

“INFLUENCIA DE LA HOSPITALIZACIÓN SOBRE LA
CONCIENCIA DE ENFERMEDAD MENTAL EN
PACIENTES PSIQUIÁTRICOS”

Tesis para obtener el
diploma de especialista
en psiquiatría

Asesores

Dr. Fernando López Munguía
Asesor Teórico

Dr. Jesús Gutiérrez Aguilar
Asesor Metodológico

Presenta:

Dr. Ricardo Arturo Saracco Alvarez
Residente de cuarto año de la especialidad
en Psiquiatría
Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Alvarez”



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Entréme donde no supe y
quedéme no sabiendo, toda
ciencia trascendiendo.

San Juan De La Cruz

INDICE

Introducción	.....1
Antecedentes	.....2
Discusión filosófica	.....2
I Los dualistas	.....3
II Los monistas	.....6
Aproximaciones conceptuales	.....9
III Conceptos de Conciencia	.....9
IV Conciencia y Lenguaje	.....12
V Conciencia y redescrición	.....13
VI Conciencia y visión	.....14
VII Conciencia y oscilación	.....16
VIII Conciencia y Procesos pautados	.....17
IX Conciencia y enfermedad	.....17
Planteamiento del problema	
Justificación	
Objetivos	
Hipótesis	
Diseño	
Metodología	.....20
Consideraciones éticas	.....26
Resultados	.....27
Discusión	.....30
Bibliografía	.....33

INTRODUCCIÓN

La presencia de la conciencia ha sido un problema que interesa a más de una disciplina. La existencia de la conciencia asociada a los orígenes de la vivencia como hombres, que se extravían en el pasado, la evolución de la especie que lleva de la mano la evolución de la conciencia, desde los rituales mortuorios que dan constancia de la existencia de la propia concepción, hasta la actualidad, donde la conciencia se sitúa en varios niveles, lingüísticos y coloquiales hasta celulares y moleculares. El pensamiento también ha evolucionado desde los orígenes donde la explicación era mágica, religiosa y después científica nos sitúa en los límites de nuestro ser y la propia definición del mismo, de lo que es (somos).

El debate se reabre, continúa con la medicina y en especial la psiquiatría se interesa por el tema, por la percepción de sí mismo. El estado físico-mental es indispensable en nuestra área, pero la misma historia había ocultado el interés, hasta hace varios años en que la filosofía de la ciencia le recuerda a la medicina y a la psiquiatría la importancia de la conciencia. Esto genera un estudio más detallado, con diversos puntos de vista, que enriquecen nuestros conocimientos del acto subjetivo por antonomasia.

La conciencia es un acto humano (posiblemente compartido por algún primate superior como el Orangután), pero la concepción de la reflexión, del estar presente en un espacio exterior y pasar a uno interior, la atención se centra en un acto donde el observador queda excluido de éste, un acto que se convierte en único, en propio, un acto totalmente subjetivo que solo se accede a él por la subjetividad misma, por el propio autor del acto y compartido generalmente por el lenguaje.

La palabra conciencia tiene implicaciones para todos y cada quién la entiende a su manera, esto genera una confusión en niveles no académicos hasta un verdadero debate sobre lo que se espera de ella, tal vez debemos este debate a Gerarld Eddelman premio Nóbel de medicina que reabrió esta caja de Pandora que no termina por estructurarse en la mar de conocimientos (Andreasen 2004).

Este trabajo pretende contribuir a la construcción del marco teórico para un estudio de la conciencia, básicamente mediante la observación de una parte de ella, como es la conciencia de enfermedad, donde un estado mórbido que existe, que se justifica para el resto, llega a no existir en la concepción del paciente, a no compartirlo sin que esto modifique la existencia o no de la patología. El “*no sentirme enfermo cuando lo estoy*” es importante para el desarrollo y la evolución de la patología, de ahí que surge el interés en estudiar un factor como la hospitalización influye sobre la concepción de sí mismos, como enfermos. Siendo actos subjetivos, la dificultad estriba en la expresión del paciente sobre su propia situación, sobre su propia vivencia y sobre su propio existir.

ANTECEDENTES

Discusión Filosófica

... Cicerón evoca la paradoja de los enfermos del alma y de su curación: cuando el cuerpo está enfermo, el alma puede reconocerlo, saberlo y juzgarlo: pero cuando el alma está enferma el cuerpo no podrá decirnos nada sobre ella: “El alma está llamada a pronunciarse sobre su estado cuando precisamente, es la facultad de juzgar la que está enferma” ... (Foucault, M.1999)

El problema de la conciencia está presente desde el principio, el ser humano crea el pensamiento mágico y da inicio a la connotación sobrenatural de las cosas, así, el hombre de Neandertal, fue el primero en realizar entierros y ritos funerarios con sus difuntos, organizando los cuerpos según un patrón y obsequiando presentes como flores y objetos, la antropología narra este acto como una forma de *conciencia* de estar vivos, esta especie no se desarrolló, pero sí el Homo Sapiens el cual dejó las primeras huellas de sí mismo en pinturas rupestres en las profundidades de las cuevas; en especial las de Lascaux al sur de Francia, donde aparecen figurillas antropomórficas, una representación de hombres que vivieron y cazaron por los alrededores y que se distinguen a sí mismos, en especial un cazador armado, su lanza ha desgarrado los flancos de un enorme bisonte, el bisonte enloquecido por el dolor se ha girado hacia él con sus cuernos curvados, como suspendido en el aire, el cazador cae hacia atrás con los brazos abiertos. Por alguna razón se registra esta escena trágica y brutal: una instantánea de la edad de piedra sobre la lucha temprana del hombre, da cuenta de la muerte y el dolor (Frazer 1982, Meave 2002).

Aún el hombre que aparece anterior al desarrollo de la escritura y a las formas de expresión simbólicas, logra crear ante la necesidad y la adaptación; el lenguaje, que se vuelve crucial y modifica de manera tan radical los dominios conductuales humanos haciendo posibles nuevos fenómenos como son la reflexión y la conciencia. En algún momento de la bipedestación, con el aumento de la capacidad craneal, aumenta la socialización y el dominio lingüístico, esto lo lleva a la producción del lenguaje y lo que esto representa, esta característica es que el lenguaje permite al que opera en él: describirse a sí mismo y a su circunstancia, este origen tiene una historia muy larga, hasta paralela a la historia del hombre, los sistemas de creencias del hombre de las sociedades primitivas lograron nombrar el mundo e incluyen en él a espíritus que animan la naturaleza, incluso al mismo ser humano, que independiente de los cuerpos y la muerte mantienen algún tipo de existencia, estos ritos funerarios, las sepulturas y los objetos que acompañan al cadáver pretenden acompañarle a otra u otras vidas y asegurarle la paz, así las religiones tienen como pilar fundamental la creencia en seres sobrenaturales, dioses, espíritus, almas separados del cuerpo (Frazer 1982).

