínimo esperable en un tratamiento psicológico exitoso, cubriendo las principales áreas en las cuales se espera mejoría; sin derivar de o encasillarse a una teoría particular (De la Parra y Von Bergen, 2000). No obstante lo anterior, al no medir síntomas psicóticos, maniformes u otros frecuentes en pacientes severos, en los nivel secundario y terciario de atención; el OQ-45 podría tener una utilidad limitada como medida de resultados en pacientes más graves (Lara et al, 2008).

En Chile se han realizado varios estudios empleando el OQ-45, para ver su utilidad como herramienta para la evaluación de resultados; medir la eficiencia de programas de Intervención en Crisis en distintos centros de atención y evaluar la influencia de factores individuales y familiares en cambio terapéutico en adolescentes. (De la Parra, 2002; Martínez y Alonso, 2001; Martínez et al, 2002; Florenzano et al 2002)

Este es un cuestionario de auto aplicación con una alta sensibilidad y confiabilidad para la medición cuantitativa de resultados psicoterapéuticos (De la Parra, 2002). Evalúa tres dominios o dimensiones, a través de 45 ítems (Lambert et al 1996): 1.- síntomas y malestar subjetivo (síntomas depresivos y angustiosos, somatizaciones, conductas adictivas y autodestructivas), 2.- relaciones interpersonales (aspectos de la vida familiar y de pareja, amistades y conflictos interpersonales, aislamiento e inadecuación) y 3.- rol social (rendimiento laboral, distracción y tiempo libre). Las tres áreas del cuestionario, evaluadas pre y post tratamiento son capaces de reflejar algún grado de "cambio psíquico".

METODOLOGÍA

Diseño de la investigación

El diseño de la investigación es un estudio exploratorio descriptivo transversal, que intenta describir las características sintomáticas y su evolución en pacientes que consultan a un centro privado de atención Psicológica.

Población

La población considerada en este estudio corresponde a pacientes adolescentes y adultos atendidos en los Consultorios del Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa entre los años 2010 y 2015

Muestra

La muestra es no probabilística e intencionada y corresponde a los pacientes adolescentes y adultos que consultaron en los Consultorios CONPER-ICPSI a quienes se les aplicó el cuestionario OQ 45. Además se obtiene una submuestra de pacientes que contestaron el OQ 45 en inicio de proceso terapéutico y en una segunda aplicación entre las sesiones 10 y 18, para evaluar de manera más específica el cambio logrado.

Así, la muestra quedó conformada por 1648 pacientes que ingresaron a atención entre los años 2010 y 2014 (1057 mujeres y 589 hombres) a quienes se les aplicó el cuestionario OQ 45 en la primera entrevista. La distribución según edad es la siguiente:

Edad			
		Fr	% válido
Válidos	menos de 24 años	377	23.2
	24-30	439	27.0
	31-41	411	25.3
	Más de 41	396	24.4
	Total	1623	100.0

La sub-muestra de dos aplicaciones de OQ 45, quedó conformada por 59 casos con el 66.1% de mujeres y 33.9% de hombres cuyas edades varían entre 18 y 68, con un promedio de 34 años. Estos pacientes respondieron el cuestionario en su primera sesión de consulta y una segunda vez durante el proceso psicoterapéutico (entre las sesiones 10 y 18, siendo el promedio de 12,5 sesiones); obteniendo así un pre y post de cada sujeto.

Instrumento

Cuestionario OQ-45. Este es un cuestionario de auto aplicación, y como se mencionó anteriormente, con una alta sensibilidad y confiabilidad para la medición cuantitativa de resultados psicoterapéuticos (De la Parra, 2002). Evalúa tres dominios o dimensiones, a través de 45 ítems (Lambert et al 1996): 1.- síntomas y malestar subjetivo (síntomas depresivos y angustiosos, somatizaciones, conductas adictivas y autodestructivas), 2.- relaciones interpersonales (aspectos de la vida familiar y de pareja, amistades y conflictos interpersonales, aislamiento e inadecuación) y 3.- rol social (rendimiento laboral, distracción y tiempo libre). Las tres áreas del cuestionario, evaluadas pre y post tratamiento son capaces de reflejar algún grado de "cambio psíquico".

Es una escala tipo Likert en donde el sujeto responde en 4 categorías las que se puntúan entre 0 y 4, entregando un puntaje para cada escala. Así, se considera que en puntaje total el punto de corte es de 73 puntos, es decir, si el sujeto obtiene mayor puntaje se supone que manifestaría desajuste. La escala de síntomas y malestar subjetivo presenta un punto de corte de 43, cualquier puntaje por sobre éste indicaría que el sujeto estaría manifestando alto malestar sintomático. Por otro lado la escala de relaciones interpersonales tiene un corte de 16 puntos, es decir, un puntaje mayor que esto daría cuenta de que el sujeto presentara desajuste en el ámbito interpersonal. Y por último, la escala de rol social, presenta un punto de corte de 14, es decir, cualquier puntaje mayor que éste indicaría que el sujeto presentaría desajuste en el rol en que se desenvuelve en el mundo.

Análisis de datos

El análisis de datos se realizó con el programa estadístico SPSS. Se utilizó el estadístico t-student para una muestra, al realizar el análisis de datos de la muestra total y el estadístico t-student para datos relacionados par el análisis de la sub-muestra.

Se consideró el nivel de confiabilidad de 95%, es decir un nivel de significación de $p < 0,05$

RESULTADOS

En la primera aplicación en la muestra $N = 1648$, en las escalas del OQ 45, se según se aprecia en la tabla Nº 1, la media general de los puntajes es de 99,8 con una desviación de 23,5. La media de la escala de síntomas es de 63,8 con una desviación de 17,6; la media de la escala de relaciones interpersonales es de 20,8 con una desviación de 4,7; y la media de rol social es de 15,1 con una desviación de 4,4. Así, se observa, que según los puntajes de cortes propuestos, las escalas se encontrarían por sobre dichos puntajes. Indicando que la población consultante a los Consultorios ICPSI presentan altos niveles de sintomatología, malestar y desajustes. Al comparar los resultados por dimensión, si bien no está dentro de lo estadísticamente significativo, resulta interesante que la dimensión más afectada es la sintomática (SD), es la que muestra mayor malestar. Y la más baja, dentro de lo alto, es la referida al rol social (SR), lo que indicaría que en la muestra estudiada esta dimensión es la que presentaría un menor malestar comparativo.

Tabla Nº 1

	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	t-student	sig.
Sintoma y malestar subjetivo	63.81	17.653	.435	146.748	0,000
Relaciones interpersonales	20.85	4.719	.116	179.376	0,000
Rol social	15.16	4.493	.111	136.973	0,000
Puntaje total del OQ	99.82	23.553	.580	172.056	0,000

En la tabla Nº 2 se observa la distribución por sexo, apareciendo que el 64,3% de la muestra está compuesta por mujeres y el 35,7% está compuesta por hombres. Se puede observar que tanto en mujeres como en hombres los puntajes tanto de SD, como de RI y de RS estarían por sobre los puntajes de corte. Y además aparecería

una distribución similar en ambas muestras (similares medias y similares desviaciones) Esto puede explicarse porque que la muestra clínica, independiente del sexo de quien consulta presenta un alto malestar, tanto general como en las relaciones interpersonales y dificultad en el rol que cumple socialmente. Así pareciera que no habría diferencias importantes de acuerdo al sexo.