En Grecia, se origina el pensamiento filosófico, en esta época la reflexión del mundo

comienza desde el exterior atribuyendo características creadoras a los elementos (presocráticos) así, el hombre constituye un efecto de ese ambiente animado por dioses y esencias. Al llegar Sócrates la reflexión la centra en el hombre mismo, no como efecto sino como causa, esa razón de ser y estar. Da origen al pensamiento que Platón recrea, estableciendo la diferencia entre el mundo físico y el mundo de las ideas, la rigurosa lógica Aristotélica termina centrando el resto de reflexiones en el hombre. Al paso del tiempo y los pueblos, el cristianismo nace y se apodera de las ideas platónicas (San Agustín¹) y aristotélicas (Santo Tomás de Aquino²) consolidando durante la edad media una vida terrena poco importante y una vida espiritual valedera, donde la conciencia se considera “*la facultad en virtud de la cual el alma percibe sus afecciones*”, de tal forma no es el oído el que oye, ni la vista quien ve, ni la voluntad quien quiere, ni el entendimiento quien piensa, sino el compuesto viviente el que oye y ve y el alma espiritual quien quiere y quien piensa. Estas ideas crecen hasta el renacimiento en donde resurge el debate del origen del alma-conciencia

Esa evolución de las ideas hace que la polémica que nos atrae en especial, no sea aún resuelta, históricamente aparece el dualismo y el monismo que epistemológicamente abarca todas las corrientes de pensamiento en torno a la conciencia y al problema de la diferenciación de la conciencia como parte del cuerpo o como entidad separada de éste, animando una cuestión indispensable en sí misma, ya que constituye el problema fundamental de la conciencia, por lo que éste problema mente-cuerpo persiste suscitando respuestas apasionadas e interrogantes en espacios tanto filosóficos, religiosos y científicos. Las teorías ofrecen respuestas en torno al origen, naturaleza y destino del hombre desde planteamientos monistas, dualistas, materialistas, espiritualistas, generando básicamente dos tipos de posturas o respuestas a éste problema: el monismo y el dualismo, también considerado como material-espiritual, cuerpo-alma, cuerpo-mente, material-conciencia, físico-psíquico, cerebro-conducta, fisiológico-psicológico, lo que entabla redes complejas de interpretación de la información dependiente a cada escuela de pensamiento, incluyendo a la ciencia. Estas categorías (mente-cuerpo básicamente) son susceptibles de interpretaciones distintas e históricas (García GE 2001).

I. Los dualismos

Este término (dualismo) fue empleado por primera vez por Thomas Hyde en *Historia religiones veterum pensarum*, dando pie a la construcción de dos conceptos en Leibnitz y Wolf para diferenciarlo del monismo, asegurando que Al aparecer el *Discurso del Método*, René Descartes postula la existencia de una mente y de un cuerpo (unidas por la glándula), desarrollando el dualismo mente-cuerpo, por lo tanto la conciencia cae en la mente o como representación de ésta, volviéndose incorpórea. Esta significación metafísica continúa con Husserl donde la conciencia se sostiene en tres caracteres: 1) Como la total consistencia fenomenológica real del yo empírico, o sea entrelazando las vivencias psíquicas en la unidad de su curso. 2) Como percepción interna de las vivencias psíquicas propias por lo cual, si veo una cosa me doy cuenta, tengo conciencia de que la veo. 3) Como un nombre colectivo para toda clase de actos psíquicos o vivencias intencionales. Se puede concluir

¹ Ver la Ciudad de Dios.

² Ver la Suma Teológica.

para Husserl que el yo es en sentido corriente un objeto empírico como cualquier otro, siempre seguirá siendo una cosa individual, por lo que el “yo psíquico puro” separado del yo cuerpo, no es más que la conciencia (Ferrater Mora 1994, Hessen 1999, Descartes 1996).

Para Bergson la conciencia tiene más significados en relación con la memoria, y define a la conciencia a través de la inconciencia; como una conciencia que no conserva nada del pasado, con intencionalidad y temporalidad, “*La materia es necesidad, la conciencia libertad*”. Estará desbordada siempre por su concomitante físico, en proporción progresiva con el mayor número de acciones posibles, conciencia es la diferencia aritmética entre la actividad virtual y la actividad real; mide la distancia entre representación y acción, la persistencia de dos entidades diferenciadas una como mental y la otra como corporal, en este sentido Karl Jaspers es más enérgico y mantiene la postura en relación a la conciencia como la manifestación ineludible del alma (postura que comparte con Locke, Hume y Kant), cuando por conciencia es entendida toda manera de una interioridad vivida, aun donde falta la escisión en yo y objeto. Distingue que la conciencia trabaja como fuera de sí misma, con procesos inconcientes que no se representan naturalmente, sino de modo comparativo y metafórico, según se piense corporal o psíquicamente. Está inclinación al pensamiento de forma corporal y psíquica como entidades separadas, donde teóricamente Jaspers describe la funcionalidad de la conciencia en tres fases: 1) La interioridad de un vivenciar y como tal se halla en contradicción con la inconciencia y lo extraconciente. 2) Como la conciencia objetiva (un saber de algo) y se haya en oposición a una vivencia interior como lo inconciente, en esta posición el yo y el objeto no se han separado sino hasta un tercer paso relacionado con la atención. 3) La autorreflexión, como conciencia de sí mismo, que experimento en verdad en la escisión-objeto-sujeto con contenidos queridos, pero cuya vivencia no conozco expresamente y por eso no atrae mi atención (Bergson H. 1995, Jaspers K. 2001, Kant M 2003).

Partiendo de la tercera posición de Jaspers dentro del dualismo se comprende que la conciencia no es más que el resultado de unas complejas funciones que llevan al yo a poder captar, en cada momento, lo que, pudiendo ser aprehendido proceda del mundo externo, del propio cuerpo o del mundo interno. La conciencia se muestra como acción iluminadora que pone al yo en condiciones de “darse cuenta” de las cosas. Dentro de esta acepción Jean-Paul Sartre difiere de la concepción general de conciencia al sostener que la conciencia y el yo no coinciden, la primera está constituida por un campo trascendental, apareciendo como una espontaneidad impersonal y la segunda como personal.

Henry Ey continuó parcialmente esta postura diciendo que son estructuras diferentes del ser conciente. La una y la otra están siempre ahí, en todos los niveles y todas las situaciones de su actividad, el yo no se hace trascendental, sino por su desarrollo mismo, por su devenir, que es su ser. Señalando el atributo de “ser conciente” a su capacidad de poseer lo real y por la posesión del saber. Hughlings-Jackson construye teóricamente a la conciencia a través de niveles dentro del concepto órgano-dinamista (similar al de Ey), en formas positivas y negativas, una conciencia objetiva y una subjetiva, la disolución de la conciencia (disociación) en el sistema nervioso a través de modelos de epilepsia del lóbulo temporal terminó en la teoría de la organización jerárquica del cerebro, aún en boga, H-Jackson no toma a la conciencia como estática, ni como algo nítidamente definido o

preciso, aún así, el concepto resulta inviable (Hogan 2003).

Las relaciones dinámicas del ser consciente con su inconsciente se inscriben dentro de la organización psíquica, de tal manera que no se puede separar de la estructura del lenguaje, que es: en efecto, la estructura misma que une al ser consciente con su inconsciente, de tal suerte que el ser psíquico no está separado en dos partes, sino que representa dos polos, connotada por los términos de la serie conciencia-yo-trascendencia-razón y por los de la serie inconsciente-automatismo-instinto, manteniendo una distinción entre el campo de la conciencia y el yo. Tanto para Lacan como para Freud los contenidos del mundo interno psíquico de los sujetos trascurren en una constante redefinición de lo consciente y lo inconsciente, no dejando ningún lugar vacío o sea, sin conciencia. La aproximación teórica de los autores citados permanecen dentro de un dualismo donde la conciencia es una manifestación del mundo mental, más que el corporal. Así todo lo que procede del mundo externo o interno llena la conciencia, el hombre posee esa cualidad específica de aislarse del mundo y de tomar distancia de él, o “ensimismarse”, término sólo para el hombre que puede hacerlo y que resulta “incomprensible zoológicamente” y por lo tanto, nos distingue del resto de los animales. Es esa capacidad de vivenciarnos interiormente de vivir “solo” consigo mismo, lo que permite que el ser humano se forje ideas del mundo, de las cosas y hacer un plan de ataque a las circunstancias, en suma, para constituirse un mundo interior” y volver al mundo exterior con un “sí mismo que antes no tenía” para ordenar las cosas, gobernarlas y organizarlas a su particular gusto, realizando en este mundo sus ideas y proyectos. Esta forma de “ensimismarse” sería una forma superior de conciencia, pudiéndose definir como: conciencia reflexiva o autoconciencia. Mediante está el hombre llega a la reflexión, al análisis y da el carácter de intencionalidad a los contenidos y a los actos psíquicos (Ey H 2000, Garrabé 2002, Macias G 1994, Ey H 1967, Lacan J. 2003)³.

Filósofos como Popper y neurocientíficos como Sherrington, Penfield, Sperry y Eccles sostienen posiciones dualistas y, si bien reconocen la necesaria referencia de la mente a la organización y funcionamiento cerebral, argumentando la no identidad de ambas realidades. La psicología computacional y la inteligencia artificial se sitúan en esta postura al considerar la mente análoga al programa o software del ordenador, como el cerebro sería equivalente al hardware “la mente es la cerebro, como el programa al ordenador”.

Este funcionalismo distingue entre operaciones funcionales y operaciones físicas y caracteriza los procesos mentales como operaciones funcionales que causan conductas. Si la mente es un programa de ordenador puede ser ejecutado en cualquier hardware lo suficientemente potente, entonces parece que se puede estudiar la mente, el programa con independencia del hardware, en este caso del cerebro. Entonces el estudio (para esta escuela de pensamiento) del cerebro no es relevante para explicar la mente, pues se plantea la investigación de los distintos tipos de sistemas inteligentes sin considerar la estructura material que los implemente, que puede ser biológica (neuronas-cerebro) o física (chips-computadora). Esta postura la comparte la psicología cognitiva computacional, lingüística y la inteligencia artificial. A pesar de que no se hace explícita la postura dualista, las

³ La conciencia personal será el saber que “yo soy yo” y no otro, sabremos que mi cuerpo me pertenece en el sentido real del término y no como idea, es físico y eso es un saber reflexivo, “yo soy yo y mi circunstancia” (Ortega y Gasset)

investigaciones que sustentan en este grupo de teorías, fomentan la separación mente-cerebro (Campbell 1997).

Para Eccles la mente conciente es una propiedad emergente de la organización neural del cerebro, pero no reducible a ella. Por lo que la considera una realidad con sustantividad y autonomía tal que puede influir en el cerebro e interactuar con él, pero que no es él. Considera que el córtex cerebral está organizado en subsistemas más abiertos, semiabiertos o cerrados a la mente conciente, así la conciencia se relaciona e interactúa con los módulos más abiertos, el “yo conciente” interactúa con otros sistemas a través de la ideación lingüística con funciones como la memoria y los sistemas sensoriales y motores (Eccles JC 1986).

Sperry define una teoría emergentista de la conciencia, por lo que las funciones mentales constituyen una propiedad emergente de la organización cerebral, pero que a su vez reobra sobre el cerebro, influyendo y dirigiendo los procesos cerebrales. Popper en cambio sugiere una visión tripartita para clarificar este problema, por el lugar donde se localiza la interacción entre ambas realidades, primero el mundo físico, o universo de entidades físicas que denomina *Mundo 1*, después en segundo lugar el mundo de los estados mentales, incluyendo los estados de conciencia, las disposiciones psicológicas y los estados inconscientes, esto es *Mundo 2* y el tercer mundo de los contenidos del pensamiento y productos de la mente humana; *Mundo 3* (García GE 2001, Eccles JC 1986).

II. Los Monistas

Con este término se designa las teorías las cuales hay solo un tipo de realidad o sustancia, la característica principal es reducir cualquier sustancia a la que se estima como única o existente, declarando que o bien no existe o bien es una mera apariencia de la única realidad existente. Otra definición de monismo es la concepción común a todos los sistemas filosóficos que tratan de reducir los seres y fenómenos del universo a una idea o sustancia única, de la cual derivan y con la cual se identifican. Se llama así por antonomasia el materialismo evolucionista de Haeckel.

Bajo esta perspectiva (monismo Psicofísico) los procesos mentales, incluida la conciencia son propiedades de determinadas estructuras materiales, concretamente el sistema nervioso y el cerebro. W. James hace la alusión a la conciencia como “la cualidad de ser concientes”, sea esta como entidad o como una actividad pura, en todo caso será fluida, inextensa, diáfana vacía de contenido propio, pero conociéndose directamente ella misma. Es personal el hecho universal de la conciencia no es el que existan sentimientos y pensamientos, sino que *yo siento* y *yo pienso*. Así James examina las propiedades de la conciencia; de pertenencia personal, de dinamismo cambiante, de continuidad, de intencionalidad y de selectividad. Así podemos entender tres ideas básicas: 1- No todas las operaciones del cerebro corresponden a la conciencia, 2- la conciencia supone cierta forma de memoria (corto plazo) y 3- la conciencia se relaciona con la atención (Cabaleiro G. 1966, James W 1994, Riviére A. 2003).

El monismo neutral ha estado presente en la filosofía positivista, para estos conceptos mente y cerebro, actividad conciente y actividad neural son dos caras de la misma realidad;

constituyendo dos aproximaciones a un mismo problema; la conciencia. Según se contemple desde dentro o desde fuera, por lo que el problema mente-cuerpo sería una cuestión de semántica. En realidad solo existirían unos únicos procesos o acontecimientos que se conciben como físicos o mentales, según lo considere la perspectiva. El antecedente principal de esta postura es Spinoza negando la existencia de las dos sustancias cartesianas *res cogitans* y *res extensa*, sino dos modos, extenso y pensante de una única sustancia y una única realidad, que sería Dios o naturaleza, solo conociendo dos atributos de esta única realidad; el pensamiento y la extensión, haciéndose presente por modos, entonces el hombre es el cuerpo y el hombre es el alma o sea, dos caras de la misma realidad (Spinoza B, 2002).

El monismo Físicista sostiene que no existe lo mental y que todo es material en el sentido físico, por lo que el cerebro es una entidad física con determinada estructura, y características funcionales, en alguna medida todos afirman la identidad de lo físico con lo psíquico, pero negando la existencia de los procesos mentales propiedades irreductibles. Para los teóricos de la identidad (Smart, Armstrong) los estados mentales son idénticos a los estados cerebrales, la identidad entre mente y cuerpo es empírica y total, como se supone la identidad entre el relámpago y las descargas eléctricas o entre el agua y las moléculas H₂O. El conductismo entra en esta postura monista, diferenciando un conductismo metodológico y un conductismo lógico, el primero representado por Watson y Skinner en básicamente un programa de psicología donde los hechos observables, objetivos y medibles, como son las relaciones entre las condiciones estimulantes del entorno, las respuestas del organismo y las consecuencias que acontecen, supone una ciencia empírica y rigurosa, dejando a un lado los fenómenos introspectivos, subjetivos y mentalistas. En el conductismo lógico representado por Hempel, Ryle da un paso más y afirma que no existen tales procesos mentales a cuales referirse, la mente resulta en solo conducta y disposiciones para comportarse y por tanto los enunciados o descripciones sobre los fenómenos mentales pueden traducirse en oraciones sobre la conducta real o posible.

El materialismo eliminativo, niega los estados mentales, proponiendo una neurobiología estricta, para Churchland nuestras creencias sobre la mente constituyen una psicología popular, como teoría precientífica, primitiva, por lo que los estados mentales de los que hablamos en forma cotidiana no existen. “Cuando la neurociencia alcance el nivel de desarrollo en el que nuestras pobres concepciones resulten evidentes para todo el mundo y se establezca la superioridad del nuevo marco de referencia, entonces seremos capaces de volver a nuestros estados internos en un adecuado marco conceptual, si cada uno de nosotros poseyera un conocimiento científico de las variedades y causas de las enfermedades mentales, de los factores que intervienen en el aprendizaje, las bases neurológicas de las emociones, la inteligencia y la socialización, entonces podremos mejorar el bienestar del ser humano y la desdicha podría verse aliviada” (Churchland 1992).