En la tabla Nº 2 se observa la distribución por sexo, apareciendo que el 64,3% de la muestra está compuesta por mujeres y el 35,7% está compuesta por hombres. Se puede observar que tanto en mujeres como en hombres los puntajes tanto de SD, como de RI y de RS estarían por sobre los puntajes de corte. Y además aparecería una distribución similar en ambas muestras (similares medias y similares desviaciones) Esto puede explicarse porque que la muestra clínica, independiente del sexo de quien consulta presenta un alto malestar, tanto general como en las relaciones interpersonales y dificultad en el rol que cumple socialmente. Así pareciera que no habría diferencias importantes de acuerdo al sexo.

Tabla Nº 2

	Mujeres N=1057 (64,3%)				Hombres N= 589 (35,7%)			
	Media	Desviación	t	sig	Media	Desviación	t	sig
Síntomas	64.75	17.514	120.18	0,000	62.14	17.788	84,78	0,000
Relaciones Interpersonales	20.99	4.646	146,91	0,000	20.58	4.822	103,58	0,000
Rol social	15.24	4.448	111,37	0,000	15.03	4.578	79,65	0,000
TOTAL	100.98	23.244	141,23	0,000	97.75	23.973	98.96	0,000

En la tabla Nº3 se puede observar que no aparecerían diferencias significativas por edad, sin embargo, se puede observar que en el rango de edad de "31 - 41 años", la media solo se encuentra muy poco sobre el puntaje de corte. Así pareciera ser que este rango etario sería el que presentaría un menor malestar, comparativamente con los otros grupos etarios evaluados.

Tabla N° 3

	Menos de 24			24 - 30			31 - 41			más de 41		
	X	DS	t	X	DS	t	X	DS	t	X	DS	t
SD	63.6	17.5	70.4	64.6	16.6	81.7	62.6	17.6	71.8	64.3	18.8	68.0
IR	20.6	4.9	81.0	20.6	4.7	92.4	20.7	4.6	90.7	21.3	4.5	92.4
SR	15.1	4.4	65.4	15.2	4.6	69.4	14.9	4.2	70.9	15.2	4.5	66.1
Tot.	99.3	23.8	81.4	100.5	22.7	92.6	98.2	22.9	86.7	100.9	24.7	81.0

sig.=0.000 para todos los valores t

Con respecto a la sub-muestra de dos aplicaciones del OQ 45 se puede observar en la Tabla N°4 que aparecen cambios significativos en la dimensión síntomas y malestar subjetivo (SD), así como en el puntaje total.

En la dimensión SD se constata una disminución significativa de la sintomatología sin embargo ambos puntajes se encuentran por sobre el puntaje de corte. Lo mismo sucede en el puntaje total, donde habría una disminución de síntomas significativa en el reporte de la muestra estudiada, pero igualmente los síntomas y malestar reportados aún están sobre el puntaje de corte. En las otras dos dimensiones evaluadas, relaciones interpersonales (IR) y rol social (SR), también aparece disminución de las medias, sin embargo no resulta estadísticamente significativo.

Tabla N° 4
Estadísticos de muestras relacionadas

		Media	N	Desviación tip.	t	sig.
Síntomas y malestar subjetivo	SD1	64,39	59	20,373		
	SD2	55,73	59	21,119	3,582	0,001
Relaciones interpersonales	IR1	29,54	59	8,705		
	IR2	27,86	59	11,215	1,665	0,101
Rol social	SR1	20,15	59	9,019		
	SR2	18,66	59	7,783	1,268	0,210
puntaje total	TOTAL 1	113,83	59	28,665		
	TOTAL2	102,29	59	33,072	3,096	0,003

Los resultados obtenidos resultan muy promisorios y relevante, pues se aprecia una clara direccionalidad de desplazamiento hacia la disminución de los puntajes que los pacientes obtienen, indicando mejoría en síntomas, relaciones interpersonales y adecuación social. Si bien no todos están dentro de lo

estadísticamente significativo, no es inconsistente con lo esperable clínicamente.

Hay que recordar que ésta es una comparación sólo entre los puntajes de ingreso a psicoterapia y una segunda evaluación que se realizó, como lo señaláramos, en promedio en la sesión 12,5; así, no son resultados de término de terapia sino indicadores de la evolución de procesos en curso. Por otra parte, en la muestra utilizada no se descartó patologías graves, como serían las con síntomas psicóticos, trastornos de personalidad y bipolaridad, entre otras.

Finalmente, no es menor, el hecho de que los niveles de sintomatología y malestar con los que llegan nuestros consultantes son de alto nivel, como lo apreciamos en la muestra de 1648 pacientes. De este modo un cambio estadísticamente significativo a nivel sintomático y a nivel de puntaje total, es más que significativo a nivel clínico si éste se da a partir de las sesiones 10 en adelante.

CONCLUSIONES

Los datos aportados por este estudio preliminar son altamente consistentes con lo señalado anteriormente, esto es: que en nuestro país muchas personas tienen problemas de salud mental en algún momento de su vida, siendo Santiago una de las capitales con mayor número de trastornos ansiosos y depresivos y observándose en los últimos años un aumento significativo en la prevalencia de desórdenes emocionales y del comportamiento, llevando todo esto a una alta demanda de atención psicológica y psiquiátrica. Demanda que está siendo difícil de responder, tanto en el sector público como en el privado; originando que un creciente grupo de pacientes han ido perdiendo la posibilidad de acceder a los tratamientos que requieren.

Es así como en la muestra estudiada, consultante a un consultorio privado no perteneciente a la red del MINSAL, se constata una alta prevalencia de sintomatología y malestar subjetivo (síntomas depresivos y angustiosos, somatizaciones, conductas adictivas y autodestructivas), problemáticas en las relaciones interpersonales (a nivel familiar, de pareja, de amistades, laboral y aislamiento e inadecuación); o problemáticas en torno a su rol social (rendimiento laboral, distracción y tiempo libre).

Lo anterior remarca la importancia de la necesidad de contar con los recursos humanos especializados para entregar una adecuada cobertura a las demandas de nuestra población, con la especificidad de la acción de los psicólogos en el campo de la salud mental. Como lo señaláramos los consultorios del Instituto Chileno de

Psicoterapia Integrativa (ICPSI), buscan responder a esta necesidad. Y los datos que arroja el presente estudio ponen de manifiesto que una porción significativa de personas buscan ayuda psicoterapéutica en ellos, consultantes que provienen de distintos sectores socioeconómicos, de diferentes localidades nacionales y que son portadores de un alto nivel de sintomatología, malestar y conflictivas interpersonales.

Ahora bien, ante esta necesidad sentida y constatada empíricamente, resulta imperioso el responder adecuada y eficientemente. No obstante, como ya lo hemos enfatizado, evaluar la calidad de la atención entregada implica una tarea no menor. Evaluar resultados en psicoterapia involucra una tarea particularmente compleja y por ello para entregar un real aporte en salud mental, pasa a ser fundamental la investigación y el desarrollo de conocimiento científico que respalde las intervenciones realizadas. Siendo fundamental contar con herramientas fiables para cuantificar los cambios obtenidos en los procesos de atención, así como realizar evaluaciones objetivas de la calidad de los servicios entregados para asegurar la confianza de la población en los centros de salud mental, siendo necesario estandarizar los datos obtenidos en los diferentes centros, para realizar estudios comparativos de epidemiología, intervención y eficacia.

Es en relación a lo anterior que consideramos este estudio preliminar como un aporte incipiente en el abordaje de los desafíos señalados.

Primeramente nos aporta datos epidemiológicos y descriptivos de interés y relevancia. En segundo lugar nos permite, volver a dimensionar el cuestionario OQ 45 como un instrumento válido y con capacidad de detectar cambios entre el inicio de un tratamiento y a lo largo de éste. Y en tercer lugar nos brinda datos preliminares de gran relevancia para testear el aporte a las necesidades de nuestros consultantes. Datos que derivan de la aplicación de un instrumento que permite combatir posibles sesgos de los investigadores a favor de su enfoque. Entregándonos, por tanto, datos fiables de los resultados de la Psicoterapia Integrativa EIS.