En contrario el monismo emergentista, o estructuralismo (Laín E. 1991) entiende que el cerebro no es mera entidad física y menos una máquina o una computadora, sino una estructura biológica especializada y compleja y con propiedades particulares, como la conciencia. Los procesos mentales son precisamente esas propiedades de los sistemas neurales del cerebro de determinados organismos, estos procesos no serían meramente

físicos, sino emergentes respecto al nivel de lo físico, constituyen propiedades de los determinados sistemas biológicos (Damasio 2000, Searle 1997). Estos procesos no se reducen a elementos o propiedades físicas o químicas, sino además de requerir determinadas estructuras físico-químicas, exigen una peculiar estructura de carácter biológico, que se desarrolla y conforma desde un programa genético propio de la especie en interacción con el medio. En el caso de procesos mentales como la conciencia el medio es sociocultural, siendo la sociedad y la cultura condiciones necesarias, para el desarrollo de la misma. Estas propiedades no las poseen sus componentes celulares, ni las neuronas aisladas, sino que emergen como propiedades de sistemas neurales. O sea, propiedades sistémicas, fruto de un largo proceso evolutivo de la especie (filogénesis) y de un desarrollo individual (ontogénesis), las propiedades emergentes son específicas y distintas de las propiedades de distintos aparatos o subsistemas del organismo. Percibir, sentir, pensar, recordar, imaginar, desear, querer, hablar, darse cuenta, en fin todos son propiedades emergentes de sistemas neurales específicos e irreductibles a los componentes neurales o subcelulares de los mismos, o a la mera suma agregada de ellos.

- Todos los estados, sucesos o procesos mentales lo son en los cerebros de vertebrados superiores, particularmente en el hombre.
- Estos estados, sucesos y procesos son emergentes con respecto a los componentes moleculares o celulares del cerebro.
- Las llamadas relaciones psicosomáticas son relaciones entre subsistemas diferentes del sistema nervioso o entre éste y otros subsistemas (Damasio 2000, Searle 1997).

El problema mente-cuerpo debe tenerse en una perspectiva triple; a) filogenético: sistemas como resultado de la evolución y de la adaptación, autonomía, dominio del medio, b) Ontogénético: Al nacer incapaz por sí mismo, el hombre requiere cuidados, protección, enseñanza y socialización para sobrevivir. El cerebro se conforma a esto y se estructuran sus funciones en relación al medio, surge la capital importancia de un adecuado cuidado los primeros años de vida. c) Neuropsicológico: el estudio de las lesiones y las representaciones en los individuos. Cabe destacar otro tipo de concepciones como la naturalista donde los fenómenos mentales son propiedades de procesos neurales del cerebro, por lo que el cerebro constituye un sistema biológico como los otros, y es su capacidad de producir y mantener toda la compleja variedad de nuestra vida mental, con especial mención a la conciencia, entendiéndola como todas las formas de nuestra vida conciente; como luchar, huir, comer, hacer el amor, conducir, escribir, rascarnos, los procesos que pensamos como especialmente mentales: percepción, aprendizaje, razonamiento, decisiones, resolución de problemas, emociones y sentimientos están relacionados con la conciencia y dependen de ella, en especial la subjetividad, intencionalidad, racionalidad, voluntad, causación mental. El olvido de la conciencia es lo que da cuenta, más que cualquier cosa, de la ausencia de frutos y la esterilidad de la psicología, la filosofía y la ciencia cognitiva (Searle 1996).

Aproximaciones Conceptuales de la Conciencia

... Sin embargo, una cosa está clara
¿de qué sirve la conciencia a los hombres?...
Werther, Goethe.

Esta gama de teorías en relación nos lleva a suponer múltiples definiciones, ¿Qué es la conciencia?, toda la gente sabe lo que es pero no puede decirlo. La definición personal de uno mismo, es parte del problema de la conciencia; de hecho, la conciencia, como problema psicológico, tiene que ver con el resto de los procesos mentales, o por lo menos con parte de los procesos mentales, porque existen muchas cosas que suceden en mí de las cuales no me doy cuenta. El término tiene muchas aserciones en diferentes campos, desde lo médico hasta lo social. La conciencia; del lat. *Conscient-ŝ* o *cum scientia*, o sea, una ciencia acompañada de otra, del gr. *ἄνε Conscientia*, y del gr. *συνείδησις*. O un saber unitario o común de un mismo hecho. *La podemos entender como la porción superior de la actividad mental; ese estado de lucidez que acompaña a la atención dirigida a nosotros mismos y al universo* (Fernandez-Guardiola 1979).

III. Conceptos de conciencia.

La cantidad de conceptos hace en sí mismo difícil el estudio de la conciencia, así como las escuelas filosóficas que sustentan los mismos, la mayoría tienden a la psicologización de la definición de conciencia. Dejando a un lado la visión filosófica de Kierkegaard, Nietzsche, Kant, Wittgenstein y otros. Nos centramos en la premisa de que damos por hecho la existencia de la conciencia, a lo cual hay retractores como sería el caso de Lashley, afirma que “No hay ningún criterio de conciencia” lo que viene a generar más confusión. En sí mismo, el término tiene significados diversos, llegando a entenderse en forma psicológica, gnoseológica, epistemológica, moral y hasta ontológica.

Podemos iniciar en la postura a favor de la existencia de la conciencia, o sea, que se acepta la existencia de la misma y por lo tanto a que está pueda ser algún día clarificada y estudiada y otra postura es la negación de la conciencia como fenómeno capaz de ser conocido en su totalidad (Cabaleiro, G 1966). Para Zuribi no puede hablarse de “la conciencia” por la sencilla razón de que la conciencia carece de toda sustantividad, de todo ser sustantivo. Conciencia no es sino un carácter o propiedad que poseen algunos de los actos que el hombre ejecuta; hay entonces actos concientes pero no conciencia, está cuestión semántica implica una relación directa o indirecta con la conciencia lo que acepta la existencia de la misma, aún como estados concientes.

Chalmers argumenta que la conciencia surge en virtud de la organización funcional del cerebro, aunque la organización funcional no es por sí misma la conciencia, la conciencia se vuelve irreducible, no cognoscible, o sea, funcionalista. Un ejemplo de esta explicación es la existencia de un sistema físicamente similar al humano pero carente de estados concientes, por ejemplo un “zombi”, entonces la conciencia queda reducida a un nivel de información y llega a la conclusión de que si esta por doquier (la información) todo tiene conciencia pero carece de estados concientes, a decir un termostato probablemente genera

experiencia por doquier y donde hay interacción causal, hay información, y dónde hay información hay experiencia, generando la cuestión de que todo está hecho de información (Chalmers D. 1996). Es decir, la negación de la existencia de la conciencia deriva de dos premisas: la verificación científica siempre adopta la perspectiva de la tercera persona y no existe nada que no se pueda verificar mediante la verificación científica (Verificacionismo) aquí radica la dificultad de las ciencias naturales en explicar las conductas subjetivas (Rosenblueth A 1994).

La conciencia es; un fenómeno natural, biológico. Una parte de la vida, como la digestión, el crecimiento y la fotosíntesis (Searle 1997, Damasio 1996). Aunque existen muchos conceptos, describiré varios de ellos, no dejando de ser el concepto de la conciencia algo oscuro e impreciso. Para la Real Academia de la Lengua Española se divide en cinco diferentes conceptos:

- f. Propiedad del espíritu humano de reconocerse en sus atributos esenciales y en todas las modificaciones que en sí mismo experimenta.
- f. Conocimiento interior del bien y del mal.
- f. Conocimiento reflexivo de las cosas.
- f. Actividad mental a la que sólo puede tener acceso el propio sujeto.
- f. Psicol. Acto psíquico por el que un sujeto *se percibe a sí mismo en el mundo*, este será entonces el más acorde a la visión científicista.

En la universidad de California se han examinado seis conceptos de conciencia, vistos en cuatro dimensiones: a) la intersubjetiva, b) la objetiva, c) la aprehensiva y d) la de introspección:

La conciencia Social,

La conciencia Personal,

La conciencia como Percatarse,

La Autoconciencia,

La Totalidad de la experiencia

El estado de alerta o vigilia.

Otros autores destacan el hecho de cinco conceptos básicos: 1) Facultad moral, 2) ser responsable, 3) Social, 4) estado de vigilia y 5) Percatarse (Díaz 1989, 2002, 1999).

La existencia de más conceptos de conciencia que llegan a entrar en disputa es larga, resumiré algunos que pueden ser útiles para este trabajo:

La síntesis que un individuo realiza, en un momento dado, de sus actividades, que se integran por encima de sus aspectos elementales en una conducta dotada de estructura origina (Porot).

La conciencia es el conocimiento del mundo y de nosotros mismos, que nos permite el acto voluntario (Chauchard).

Es el estado de excitabilidad general del organismo (Hess).

A la organización de un punto central (el yo) es lo que se llama en sentido estricto la, conciencia. (López Ibor).

La conciencia no es una función que existe o no existe, que se eclipsa o aparece según la ley del todo o nada, sino *un sistema dinámico de fuerzas creadoras capaz de estructurar más o menos las relaciones existenciales del yo y del mundo*, de construir de la intersección del tiempo y del orden de los espacios vividos, el campo de la experiencia presente. “Ser

conciente” es disponer de un modelo personal del mundo (Henry Ey). La conciencia es un proceso dependiente de la información que obtenemos mediante nuestros órganos receptores externos e internos (De la Fuente Muñiz). Es un efecto del juego de las funciones de percepción, orientación en el espacio y en el tiempo, atención, memorias de reproducción y evocación, asociación de las ideas y selección de las representaciones mentales, influyéndose mutuamente las funciones para formar un estado de conciencia (Vallejo-Nágera 1954).

Lo que intentan las definiciones es establecer un marco para trabajar sobre la ciencia de la conciencia o el estudio de ésta, a diferencia de las culturas tradicionales y transpersonales que intenta explicar el acto conciente fuera del esquema epistemológico que se ha incluido, esto es los actos de sabiduría perenne o estados no ordinarios de conciencia, que integran más la opinión antropológica que psiquiátrica, esos marcos teóricos quedan fuera del capítulo acerca de las definiciones de conciencia ya que parten de una definición poco clara de la conciencia y justifican la teoría de la existencia de estados más allá de la conciencia o supra-concientes y estados de expansión de conciencia revisados en disciplinas más teológicas que físicas, bajo una tesis central donde la creencia de que hombres y mujeres pueden crecer y desarrollarse a lo largo de una jerarquía hasta el espíritu mismo, como una suprema identidad con lo divino (Lorimer 2003, Castaneda 1992, De la Fuente 2002)

El estudio de la conciencia es más sencillo si sólo vemos la ausencia de la misma, como la somnolencia, el estupor, el coma y la más notoria e impactante “la muerte”, que en términos concretos sería sólo la ausencia de conciencia o la privación de los sentidos (Epicuro). Dentro de estos conceptos se maneja la de Grado de conciencia, como una mayor o menor actividad de la misma, la claridad de la conciencia y la mayor o menor apertura del campo de la conciencia, tomando el ejemplo del diafragma de la cámara fotográfica que puede abrirse o cerrarse. La Psicopatología toma de esto la disolución o desestructuración de los distintos niveles del campo de la conciencia, logrando la unión de lo psicopatológico con lo neurológico; o sea, desde el coma profundo hasta la hipervigilancia, pasando por el sueño (Janet P 1991, Patiño 1997).

Destaca el término percatarse como tener sensaciones, emociones, imágenes, pensamientos o intenciones (Díaz J 1999). Aquí cabe la autoconciencia, dentro de este percatarse, darse cuenta de algo, de alguien, de ¿quién soy yo y qué me pasa? “El darse cuenta” es el punto clave de la conciencia (Martínez, B). Los términos más importantes para darse cuenta de una enfermedad serían la introspección y la autoconciencia como pilar de línea de definición que cabría en el percatarse. El fenómeno cognitivo subjetivo (personal) usualmente activo cuando uno o más sentidos fisiológicos están conectados con la realidad externa, por el cual nos damos cuenta de ella, le buscamos y, quizás, le encontramos significado. Podríamos decir que la conciencia sirve para manejar problemas complejos y para las interacciones sociales, es un determinado modo de procesamiento que afecta a las estructuras mentales que gobiernan las acciones y sirve para determinar los objetivos que se persiguen y él es juzgado donde se resuelven los conflictos internos. Cuando un estado o proceso mental es conciente está ligado a una sensación cualitativa, o sea, “qualia” o cualidades fenoménicas. Los seres humanos estamos sujetos a una experiencia cualitativa, la cual en forma central “en que consiste ser yo, visto desde dentro” esta visión produce nuevos datos que se deben explicar desde el punto de vista cualitativo de las experiencias

(qualias), está cualidad fenomenológica de la experiencia *en que consiste* de la conciencia que tiene elementos que solo se pueden conocer desde dentro, desde un punto de vista subjetivo (Chalmers D 1997).

La conciencia no es un cosa en sí misma que deba ser estudiada por un observador externo que esté apartado de ella, sino que supone la interacción del observador y lo observado, por ello para la explicación del fenómeno de la conciencia se utilizan diversos modelos, desde el del zombi (ver antes), al de la habitación china que es usado para refutar los teóricos que quieren explicar la conciencia como un gran ordenador, la analogía de la habitación china sucede en un cubículo en el cual los trabajadores manipulan letras inglesas que luego traducen en caracteres chinos. Los propios trabajadores no tienen ningún conocimiento de inglés o de chino, sino simplemente un conjunto de reglas que permiten traducir los caracteres. La producción de los trabajadores en la habitación consiste en afirmaciones sensibles en chino. No obstante, los trabajadores no tienen ningún conocimiento del significado de la información que están manejando o del propósito mayor de la habitación. Searle destaca esta parábola para destacar que la producción significativa a partir de una computadora, aunque sea sofisticada, no puede proporcionar ninguna prueba de conciencia en sí misma (Searle JR. 1996). Este *observador interno* que se conceptualiza como nuestro YO, como propiedad emergente del encéfalo, en lugar de una entidad específica que pueda ser estudiada por su propio derecho (Purves 2001).

IV. Conciencia y lenguaje.

El paso más explosivo de la mente es la conquista del lenguaje, esta competencia lingüística colocó al *homo sapiens* en ventaja ante la representación de la realidad, así como almacenar la información, anticipar, dirigir y controlar sus actos, comunicarse e interactuar, reflexionar, tomar: “conciencia”. La dotación del lenguaje que se adquiere y se actualiza con facilidad, rapidez y dominio asombroso, con un continuo re-equilibrio entre asimilación y acomodación garantiza la adaptación y permite la supervivencia de la especie. Esta dimensión reguladora del lenguaje hace posible hablar con nosotros mismos, darnos instrucciones, supervisar nuestras propias actividades y resultados, introducir modificaciones, ajustes, sentirnos afectados en la calidad de relación con el mundo, en especial con los otros. Todos los organismos son “sentientes” de alguna forma, pero los sentimientos de un cerebro dotado de lenguaje, capaz de clasificar e identificar el mundo en forma lingüística y simbólica, expresarlos con palabras, son diferentes de los cerebros que escapan a la competencia lingüística. Las diferencias entre el miedo, la ansiedad, el terror, la aprensión, la alegría y la tristeza, no se percibirían sin lenguaje, sin las estructuras y procesos cerebrales-emocionales y las respuestas que desencadenan (LeDoux 1999, Tisot 1992, Villoro L 1986).