REFERENCIAS

- Arévalo, C. (2015)** Cobertura de la Salud Mental en Chile. Instituto Dr. José Horwitz. En Opinión, publicado: 25.09.2015
- Barlow D H, Hayes S C y Nelson R O. (1984)** The scientist-practitioner: Research and accountability in clinical and educational settings. New York: Pergamon.

- C.Ps.Ch., S.Ch.Ps.C. y CONAP (2004)** ROL PSICÓLOGO EN LA SALUD NACIONAL. Colegio de Psicólogos de Chile, Sociedad Chilena de Psicología Clínica y Comisión Nacional de Acreditación de Psicólogos Clínicos, Santiago Chile.

- De la Parra G y Von Bergen A. (2000)** El instrumento OQ45.2 que mide resultados terapéuticos como herramienta de investigación psicoanalítica. En: Revista Chilena de Psicoanálisis; 17 (2): 143-56.

- De la Parra G. (2002)** Herramientas en la investigación de resultados en psicoterapia y el aporte del instrumento "Outcome Questionnaire". Trabajo presentado en el 5o Congreso Sud Americano de la Society for Psychotherapy Research. Reñaca, Chile.

- Florenzano R, Ben-Dov P, Ortega P, Martínez C, Valdés M. (2002)** Trabajo presentado en el Congreso de Psiquiatría. Valdivia, Chile, octubre de 2002.

- Jiménez, A. y Radiszcz, E. (2012)** Salud mental en Chile: la otra cara del malestar social

- Lambert M, Hansen N, Umpriss V, Lunnen K, Okiiski J. (1996)** Burlingame G. Administration and Scoring Manual for the OQ45-2. American Professional Credentialing Services LLC USA.

- Martínez C y Alonso C. (2001)** La técnica de Intervención en Crisis en el Servicio de Urgencia del Instituto Psiquiátrico José Horwitz Barak. En Revista de Psiquiatría y Salud Mental; XVIII N° 2: 12-21.

- Martínez M, Alonso C, Castro P, Alvarez P, Oviedo C. (2002)** Ellwanger J. Effectiveness of the crisis intervention in emergency room of a general hospital. Trabajo no publicado En revisión en la Society of Psychotherapy Research.

- MINSAL (2005)** DOCUMENTO INFORME COMISION TRABAJO. Marzo, 2005

- MINSAL (2010)** Encuesta Nacional de Salud. Ministerio de Salud de Chile

- Ogles B, Lambert M, Fields S. (2002)** Essentials of Outcome Assessment. John Wiley & Sons, Inc. New York, USA.

- U.S.S. (2015).** Salud mental y el aumento de trastornos asociados. Artículo. Noticias Universidad San Sebastián, Giorgia Pagani, Prensa USS, Jueves 09Abril2015. Santiago Chile

Reflexiones Integrativas

GENETICA DE LAS ADICCIONES

Ps. Francisco Dávalos *

INTRODUCCIÓN

La adicción es uno de los de los mayores problemas de salud planteados tanto en países occidentales como latinoamericanos. El termino adicción ha sido estudiado cuidadosamente durante años, dando como referencia a un conjunto de trastornos psíquicos que se caracterizan por una necesidad compulsiva de consumo de sustancias psicotrópicas (legales o ilegales) con un alto potencial de abuso y dependencia. Una de las características principales es que es progresiva e invasiva, afecta todas las áreas del individuo tales como; la familia, entorno, relaciones sociales, trabajo, etc. A pesar de las consecuencias negativas que presenta una adicción, los individuos no dejan de consumir, considerando este trastorno tanto patológico como psicoorganico, por lo que requiere analizar no solo al individuo, sino a un sin número de factores desencadenantes al consumo, desde el nivel hereditario de las adicciones, hasta los mecanismos neurobiológicos del cerebro.

El objetivo del presente ensayo es llevar a cabo un análisis comprensivo sobre cómo se puede entender el fenómeno de las adicciones desde un paradigma genético. Una de las principales problemáticas en la intervención con pacientes que presenten un trastorno adictivo dependiente o abuso de sustancias ilícitas, es la falta de explicaciones bioquímicas o genéticas validas que sean aplicables para un mejor entendimiento.

Usualmente cuando se realiza diagnóstico diferencial o intervención psicoterapeutica, se analizan distintas áreas tales como; motivo de consulta, riesgo suicidio, ejes sintomáticos, historia del problema, motivación y conciencia del problema, factores de consumo, factores protectores, entre otros, evitando o no dándole importancia a las explicaciones biológicas que finalmente se traducen en cogniciones y emociones distorsionadas, alteraciones de la conciencia, alexitimias altas, conductas desadaptativas, neurosis altas, psicosis, etc.

Los revolucionarios avances en el campo de la genética humana han presentado importantes resultados en la teoría y en la práctica, se ha logrado profundizar en el conocimiento de la variación genética y se espera que esta influencia sea cada vez mayor en el futuro, no solo para el diagnóstico y conocimiento de la fisiopatología de enfermedades que estén asociadas a estos trastornos degenerativos, sino también para el entendimiento puro de las adicciones ya que en los últimos años se ha acrecentado el interés en esta área. Esta “revolución genética” en este campo se hace más evidente a las últimas investigaciones que apuntan que del total de los genes que integran el genoma humano, cerca de la mitad se manifiestan en el cerebro, lo que ayudaría a entender que este órgano es muy complejo y sería una base para entender las alteraciones que se presentan tanto para trastornos mentales en general como también en las adicciones.

En un inicio se describirá brevemente el fenómeno de la adicción y como repercute en Chile, luego se explicará y se analizará el punto de vista de la investigación seleccionada, cuáles son sus principales ideas, problemáticas y de qué forma se podría aplicar en la práctica clínica para lograr un mejor entendimientos del fenómeno de las adicciones.

AcPI, 7: 133-139.

* Psicólogo U. de las Américas. Magister © en Psicología Clínica, mención Psicoterapia Integrativa.
franciscojavierdavalos@gmail.com

DESARROLLO

Las drogas en general han sido un tema que se ha discutido por años sobre cuáles serían sus características definitivas, cual es el real impacto en la persona que consume, como también las consecuencias sociales de un determinado país, cada uno con sus estudios correspondientes sobre los beneficios o lo contraproducente que es para el ser humano, tanto drogas lícitas o ilícitas. Independiente de ello, se ha comprobado que producen una adicción que es incontrolable y perjudicial para la salud general, mental y física. En la actualidad se considera como una enfermedad crónica. Desde la práctica clínica se ha observado una presencia de factores genéticos, psicosociales y ambientales considerables que influyen en el desarrollo y manifestaciones adictivas, es progresiva y en ocasiones fatal, se caracteriza por episodios continuos o periódicos a pesar de las consecuencias adversas.

En Chile las drogas que más se consumen son el cigarro, alcohol, marihuana, cocaína y pasta base. En un estudio de SENDA sobre el consumo de drogas (SENDa, 2012) se observa que desde el año 1994 hasta el 2012 ha habido un aumento considerable de consumo de drogas en la sociedad. En los últimos años el estrato social medio - alto ha aumentado su consumo de cocaína, alcohol y en los estratos sociales bajos se observa un aumento en el consumo de pasta base y marihuana. Sin perjuicio de lo anterior, en el último estudio 2012, se observa una estabilización en el consumo de cocaína y pasta base, junto con las percepciones de riesgo. Respecto a sustancias lícitas como alcohol y tranquilizantes sin receta médica, se observa que el consumo se mantiene estable respecto al último estudio 2010. El tabaco continúa mostrando un descenso sostenido, explicado principalmente por el menor consumo en la población más joven. Si bien las declaraciones de consumo de marihuana aumentan en población general, no se

incrementan en adolescentes ni en el nivel socioeconómico bajo.