Lo que es fundamental en el caso humano es que el observador ve que: Las descripciones pueden ser hechas tratando a otras descripciones como si fueran objetos o elementos del dominio de las interacciones, por lo tanto el dominio lingüístico mismo pasa a ser parte del medio de interacciones posibles. Sólo cuando se produce esta reflexión lingüística hay lenguaje, surge pues el observador, y los organismos participantes de un dominio lingüístico empiezan a operar en un dominio semántico, entonces los humanos existimos en nuestro operar en el lenguaje y conservamos nuestra adaptación en el dominio de

significados que esto crea. La descripción pura de la conciencia será lingüística, por que sabemos que sin lenguaje no hay pensamiento. Queda la duda de si la conciencia es entonces parte del lenguaje o es subsecuente a éste, si es parte de la primera entonces los animales tendrían conciencia, y si es subsecuente al lenguaje la conciencia surge como proceso evolutivo (emerge), a esto se añade el experimento con gorilas que ante el espejo uno esperaría que se apartara o lo identificara como un extraño, pero al gorila que se le coloca un punto en la frente y se coloca ante el espejo se lleva la mano a la frente, demostrando que existe la concepción del sí mismo, o sabe de antemano que el que está ahí, que es él (Maturana 1999, Varela 2002, Brion 1968, Piaget 1975).

Esta función conciente y autorreguladora del lenguaje se da en la teoría de Vygotski, como herramienta psicológica que opera sobre las acciones de los demás y la propia actividad, además de expresar los propios estados mentales, por lo que el lenguaje es el instrumento más potente para efectuar cambios en el entorno y en uno mismo, o sea, hacemos cosas en el mundo y en nosotros. Si hacemos una introspección u auto-observación, nos quedamos con la impresión de pensar en forma de lenguaje, pensando hablándonos a nosotros mismos, por lo que se postula el recableado del mismo en cada intervención a través de la plasticidad del encéfalo. Lo que se demuestra con el análisis de encéfalos monolingües, bilingües, totalmente distinto de los que no han adquirido un lenguaje o de los que padecen trastornos afásicos (Vygotski 1979, Clark 1999). Podríamos hablar en forma teórica de que la conciencia se forma de una lenguajelización del mundo, a diferencia de animales inferiores. Un estímulo en un lisencéfalo origina una respuesta por lo general motora y automática, en la *Aplysia California* la memoria más simple se da a través de estímulos y de respuestas básicas, en cambio en el hombre la intervención de la conciencia hace que el estímulo que se recibe se mezcle con sentimientos, recuerdos e información del medio y se exprese en forma lingüística, o sea, la experiencia conciente se forma se conoce a través del lenguaje (Kandel 1999, 2000).

V. Conciencia y redescrición.

La redescrición basada en representaciones hace que el conocimiento humano solo sea humano, en la teoría de redescrición representacional se propone un cambio evolutivo y gradual basado en una continua reelaboración del conocimiento hasta hacerlos mas explícitos para el sujeto, esta caracterización de la arquitectura de la mente presenta un grado progresivo de flexibilidad, fluidez y control, con la característica de auto-enriquecerse y explorar el conocimiento ya almacenado y no simplemente del acumulado con el medio. Así cada descripción constituye una versión más condensada o comprimida del nivel anterior de representación, esta flexibilidad cognitiva y la conciencia forman una continuidad de un proceso de representación del conocimiento, éste se hace asequible a la conciencia y se logra verbalizar (Karmiloff-Smith 1994).

La señalización reentrante es la comunicación entre mapas gracias a la que se construye conceptos complejos ligados a percepciones, que se desarrollan en forma activa, la capacidad de reconocer los objetos según su valor, nombre y significado no es innata, el reconocimiento de objetos y acontecimientos no consiste en relaciones uno a uno que dividen al cerebro en una especie de organización, una célula, un concepto. La percepción de "silla" descansa en una señalización reentrante (una redescrición), que combina las

actividades de varios mapas de las regiones cerebrales dedicadas a la percepción sensorial, los conceptos son transportados de una a otra región hasta la formación de la idea del objeto. El cerebelo, los ganglios basales y el hipocampo llevan inventario de los mapas que se van creando, junto con la corteza forman especies más amplias de ideas o mapas, creando un sistema de conexiones para categorías enteras de información e ideas, así como patrones de actividad motriz, dando una variedad enorme de pensamientos y comportamientos. Cada región del cerebro contribuye al reconocimiento del concepto “silla”, lo que explica que cualquier elemento sensorial diferente puede desencadenar el reconocimiento del concepto. De esta manera Edelman explica que la experiencia del mundo como seres conscientes, es una experiencia provocativa e irreductiblemente subjetiva (Ratey J 2003).

VI. Conciencia y visión

David Hubel y Torsten Wiesel a finales de los cincuenta descubrieron que las células nerviosas del córtex visual cerebral de un gato anestesiado mostraban una interesante serie de respuestas cuando se le iluminaban los ojos abiertos, aunque las ondas cerebrales mostraran que estaba más dormido que despierto, Crick comienza su reflexión sobre la conciencia en base a estos postulados, el sistema visual podría ser un inicio en la exploración de la conciencia. Está (la conciencia) es profundamente activa y los mecanismos de atención permiten tener acceso a ella, siendo solo conscientes de algunos elementos de la memoria (corto plazo) pero no de todos, este parece ser un acuerdo general, donde la gente no es consciente de todos los procesos que ocurren en su cabeza, del mismo modo somos conscientes de muchos de los resultados de los procesos perceptivos y memorísticos, el acceso a estos procesos que producen esa conciencia es limitado. Otro supuesto sería que los aspectos diferentes de la conciencia, como el dolor, conciencia visual, utilizan un mecanismo básico y común o algunos mecanismos básicos, esto no está demostrado por lo que Crick y Koch aclaran puntos para el estudio de la conciencia:

1. Eludir una definición precisa por que la consideran prematura.
2. Sin la conciencia el hombre es capaz solo de afrontar situaciones familiares, más bien rutinarias, o respuestas limitadas.
3. Los experimentos adecuados con mamíferos superiores (orangután) pueden resultar significativos a la hora de encontrar los mecanismos que subyacen en la conciencia.
4. Los animales inferiores proporcionan modelos que permiten entender la complejidad del sistema nervioso en principio.
5. Existen muchas formas de conciencia, las asociadas al ver, al pensar, a la emoción, al uno mismo, al dolor, el aspecto autorreferencial, etc.

Los fotones que entran por los ojos sólo indican la cantidad y características de la luz. Pero lo que queremos saber es qué hay ahí afuera, qué hace y qué va a hacer probablemente, la necesidad de ver el objeto, movimientos, saber su significado, que hacen esos objetos, para que sirvan o cuando habían sido vistos. Es indispensable para sobrevivir y dejar una descendencia viable esta información, además de necesitarla en tiempo real, o sea, lo suficientemente rápida como para hacer algo antes que deje de tener sentido, de modo que ojo y cerebro deben analizar la luz que llega para que suministre la información necesaria. Así, el sistema visual nos puede engañar con facilidad, la información puede llegar a ser ambigua y ver se constituye en un proceso constructivo, lo que parece hacer referencia a que en nuestra cabeza existe una imagen del mundo visual que se encuentra ante mí. Una

simbolización de la imagen, un símbolo que representa una cosa, como un animal, ejemplo la palabra perro representa una clase concreta de animal, no hace falta que un símbolo sea una palabra.