La investigación genética de las adicciones es considerada muy importante para la práctica clínica de los profesionales de la salud dado que se logra entender no solo el proceso bioquímico que se da en el consumo de drogas, sino también a las enfermedades mentales que presentan una comorbilidad con algún trastorno adictivo. Se ha planteado que hay trastornos del ánimo o de personalidad que tienen un componente heredable, es decir, en generaciones anteriores existía la posibilidad que se mostrarán signos o síntomas de alguno de estos trastornos mencionados, en el cual el medio en que se desenvolvían podía condicionar su desarrollo o no. Ibáñez(2008) señala que: “Los estudios de epidemiología genética han puesto de manifiesto que las adicciones tienen una moderada a alta heredabilidad. Estas investigaciones también han evidenciado que los factores ambientales y genéticos contribuyen a las diferencias individuales en la vulnerabilidad a las adicciones”(p103-109). Desde este punto de vista, podemos destacar la importancia de las investigaciones futuras no solo para entender mejor el componente fisiopatológico sino para encontrar nuevas estrategias de intervención y/o técnicas para este tipo de pacientes.

Actualmente, estudios han demostrado que factores cognitivos, sociales, conductuales y emocionales, entre otros, influyen entre sí, en un tipo de ambiente determinado que puede desarrollar un trastorno adictivo, siendo considerados estos factores como el centro de las explicaciones al consumo de estupefacientes.

Sin perjuicio de lo anterior, se ha demostrado que todo (en una primera instancia) va inducido por un solo órgano del cuerpo que es el cerebro, en el cual su complejidad en el entendimiento bioquímico inducido por las drogas sigue siendo

una discusión entre los estudiosos en el tema. Como plantea Ibáñez, (2008) “Las adicciones son una enfermedad compleja, desde el punto de vista fisiopatológico, derivado en gran parte de la complicada estructura y funcionamiento del órgano que les da origen, y que han llevado a algunos autores a considerar el cerebro humano como la maquina electroquímica más compleja del universo”(p103-109). Es indiscutible que les suceden procesos cerebrales complejos y cambiantes a pacientes con algún tipo de trastorno adictivo.

La forma en que cómo se pueda controlar estos cambios o procesos cerebrales ha sido una de las problemáticas más grandes en tratamientos farmacológicos, dado que, a pesar que se ha logrado avances significativos, en ocasiones su funcionamiento práctico en pacientes tiene efectos colaterales, como por ejemplo consecuencias físicas desagradables (vómitos, náuseas, dolores físicos, sueño, problemas en la atención selectiva o adicción a los mismos medicamentos) o psicológicas (dificultad para la proactividad, dependencia emocional y para actuar en el medio, entre otros).

Siguiendo la misma idea, podemos observar que desde el punto de vista genético también se presentarían dificultades en explicar este fenómeno. Las primeras explicaciones señalaban que se podría entender las adicciones desde el “Modelo Monogénico” que significaba que un genotipo específico podría influenciar en un fenotipo específico y no había otros factores asociados más que la determinación lineal, causa y efecto.

Esta hipótesis no logra explicar en su totalidad la funcionalidad y entendimiento completo sobre el componente heredable de las adicciones, no obstante fue el primer paso para desarrollar otro modelo llamado “Poligénico” que explicaría que en la etiología de los genes, existirían variados genes

que interactúan con distintos fenotipos, en el cual existiría una especie de retroalimentación constante, por lo tanto se daría un desarrollo continuo y progresivo, que se podría caracterizar como un proceso “evolutivo”. Sin embargo se observa que se sigue mirando de forma simplista la temática de la drogadicción dado que solo incluye el factor genético y no otras variantes.

La ciencia al presentar algunas dificultades para encontrar un modelo práctico, no le quedo más opción que empezar a analizar otras áreas o factores que influenciaban en el mundo de las drogas, así se desarrollo el “Modelo de Herencia Multifactorial”. Como el estudio de los genes no podía explicar por si solo la dependencia de las drogas, se empezó a considerar otros tipos de factores, externos al funcionamiento heredable del ser humano. Ibáñez señala que Modelo Multifactorial son “todos los factores que no son estrictamente heredables, incluyendo factores biológicos prenatales o postnatales (infecciones, sufrimiento fetal, traumatismos, etc), acontecimientos estocásticos en el DNA (como las mutaciones somáticas), así como todas las experiencias psicosociales desde las primeras etapas del desarrollo. Se puede ir aún más lejos en la consideración del “ambiente”, ya que para un determinado gen, la influencia de otros factores genéticos en su expresión y/o regulación se considera como un “factor ambiental” (Wikipedia, 2014).

Notoriamente este modelo es el más asertivo para poder analizar las adicciones. La relación entre genes/ambiente sería una combinación necesaria para la evaluación profunda en la práctica clínica de un profesional a un paciente que presente este tipo de patologías. Atendido esto, al poder diagnosticar, por ejemplo, que la heredabilidad del alcoholismo se manifiesta en un alto porcentaje en un paciente cuyo abuelo y padre fueron alcohólicos, podría significar que tendría la probabilidad de tener una mayor tendencia al

consumo de alcohol y desarrollo de algún patología dual. De ser así, los factores ambientales en este sujeto son de una real importancia para determinar la posible vulnerabilidad del paciente, ya que si el sistema de crianza, los ejercicios parentales, funcionalidad familiar, modelos a seguir, aprendizaje significativo o por observación (conductas antisociales, delincuencia, etc), son factores de riesgo, podría desarrollar un posible trastorno adictivo. En cambio, si los mismos, son factores protectores, independiente que el paciente presente heredabilidad genética, podría no desarrollar una adicción.

Ahora, es posible entender estos factores genes/ ambiente desde el punto de vista de la neurobiología con una base genética, el sistema de gratificación y castigo. Old y Minner realizaron un estudio sobre la relación existente de una estructura encefálica, que se conoce como la formación reticular, la motivación y el aprendizaje en ratas. Para ello situaron microelectrodos en la formación reticular para poder estimular eléctricamente. En una de las ratas se equivocaron y pusieron los electrodos en el hipotálamo. El animal cada vez que se le administraba estimulación eléctrica se devolvía a su esquina, pero el tiempo que se quedaba era muy breve y retornaba para ser estimulado nuevamente con electricidad y así varias veces. Al percatarse de esto, los dos autores desarrollaron una hipótesis llamada técnica de autoestimulación, mediante la cual permitieron que las ratas se autoadministraran la corriente por medio de una palanca, es decir se aplicaban choques eléctricos. Esta técnica se ha aplicado tanto en animales como en humanos dando resultados interesantes. La implantación de electrodos en ciertas zonas del encéfalo produce en el sujeto una gama de sentimientos agradables que se traducen en un bienestar generalizado, euforia, placer y satisfacción. Esto se denominó como "Sistema de Gratificación", cuyo componente son los núcleos septales, amígdala, hipocampo lateral, corteza

prefrontal, la entorrimal y el polo temporal. Es así como se forma el circuito de gratificación o de recompense (Gil-Verona et al, 2002).

Por otro lado también se observó en este estudio que hay zonas encefálicas en las cuales, cuando se excitaba el animal, provocaba sentimientos disfóricos, desagradables, penosos e incluso dolorosos, estas estructuras también estarían relacionadas con el sistema límbico. Se denominó sistema de castigo y aversión. En este sistema las partes más importantes son la región periventricular del tálamo e hipotálamo, sustancia gris, zonas de la amígdala, hipocampo y fómix.

Una de las conclusiones del estudio más llamativas es que una persona que es adicta a las drogas, sea una única droga o un policonsumo, tendría un mecanismo de refuerzo hiposensitivo, el cual lo llevaría a una búsqueda de "emociones fuertes" (factores ambientales) para llegar a experimentar las sensaciones placenteras de las drogas sin estar en consumo o en una etapa de remisión sostenida. Una relación directa que se puede hacer con esta conclusión es con el sistema dopaminérgico. Cuando una persona consume drogas, se presentan cambios en este sistema, en el cual habría una especie de condicionamiento a los estímulos ambientales que el sujeto esté experimentando cuando está en consumo, reforzando y liberando la cadena dopaminérgica (sensaciones de euforia, placer corporal, adrenalina a eventos antisociales, etc). Es así como lo describen Corominas, Roncero, Bruguera, Casas: "los estímulos ambientales están estrechamente relacionados en el tiempo y espacio con los efectos de las drogas (como la luz, el sonido, alimento, conductas etc) que predicen la administración del refuerzo, pueden convertirse en estímulos condicionados a través de un proceso de condicionamiento pavloviano. Este efecto de los estímulos condicionados, tiene gran relevancia clínica y se producen cuando están en contacto con personas relacionadas con la droga" (en Gil-Verona et al, 2002pp1-5)

Ahora, dentro de las conclusiones que se puede realizar tanto en el circuito de gratificación o de castigo y el sistema dopaminérgico es que claramente habrían conductas, sensaciones, emociones, pensamientos, etc que son reforzados cuando un sujeto está en un consumo frecuente y prolongado, buscando las sensaciones bioquímicas de las drogas. Se desarrollaría una especie de aprendizaje favorable o desfavorable para el individuo, situación que vendrían siendo estas “emociones fuertes” que se han expresado. En la práctica profesional, es común observar en pacientes cuando se están desintoxicando, toda clase de emociones y conductas que no saben cómo procesarlas o identificarlas (alexitimia), además un punto importante es lograr averiguar las situaciones (VIF, delincuencia, discusiones, etc) que desencadenaban el consumo de drogas dado que se presentaría una relación directa con los *cravings* que se observan en el tratamiento. A partir de estas hipótesis habría una mejor claridad sobre el proceso cerebral, como se adapta o manifiesta en el medio, asimismo al poder identificar los factores emocionales, cognitivos, sociales, etc que interactúan con el circuito de gratificación o castigo y el sistema dopaminérgico, se trabajaría a modo de aprendizaje para mejorar la calidad de vida del individuo.

Siguiendo con el estudio de la genética de las adicciones, se ha prestado atención el componente hereditario de las adicciones en estudios de gemelos monocigóticos en relación con los gemelos dicigóticos. En el caso del alcohol. Ibáñez plantea que (Ibáñez, 2008). los primeros estudios mostraron una concordancia en gemelos monocigóticos del 30%, sustancialmente menor que la observada en el trastorno bipolar y en la esquizofrenia, mientras que en los dicigóticos era similar, alrededor del 16%” (103-109), indicando que independiente si se presentaría un porcentaje bajo, si se puede concluir que hay algún componente heredable en las adicciones. Además,

en estos estudios se logró identificar dos tipos de alcoholismos, el tipo uno, en el que el componente hereditario era mínimo y el tipo 2 que estaría caracterizado por una alta heredabilidad, con una transmisión de padre a hijo, con un inicio precoz al mundo de las drogas y una presencia frecuente de rasgos antisociales y conducta violenta. Por lo tanto, es de una gran importancia identificar el comportamiento general que se pueda observar en las generaciones pasadas, para un entendimiento profundo de la personalidad del sujeto, la vulnerabilidad y el mantenimiento de las drogas.

Otros estudios en gemelos dan cuenta sobre la vulnerabilidad genética para el desarrollo de las adicciones, sean legales o ilegales. Habría un peso considerable a la heredabilidad en las adicciones. Ibáñez (2008) señala que, “las sustancias potencialmente más adictivas, como la cocaína y los opiáceos, se encuentran entre las que presentan una mayor heredabilidad. Así las variaciones genéticas que afectan funcionalmente a las bases neurobiológicas de la adicción, -como las vías del refuerzo, el control conductual, la compulsividad en la conducta, o la respuesta a la ansiedad y el estrés, pueden mediar el desarrollo de estos trastornos” (pp103-109).

Por ello, se entendería la búsqueda obsesiva de estos pacientes por necesitar el control a toda costa, cuando no se encuentra la respuesta adecuadas para ellos, la ansiedad es una de las sensaciones con mayor frecuencia en estos pacientes, donde muchos de ellos traducen la ansiedad a conductas desadaptativas, sin medir consecuencia de sus actos. Un entendimiento a nivel hereditario sobre este tipo de sintomatología ayuda a general nuevas formas de intervención con los paciente, generando una coherencia integral para su posterior diagnóstico y análisis de cada caso.

CONCLUSIONES

Cuando se habla de adicciones, es común que en su análisis se observen distintos factores que influyen de forma directa o indirecta a desarrollar un trastorno adictivo, se investiga las conductas desadaptativas, las emociones primarias o secundarias distorsionadas, la estructura cognitiva y creencias irracionales, tipos de familias, entre un sin número de otras áreas del sujeto, sin embargo, hace un par de años se ha estado investigando el impacto hereditario de las adicciones. Existen numerosos estudios que han logrado establecer sólidas evidencias sobre como el componente genético contribuye en gran proporción al riesgo a desarrollar una adicción. Una gran cantidad de genes interactúan entre sí, con los efectos de factores ambientales en el genoma humano, creando de esta manera nuevos conocimientos en genes o regiones del genoma, ampliando a un campo nuevo y excitante de exploración para comprobar la participación en esta enfermedad multifactorial y su papel biológico en el proceso adictivo.

Todas las sustancias son capaces de generar una adicción, ya sean euforizantes, sedantes, estimulantes, relajantes, energizantes, tanto naturales como fabricadas, todas ellas tienen en común una cierta capacidad para estimular la liberación de dopamina en el cerebro, generando una estrecha relación con el área de la recompensa y del placer con los sistemas de gratificación y castigo, según se planteó anteriormente. Si existirían genes que contribuyen para el desarrollo de algún tipo de adicción y se transmiten a nuevas generaciones, también se podría estar hablando de una predisposición genética de un individuo a desarrollar posibles liberaciones dopaminérgicas de alguna droga específica, en el cual previamente no presentó contacto alguno, dando a lugar a una mayor probabilidad de desarrollar una adicción.

Dentro de las principales conclusiones que se pueden sacar de la información establecida en este ensayo son:

1. Visiblemente el estudio de la genética de las adicciones ayuda al progreso en la prevención y al tratamiento adecuado para una mejor comprensión etiológica de estos trastornos: Hasta ahora es común que las intervenciones terapéuticas estén basadas en el control y el manejo de factores ambientales, como si fueran los únicos agentes causales que inician y mantienen los trastornos adictivos. Sin embargo, la experiencia clínica ha demostrado que este tipo de abordaje es solo la punta del iceberg y es de conocimiento general que no todas las personas se exponen por igual al riesgo de desarrollar una adicción. Existen variadas diferencias individuales que generan una mayor dificultad para la evaluación integral del sujeto. Además no todas las personas tienden a significar el consumo de drogas con una misma intensidad o frecuencia. En cualquiera de estas facetas el proceso adictivo tiene una relación estrecha con numerosos factores genéticos que están involucrados de forma significativa al sujeto y al medio en el cual se desenvuelve.