La exploración de la conciencia visual en lugar de las otras formas, se basa en que los humanos somos animales muy visuales y la conciencia de ver es especialmente vívida y rica en información. Gracias al conocimiento detallado del sistema visual de los primates, se observa que las partes visuales descomponen la imagen, pero no se sabe como compone el cerebro esa información, para proporcionar la visión, altamente organizada del mundo (lo que vemos), que todo indica a un carácter jerárquico. Da la impresión de que el cerebro necesitará imponer cierta unidad global a determinadas actividades en sus diferentes partes, de modo que los atributos de un objeto se reúnen todos sin que por eso se confundan con los de otros objetos. Esto requiere mecanismos de “atención”, y supone una determinada memoria a corto plazo. Sugiriendo una unidad global expresada mediante el disparo *correlacionado* de las neuronas implicadas. Las neuronas responden a las propiedades de un objeto determinado y se disparan al mismo tiempo que otras neuronas activas, que corresponden a otros objetos, no responden a sincronía con el grupo de neuronas correlacionadas. A la existencia de un número casi infinito de objetos diferentes y posibles que somos capaces de ver, no puede haber una sola neurona (célula abuela) para cada uno de ellos, las probabilidades combinatorias para representar todas las características de tantos objetos son abrumadoras, por lo que parece probable la presencia de una representación de un objeto por un conjunto de neuronas, o por el disparo correlacionado, no solo por la tasa de disparos, sino los *momentos exactos* en los cuales se disparan esas neuronas. La conciencia requiere una actividad de las neuronas un “correlato neural”, entonces la conciencia podría tomar formas diferentes, dependiendo de que partes del córtex tomen parte, un tipo concreto de actividad de un conjunto pasajero de neuronas, que son parte de un conjunto mucho más amplio de candidatas potenciales, por lo que la conciencia supone la atención y de memoria a corto plazo como indispensables de ese proceso (Crick 2000).

La percepción de las cosas se considera continúa, pero cuando relacionamos lo que percibimos con nuestras categorías internas de las experiencias, nos volvemos concientes, centramos la atención, juzgamos los estímulos contrastándolos con las referencias del mundo que guardamos en nuestros recuerdos a largo plazo, este acto de categorías, nos vuelve concientes de la percepción. Estos postulados da origen a una teoría de selección natural de grupos neuronales (darwinismo neuronal), basados en dos tipos de selección: la selección del desarrollo y la de la experiencia. Cuando un ser humano nace pasa de la etapa del desarrollo a la de la experiencia (excepto en la adolescencia, donde existe otra etapa de desarrollo: Manzo 2004), así cada experiencia causa el fortalecimiento o la debilitación de las conexiones neuronales que alteran el repertorio primario, un grado de inactividad generará pérdida de conexiones y células cerebrales, por lo que las conexiones y áreas que se mantiene son las necesarias e indispensables para la supervivencia, por lo que las partes inactivas son un derroche innecesario, las experiencias de comportamiento dirigen el desarrollo del sistema nervioso, como ejemplo está la Deprivación visual de un gato cuando al nacer se le ocultaron los ojos comprobándose que la vista no pudo ser restituida posteriormente, después de un periodo de no utilizarse. Cada recién nacido crea su comprensión particular del mundo, reforzándola, ampliándola, como proceso adaptativo

(Díaz JL 2002).

VII. Conciencia y oscilación.

Experimentos con mamíferos superiores realizados por Graciano mostraron que al insertar un diminuto electrodo en los centros de mando de los cerebros de dos monos; entre las cortezas premotrices ventrales, las cuales se activan cuando el animal se mueve e interactúa, además de coordinar sus músculos con lo que ve, oye y siente. Cuando los ojos de estos animales localizan un objeto se disparan grupos neuronales, y un subconjunto de las mismas continúan disparándose incluso después de perderlo de vista, como si los monos continuaran viendo el objeto, manteniendo una breve memoria de corto plazo, lo que respalda la idea de una construcción de mapas del mundo externo y un subconjunto de neuronas se mantiene en alerta, en un correlato.

Estudios afirman que las áreas de la corteza emiten un nivel constante de ruido, u oscilación, a una frecuencia de 40 ciclos por segundo (40 Hz), con coincidencia de fase, es decir, sus ondas sonoras oscilan al unísono; marcando los mismos tiempos de respuesta, como si las neuronas actuarán en forma sincrónica, postulando a los núcleos intralaminares como directores de la oscilación. Durante la vigilia hay grandes estallidos de actividad eléctrica, en cada región del cerebro, al margen de la oscilación, los estallidos guardan una correlación con los cambios en el entorno o en la actividad. Al sincronizarse las suficientes redes neuronales se logra adquirir la conciencia, la explicación es como un zumbido eléctrico de 40 Hz que hay entre los circuitos eléctricos del cerebro, esta oscilación se mantiene durante el sueño REM pero desaparece durante el resto. Cuando pacientes presentan daño de los núcleos intralaminares del tálamo entran a coma profundo e irreversible, si se afecta solo un hemisferio el individuo no queda en coma, pero no tiene conciencia de la mitad de su cuerpo, no percibe lo que pasa en un lado de su campo visual, y aunque puede que se paralicé todo ese lado del cuerpo, impresionará ver que no es capaz de percibirlo y a menudo negará tajantemente que está incapacitado en absoluto, negando que la parálisis le sea propia (Ratey J 2003).

En la neurología clásica la Anosognosia (Síndrome de negación, Síndrome de Antón-Babinski) es utilizada para referirse a la inconsciencia de las deficiencias físicas o enfermedades. Se observa más a menudo de enfermedades del lóbulo parietal no dominante (derecho), con la inconsciencia de las deficiencias del lado izquierdo (Afifi 1999). A estos pacientes con deterioro de la región parietal derecha del cerebro, les impedía tener conciencia de sus propias deficiencias (i.e. parálisis de un miembro, en una paciente tras activarse artificialmente el hemisferio derecho cayó en cuenta de que tenía la parálisis del brazo izquierdo, hasta que los estímulos desaparecieron volviendo a establecerse la deficiencia), como señala W. Sperry, estos pacientes urden razones que les liberen de tener que enfrentarse a lo que no querrán reconocer, o que no logran (Solms M 2004). La Anosognosia puede generar un modelo anatómico para explicar algunos procesos de la conciencia, como la pérdida de la misma y una base hipotética para ello. Se establece que los hemisferios del cerebro evalúan de manera diferente el mundo, en pacientes con el “cerebro escindido” (en términos de cirugía de cuerpo calloso y no de escisión de personalidad) se logra intuir la creencia de que cada hemisferio es conciente, pero la no expresividad lingüística del hemisferio derecho niega este postulado, entonces para que la

conciencia exista se requiere la colaboración de ambos hemisferios, así como la integridad de los núcleos interlaminares del tálamo.