2. Las adicciones, en parte, están asociadas a factores genéticos: los estudios sobre la genética (enfermedades psiquiátricas en familias, concordancia de gemelos homocigóticos frente a dicigóticos, entre otros) muestran que existe un componente genético importante, aunque no tan elevado como en otros trastornos mentales tales como la esquizofrenia o trastorno bipolar. Esto puede indicar que si se presentan factores genéticos vulnerables, incrementa el riesgo de sufrir adicciones, aunque no es determinante para desarrollar una adicción ya que el medio es una fuente de nuevas experiencias, en el cual los genes pueden ser modificados.

3. El poder involucrar a los genes en la etiología de las adicciones es un tema complejo por los múltiples factores que involucran: las adicciones están caracterizadas por un extenso deterioro en muchas áreas del individuo. Es muy frecuente que sufran de trastornos mentales también, a los que se les llama patologías duales, además de dolencias físicas fuertes (craving, colon irritable, etc), en general todos los ejes del DSM IV estarían sujetos a una interacción hacia una vulnerabilidad genética, dificultando la capacidad para realizar diagnósticos validos en las adicciones.

4. Las adicciones son el resultado de la interacción entre la herencia y el ambiente: Esta es una de las afirmaciones más seguras que se podría hacer con respecto al estudio de las adicciones. Firmemente se puede concluir que el consumo de drogas son el resultado de una interacción desde el inicio de algún consumo hasta transformarse en una adicción por el medio en el cual se desenvuelva el sujeto, es decir el ambiente.

Por otro lado la forma como se procesa la información es muy importante (estímulos externos) ya que el ambiente ejerce un efecto biológico directo en los genes del sujeto, modificándolos a medida en que se va desarrollando la patología adictiva. Es decir que, tal interacción supondría una existencia de estos factores ambientales que estaría moderada por factores genéticos que se van adaptando dependiendo del modo en particular que tenga el sujeto para procesarla.

Si se lograra determinar con claridad los factores genéticos que son susceptibles a las adicciones, se obtendría un avance significativo para incrementar el conocimiento de su fisiopatología (aunque se ha logrado un gran avance con el marcador somático de Antonio Damasio), nuevas estrategias en tratamiento farmacológico y contribuiría significativamente a la individualización del tratamiento (nuevas formas de técnicas psicoterapéuticas, modelos, mezcla entre ciencia y arte, etc).

REFERENCIAS

Ibáñez Cuadrado Ángela (2008) Genética de las adicciones, vol.20, num.2, pp. 103-109.S Sociedad científica española de estudios sobre el alcohol, el alcoholismo y las otras toxicomanías. Link: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=289122057001>.

SENDA (2012), (Servicio Nacional de drogas y alcohol), declaración de uso de drogas en la población de Chile entre 12 y 64 años de edad, de ambos sexos y diversos niveles socioeconómicos Link: <http://www.senda.gob.cl/observatorio/estudios/poblacion-general/>.

WIKIPEDIA, (2014) Genotipo y fenotipo, link: <http://es.wikipedia.org/wiki/Genotipo>

Gil-Verona , J.A. ; Pastor, J.F. ; De Paz, F.; Barbosa, M; Macías, J.A; Maniega, M.A.; Rami-González; L. y Cañizares, S. (2002) Neurobiología de la adicción a las drogas de abuso, 2002 pp. 1-5. Link: <http://www.neurologia.com/pdf/web/3604/o040361.pdf>

Trastorno del Espectro Autista: Una comprensión Integrativa.

Ps. Camila Cayazzo Antolín. *

Ps. Mariela Bustos Vargas. *

INTRODUCCIÓN

A lo largo de la historia de la psicología, el pasar de los tiempos y los avances en la disciplina han obligado a los profesionales a redefinir y reestructurar los conocimientos que se poseen sobre uno u otro trastorno clínico, con el fin de satisfacer las necesidades del paciente y entregarle herramientas lo más completas posibles para su óptimo desempeño y funcionamiento de las áreas de su vida que puedan estar siendo afectadas.

Es en este sentido que, los Trastornos Generalizados del Desarrollo (actualmente unificados en el concepto de Trastorno del Espectro Autista), cuentan con una evolución muy amplia y diversa, la que en la actualidad ha ayudado a analizar el funcionamiento de los pacientes desde una óptica más inclusiva, ordenando y dando sentido a cada uno de los aspectos presentes en la dinámica Autista, unificándolos e integrándolos en una serie de comportamientos que no son aislados, sino que responden a conceptos relacionados.

Contextualización histórica

Para poder entender cómo el Trastorno del Espectro Autista ha llegado a ser lo que es hoy, es necesario remontarnos a los inicios, a las primeras investigaciones que abordan el tema del Autismo. En un primer momento, las escuelas psicoanalíticas definían al Autismo como una serie de dificultades y desadaptaciones en torno a las relaciones sociales y la comunicación, que funcionaban como conductas reactivas a la falta de sintonía y contención que el niño pequeño recibía de sus padres, especialmente de la madre. Esta visión fue perdiendo fuerza progresivamente en la época de los años sesenta (Gloffka, 2010).

Ya en la época de 1980, se plantean teorías que explicarían al Autismo como un déficit cognitivo ligado a la comunicación y las relaciones sociales, dificultando a los niños con esta condición el poder ser parte del mundo social y establecer vínculos profundos con sus cercanos o personas alrededor (Gloffka, 2010.). Si bien, en la actualidad resulta evidente que los pacientes con un Trastorno del Espectro Autista poseen dificultades a la hora de comunicarse, entender y darse a entender con los demás, resulta necesario mencionar que un déficit cognitivo o afectivo para las relaciones sociales no tiene ninguna relación con una falta de motivación o interés para establecer vínculos significativos con otro. Y justamente, es esta una de las razones por las que se percibe gran malestar en un grupo de estos pacientes a medida que van creciendo, ya que desean ser parte del mundo de las relaciones humanas, pero son sus dificultades las que los alejan involuntariamente de lograrlo.

Si bien, las muchas investigaciones que se han hecho en relación al Autismo han otorgado varias explicaciones para comprender la génesis de esta condición, estas explicaciones tienden a ser mono causales, y suelen quedarse cortas al no abarcar todas las áreas de funcionamiento que se ven afectadas, considerando que el Espectro Autista,

AcPI, 7: 140-145.

* Psicóloga U. Católica Silva Henríquez. Postítulo © en Psicología Clínica Postítulo ©Infanto-Juvenil. Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa. Cayazzo.camila@gmail.com

* Psicóloga U. de Viña del Mar. Postítulo © en Psicología Clínica, mención Infanto-Juvenil, Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa.

Diplomado promoción de la parentabilidad positiva: estrategias de evaluación e intervención ecosistémicas. CEANIM, Santiago de Chile.

Marielapazbustos80@gmail.com

suele presentar dificultades en la gran mayoría de la dinámica del ser humano y que se traducen en sintomatología tanto cognitiva, como social, afectiva e incluso biológica (Gloffka, 2010.).

En la actualidad, el DSM-5 se ha preocupado de contemplar otros aspectos que en su versión anterior no estaban presentes y que además ayudan a visualizar un conjunto de síntomas y dificultades que pueden presentarse de maneras distintas y específicas para cada caso, lo que se traduciría en una visión más humana de la etiqueta diagnóstica. Estos aspectos dicen relación con la necesidad de especificar la gravedad presentes en los criterios asociados a la comunicación e interacción social (criterio A), como también los patrones repetitivos y restrictivos de comportamiento, intereses o actividades (criterio B). A partir de esta distinción es posible evaluar el área de funcionamiento que presente mayores dificultades para un individuo en específico, y así poder desarrollar de manera óptima las estrategias de intervención, de acuerdo a las necesidades de ayuda propias de cada persona.

Sumado a lo mencionado anteriormente, otro aspecto destacable en el DSM -5, es la inclusión de un nuevo apartado en el criterio B, el cual hace alusión a la hiper o hiposensibilidad sensorial hacia el entorno. Esto quiere decir, que se evalúa el alto y/o bajo umbral de percepción a estímulos visuales, olfativos, táctiles, auditivos y de movimiento.

A pesar de los innegables avances que se han podido percibir en la última versión del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales desarrollado por la APA, queda la sensación de que en la práctica psicoterapéutica, estos progresos no son lo suficientemente amplios, y dejan varias aristas del fenómeno sin explicar:

TEA y sesgo de género

Al analizar cómo se aborda el Trastorno del Espectro Autista, nos encontramos con un conocido

pero importante dato: la media de distribución del sexo en el diagnóstico de este trastorno es de 1 mujer por cada 4 varones. Es decir, los TGD o TEA son tres o cuatro veces más frecuente en varones que en mujeres. Los criterios universales que se utilizan para identificar un Síndrome de Asperger resultan ser comportamientos que llamarían la atención y resultarían desadaptativos en un hombre, pero no en una mujer, Un claro ejemplo de lo que se menciona es el fenómeno del escaso contacto ocular, el cual en una niña se tiende a relacionar con coquetería, pero no con Síndrome de Asperger, ahora incluido dentro del Espectro Autismo (Schmitzer, 2013). La conocida y frecuente torpeza social patológica de un niño con TEA, puede parecer timidez e incluso “buenos modales” en el caso de una niña (Interlandi, 2008).

Cualquiera puede asegurar que un niño con Síndrome de Asperger tiene comportamientos y dificultades que evidentemente no pueden pasarse por alto. Sin embargo, pareciera que en el caso de las niñas, estas dificultades son percibidas a un nivel mucho más sutil y, lamentablemente, más precario. Esta dificultad para identificar los síntomas de un TEA en una mujer, podría deberse a una especie de condicionamiento social en el que desde pequeñas se les exige un desempeño más estructurado, desarrollando herramientas que las ayuda a “copiar” o “emular” las conductas que observan en otros, pasando inadvertidas pero sólo en un nivel superficial.

En la adolescencia, las relaciones sociales se tornan 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 etarios del sexo opuesto. Todo esto se traduce en que las herramientas básicas y concretas que en un comienzo sirvieron para “camuflar” las dificultades de una niña con Síndrome de Asperger, ya no son efectivos al terminar la pubertad, y es justo en esta etapa donde es más

común encontrar niñas diagnosticadas con TEA (Interlandi, 2008).

Resulta evidente que las creencias culturales y el ambiente en general generan un impacto en todos los seres humanos, y particularmente, influyen en la demora que se observa a la hora de identificar TEA en las mujeres, y estas aristas no se abordan de manera profunda en los manuales diagnósticos tradicionales. El EIS aporta positivamente a la hora de luchar contra este sesgo, ya que no sólo se guía por los criterios diagnósticos del DSM, sino que aborda el problema del individuo desde los 360° de su dinámica psicológica, considerando que no todos los signos de un trastorno se manifiestan de la misma manera en todos los pacientes (Gloffka, 2010). A través del Supraparadigma Integrativo podemos analizar en profundidad cada una de las áreas de funcionamiento del individuo, ya que una de las premisas más importantes de este enfoque apunta a que el ser humano no es únicamente una serie de esquemas de funcionamiento cognitivo, y tampoco es sólo una masa de energía libidinal que se manifiesta inconscientemente.

De esta manera, analizando cuánto del ambiente y la cultura afectan en la manifestación de un síntoma, su intensidad y cuan percibido pueda ser por la comunidad o personas cercanas al individuo evaluado, nos acercamos a una forma de diagnosticar más precisa y en sintonía con cada paciente, con su forma de moverse en el mundo, y con las necesidades que deben abordarse para poder mejorar su calidad de vida y su desempeño como agente activo de la sociedad.

TEA y comprensión diagnóstica

Para poder comprender la variedad de presentación de TEA es que el Enfoque Integrativo Supraparadigmático se vuelve un gran aporte para los psicoterapeutas, ya que a través de la mirada en

360° s. logra poner en perspectiva y enlazar las múltiples disciplinas que intervienen tanto en el diagnóstico como intervención de las personas con TEA. A través de los seis paradigmas, el self, los principios de influencia y los conceptos movilizadores, se generará una guía para imprimir fuerzas de cambio que sean estables tanto para el niño como para sus padres y familiares (Soto, 2013).

En la actualidad, los diagnósticos de TEA son bastante reduccionistas y superficiales, tomando como eje central de análisis sólo la conducta observable del niño, es decir, se identifica la presencia o ausencia de un síntoma a través de un comportamiento específico en un momento determinado. Esto se pone en evidencia, al indagar en los diferentes instrumentos para la evaluación de un Trastorno del Espectro Autista, los cuales en su gran mayoría, se enfocan en realizar autorreportes con preguntas estructuradas, las cuales contemplan sólo respuestas de tipo “Sí o No” a cuestionamientos relacionados con acciones y conductas, sin tomar en cuenta emociones, sentimientos, significados o interpretaciones personales. Esto se traduce en un diagnóstico lineal, monocausal, y estrictamente categorial.

Sin embargo, el EIS genera una comprensión diagnóstica mucho más profunda, abarcativa y específica para cada caso. Un diagnóstico integral se desarrolla analizando las diferentes áreas de funcionamiento del paciente, como por ejemplo: indagando antecedentes genéticos y hereditarios que podrían estar influyendo en la configuración del trastorno (Paradigma biológico), profundizando en aspectos como el apego (Paradigma Sistémico), estilos de crianza que podrían potenciar o mermar ciertas habilidades (Paradigma ambiental-conductual), esquemas cognitivos y visiones del mundo más rígidas e inflexibles (Paradigma cognitivo), cómo el individuo se percibe a sí mismo en relación con el entorno (Sistema Self), entre otros elementos.

De esta forma, un diagnóstico más específico y completo, ayuda al psicoterapeuta a comprender el mundo del paciente, a detectar qué área está más afectada por el trastorno, percibir cuán dañada está la autoestima y cómo las dificultades del paciente afectan en el vínculo con los padres y otros seres queridos. Estos elementos ayudarán a desarrollar estrategias de intervención más amplias, en las que se pueda abarcar el trabajo para generar nuevos modos de crianza, mayor psicoeducación, inclusión del contexto escolar en el proceso terapéutico, reestructuración cognitiva y mejor reconocimiento de sí mismo; todo esto aplicado en el momento adecuado, con las personas adecuadas y utilizando las herramientas adecuadas.

TEA e intervenciones en el área afectiva

Otra área importante en la que el EIS aporta y que no suele tomarse mucho en cuenta al momento de un diagnóstico de TEA dice relación justamente con el mundo afectivo de estas personas. Tanto el Paradigma Afectivo como el Sistema Self aportan teorías explicativas y estrategias de trabajo destinadas a comprender el funcionamiento del individuo más allá de la deficiencia superficial de un repertorio conductual que satisfaga las exigencias sociales. El EIS procura analizar aspectos como la función de identidad del niño y como el Espectro Autista influye en la visión que tenga de sí mismo, de la confianza que tenga en sus capacidades, en su autoestima y sensación de autoeficacia (Gloffka, 2010.).

Es quizás en este punto donde hay que detenerse especialmente, ya que da la impresión de que la mayoría de investigaciones y estrategias de intervención con niños con Síndrome de Asperger estuvieran enfocados en trabajar a un nivel conductual, dejando de lado aspectos como la intersubjetividad, la identidad y la autoestima. Es innegable que aportes como éstos son

importantísimos, sobre todo para los padres de pacientes con TEA, ya que la implementación de un sistema familiar estructurado y claro es esencial para un funcionamiento más adaptativo y controlado (Corsi, Vera, & Plaza, 2007). Sin embargo, estos diseños de trabajo ayudan a que el niño aprenda a comportarse de cierta manera en cierto contexto (generalmente, en sus propias casas con sus padres), sin aportar un aprendizaje significativo y una entrega de herramientas que ayuden a los niños a insertarse realmente en el contexto social, a entender de mejor manera el funcionamiento del mundo y el de ellos mismos, para que sean individuos íntegros en el futuro y logren todas sus metas.

Para propiciar y potenciar el desarrollo de las fortalezas, recursos y habilidades que tienen estas personas y que por un funcionamiento y psicofacturación diferente a la mayoría les resulta dificultoso insertarse en esta sociedad y ser comprendidos, es que se presenta a continuación el Modelo de Intervención para el Desarrollo de Relaciones RDI de Stanley Greenspan, ya que promueve y potencia el desarrollo del niño a través del afecto y su conexión con la conducta comunicativa, lo cual visto desde la perspectiva del Modelo Integrativo Supraparadigmático resulta coherente con su objetivo que es promover el desarrollo y la salud mental; además, sólo en su definición se puede identificar la concurrencia de los Paradigmas Afectivo; Ambiental/Conductual y Sistémico; los cuales influyen de forma gravitante cuando se realiza el diagnóstico y se inicia el proceso de intervención multidisciplinario.

La Intervención para el Desarrollo de Relaciones RDI (Relationship Development Intervention) es un programa que impulsa el desarrollo infantil en base al afecto o la habilidad de conectar el afecto con una conducta comunicativa. Su creador, Stanley Greenspan desarrolla el modelo en base a 3 componentes: (Zardain, 2013)

- Entender la etapa de Desarrollo socio-emocional en que se encuentra el niño/a.
- Entender las individualidades de cada niño aporta al momento de interactuar.
- Entender los patrones relacionales que afectan la interacción del niño/a con sus padres o cuidadores significativos, aspecto que juega un rol clave para tener oportunidades de organizar los instrumentos del desarrollo al servicio de conductas comunicativas cada vez más complejas.

La principal estrategia de intervención en la cual se basa el modelo DIR es originalmente conocida en inglés como Floor Time (Breinbauer C., 2006).

Floor Time o “Tiempo en el suelo” consiste en una serie de técnicas para ayudar a los padres y profesionales a abrir y cerrar círculos de comunicación, con el objeto de fomentar la capacidad interactiva y de desarrollo del niño. El tiempo del suelo es una interacción no estructurada, dirigida por los propios intereses del niño (Breinbauer C., 2006).

El objetivo del “tiempo en el suelo” es estimular la interacción cara a cara, uno-a-uno, mediante un “cortejo” activo al niño, para que éste responda a sus señales. El “tiempo en el suelo” moviliza las capacidades interactivas del niño, así como su capacidad relacionada con la percepción, el lenguaje, la exploración motora y el proceso sensorial. Las interacciones deben implicar siempre un dar y recibir (The Unicorn Children, 2007).

Sin embargo, según la guía de buena práctica para el tratamiento de los trastornos del espectro autista (Fuentes-Biggi, y otros, 2006) “No existen revisiones sistemáticas sobre este tratamiento, lo que se puede explicar por la falta de adherencia de este marco al método científico”; aunque se encuentre en el nivel 1 de la evidencia científica, no significa que sea

menos efectiva en cuanto a lograr cambios y propiciar el desarrollo de la persona.

Este modelo de intervención resulta bastante completo ya que se ponen en juego conceptos como Regulación emocional, Sensibilidad parental; Mentalización y Empatía, sólo por nombrar aquellos más influyentes en el desarrollo del Sistema Self diádico Niño-Madre, Padre o cuidador principal (Bagladi, 2015) y que se constituyen en el andamiaje sobre el cual se construirá y desarrollará la persona del niño. Por lo tanto, realizar una intervención de este tipo desde el Paradigma Afectivo resulta sumamente nutricional y significativo para el desarrollo del vínculo y Sistema Self diádico Niño-Madre, Padre o cuidador principal, más aún si consideramos que una vez realizado el diagnóstico se produce un duelo para los padres, ya que las expectativas que se tienen cuando se espera un hijo se ven enfrentadas con la realidad de un diagnóstico de este tipo, lo que implicará una forma de desarrollo que no estaba presupuestada, sino distinta pero no por eso menos respetuosa y aportativa para ese hijo o hija.

Para que las intervenciones que se realicen tengan impacto y se logren cambios significativos tanto para el niño (a) como para sus padres y cuidadores, cobran importancia dos ámbitos: el primero es establecer una alianza terapéutica basada en la empatía y la genuina actitud por parte del terapeuta para llegar a comprender a ese niño (a) y padres a los que generalmente se les desmoronan sus esperanzas cuando reciben el diagnóstico, lo cual repercute en la relación que establecen con su hijo o hija. El segundo ámbito se refiere a la educación sobre TEA tanto a los padres y cuidadores como a su ambiente más próximo, ya que sólo conociendo a qué nos enfrentamos cuando se realiza este diagnóstico podemos utilizar de la manera más adecuada los recursos y herramientas que permitan entregar a ese niño o niña oportunidades de desarrollo.

Si bien el Síndrome de Asperger y los Trastornos del Espectro Autista tienen criterios universales y sintomatología común para todos los casos, también es cierto que cada ser humano es distinto, y el EIS también realiza un aporte importante en este aspecto. Puede que un paciente con TEA presente mayores obstáculos a la hora de enfrentarse a situaciones o estructuras nuevas (Paradigma Cognitivo), y que otro paciente tenga mayores dificultades para establecer relaciones significativas con otros, lo que le genere una gran frustración y un cuestionamiento acerca de sus propias capacidades (Paradigma Afectivo y Sistema Self). El EIS ayuda a los terapeutas a poner énfasis en las áreas que requieren de mayor atención, dejando en segundo plano aquellos aspectos en los que no se presentan mayores dificultades, o las que no generan un malestar significativo en el individuo.

En conclusión, el EIS ayuda a que como psicoterapeutas, podamos analizar los Trastornos del Espectro Autista desde una mirada completa, sin sesgos, privilegiando el Self, la intersubjetividad y las características particulares e individualidades del ser humano. El EIS ayuda a que el terapeuta utilice las herramientas diagnósticas más que como un constructo categorial, sino como un mecanismo dimensional, que define al individuo como un todo, a él y sus circunstancias, su mundo interno y su ambiente, que favorezcan su bienestar y desarrollo.

REFERENCIAS

Bagladi, V (2015) Trastornos del Desarrollo: Trastornos Generalizados del Desarrollo, Autismo y Síndrome de Asperger. Apuntes de clases Postítulo Psicoterapia

Integrativa Infanto-Juvenil. Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa. Santiago, Chile.

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

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

Interlandi, J. (2008). "No es tan sólo peculiar". *Newsweek Web Exclusive*, 4.

Ministerio de Salud (2011). Guía de Práctica Clínica: Detección y diagnóstico oportuno de los Trastornos del Espectro Autista (TEA). Santiago, Chile.

Schmitzer, S. (5 de septiembre de 2013). Síndrome de Asperger: Las niñas vuelan por debajo del radar. Recuperado el 30 de septiembre de 2015, de <http://news.doccheck.com/es/890/sindrome-de-asperger-las-ninas-vuelan-por-debajo-del-radar/>

Soto Ríos, María Ximena (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.