VIII. Conciencia y procesos pautados.

El planteamiento de que una teoría de procesos pautados reconoce que ciertos eventos de los seres vivos, estructurados jerárquicamente (como caminar), se llega a describir como pautas y como procesos, son transiciones *cinemáticas* espaciotemporales de ciertos estados, que se definen en diferentes formas o configuraciones particulares. Las pautas cerebrales de la actividad Intermodular, al procesar los contenidos concientes y los cambios corporales definen el comportamiento expresivo. El cerebro, la conciencia y el proceso de conducta pueden identificarse colectivamente como pautas espaciotemporales de actividad que integran procesos pautados. Estas actividades no se llevan a cabo por neuronas aisladas sino que intervienen sistemas dinámicos en la transmisión de la información, por la actividad sincrónica y enlazada de un vasto grupo de neuronas organizadas en forma de red, no estando codificada por la frecuencia de disparo de las células individuales, sino de ensamblajes masivos de neuronas, separados físicamente pero relacionados funcionalmente. Se trata de una *cinemática* discontinua, a diferencia de los sistemas de evolución continua, las redes de Petri incluyen la representación de sitios, transiciones y arcos que conectan a los sitios y a las transiciones, de esta forma los elementos activos se localizan y en disparos trasladan de un sitio a otro dentro de una configuración establecida, así representan y analizan las conductas cualitativas de ciertos sistemas complejos, entendiendo al evento y a los procesos como series de sucesos, como activación mutua entre los elementos, estos procesos deben ocurrir y expresarse en tiempo real para existir en los seres vivos, desde la excitación e inhibición de las neuronas.

La información es transformada y converge de manera progresiva en cada nivel de organización cerebral, cada rango de actividad fisiológica abarca desde el nivel de organismo integrado y su conducta, hasta niveles más finos, como característica emergente del sistema, si estas no existiría la conducta organizada ni la conciencia. La conciencia que funciona en esta teoría se trata de un flujo continuo (como un río) en diferentes niveles de profundidad, entre más bajos, más inconcientes, no como un flujo aislado, sino como un flujo de estados (estados y no etapas) discretos que dan origen unos a otros, estas series superpuestas de formas y pautas en el tiempo, dotadas de combinación, secuencia, cinética, periodicidad, textura y cualidad. Por lo que la conciencia ocurre en el mismo nivel de organización en la jerarquía de los sistemas orgánicos, no presentándose como niveles sino, como aspectos cognitivos o motores del más elevado nivel de organización cerebral, la dinámica de la conciencia se vería necesariamente reflejada en la dinámica de la actividad correspondiente en los sistemas corporales que expresan tal estado conciente (Díaz JL 1989, 1992, 1999, Von Bertalanffy 2003, Fernández-Guardiola 1996).

IX. Conciencia y enfermedad.

Esquirol insiste en la necesidad de considerar la falta de conciencia como un criterio central; sino que concierne en forma esencial a la conciencia que el enfermo puede tener o no carácter mórbido de su estado. Las personas insanas mantienen uniformemente una convicción total de su perfecta salud, se creen a sí mismos, aunque hay enfermos que son

concientes del desorden de sus pensamientos o afectos, con la aflicción de no tener la suficiente voluntad para reprimirlo, Ey al estudiar este problema se basa en el problema jerárquico de Hughlings Jackson y afirma que todos los trastornos mentales derivaban de cambios diacrónicos o sincrónicos de la estructura de la conciencia, ésta se vuelve pasiva, constreñida ante el delirio, o sea, incoercible. El estadio delirante emerge en el contexto de una alteración de la conciencia, aún desde el estadio predelirante. Lange propone una hipertrofia de la conciencia antes de la formación del delirio a diferencia de Llopis y Ey donde la estructura conciente se disloca, diferenciando la escuela francesa de la sajona en términos del alcance de la alteración de la conciencia, para los primeros las alteraciones cognitivas menores, la disforia, irritabilidad. Desorientación temporo-espacial y estados hiperestésicos pertenecen al espectro de la dislocación de la conciencia y para los ingleses solo la desorientación, la confusión y los síndromes atencionales, desarrollándose esta última posibilidad en el mundo occidental. El carácter objetivo de esta conciencia mórbida consiste en su imposibilidad para someterse al régimen de conceptualización discursiva que tiene la conciencia normal (Berrios 1996, Hogan 2004).

La conciencia de enfermedad, se refiere al autoconocimiento en la relación con la condición mental, es la medida de la concordancia de la percepción que el paciente tiene de sí mismo comparada con la de su comunidad o cultura. La conciencia de evaluación puede ser inferida por el clínico a partir de las respuestas del paciente a la enfermedad ante experiencias anormales, por eso no es una función que este presente o ausente. Es un parámetro clínico que admite la existencia de diferentes grados y que puede variar a lo largo del tiempo. El análisis de la conciencia de enfermedad requiere de cuatro factores básicos para que pueda ser evaluada:

¿Hasta que punto el paciente parece estar al tanto de los fenómenos anómalos que otros sujetos han percibido en él?

¿Qué capacidad tiene el paciente para reconocer que estos fenómenos son realmente anómalos?

¿Qué capacidad tiene para considerar que tales fenómenos anómalos son el resultado de una enfermedad mental?

En caso de que el paciente acepte que está enfermo, ¿Hasta qué punto es capaz de considerar que necesita un tratamiento que haga frente a su enfermedad?

La conciencia de enfermedad para autores sajones es sinónimo claro de Insight, entendiéndolo como: *el grado de conciencia y comprensión que el paciente tiene de que esta enfermo* (sería pertinente aclarar que se percata de ello), dentro de esta referencia se enmarcan niveles de conciencia de enfermedad:

- a Negación total de la enfermedad
- b Ligera conciencia de estar enfermo
- c Conciencia de estar enfermo, pero culpando a los demás, a factores externos, a factores orgánicos.
- d Conciencia de que la enfermedad se debe a algo desconocido
- e Insight intelectual donde admite que está enfermo y que sus síntomas o falla en adaptación social son debidos a sus propios sentimientos irracionales y particulares sobre sus trastornos, pero sin aplicar este conocimiento a las experiencias futuras.
- f Insight emocional (verdadero) donde se establece una conciencia clara con contenido emocional de los motivos y sentimientos de la significación subyacente de los

síntomas, si esta conciencia lleva a un cambio de personalidad y comportamiento futuro: apertura a nuevas ideas sobre sí mismo y las personas significativas en su vida (Kaplan 1995).

La mayoría de los trabajos en donde expresan la conciencia de enfermedad es en relación con la esquizofrenia, Vaz y Casado encontraron que los pacientes que sufren esta enfermedad aceptan que necesitan ayuda, más que aceptar la existencia de una enfermedad mental. Por lo general la enfermedad mental produce malestar continuo (Clínicamente significativo) esto incide en la forma de relacionarse con sus pares, compañeros, familiares, con la misma sociedad, por lo que básicamente predomina sufrimiento o malestar. La multitud de factores que favorecen la aparición de un trastorno mental involucran a cualquier factor que genere estrés; pérdida de seguridad económica, de amor, de alguna capacidad física, del fallecimiento de un ser cercano a él, separación, infidelidad cambios o pérdidas del empleo, fracasos, además de muchos otros (Vaz y Casado 2000).

Esta distorsión de los mecanismos adaptación, puede disminuir la habilidad de los pacientes para comprender la realidad, este engaño puede causar mal interpretaciones de la forma de afrontar los problemas. Aproximadamente el 50% de pacientes con esquizofrenia pierden la capacidad de insight o nunca llegan a poseerla (Kampman 2000).

Esta pérdida o ausencia de conciencia de enfermedad, es un fenómeno multidimensional. Los instrumentos que intentan medir la conciencia de enfermedad en pacientes esquizofrénicos contienen usualmente ítems para conocer la conciencia que tienen de su padecimiento y su actitud hacia la medicación. Estas medidas se correlacionan con otros aspectos de sintomatología, como cumplimiento terapéutico, mejoría cognitiva y suicidio, esto puede planear estrategias de tratamiento. Se usan el autoreporte o escalas como son el Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder (SUMD) y el The Insight and Treatments Attitudes Questionnaire (ITAQ). Estas últimas con mayor correlación con los síntomas psicóticos y con mejor puntaje a la hora de evaluar la complejidad del fenómeno de insight, suponiendo que esto es por las características profesionales de los investigadores y por la capacidad de reconocer síntomas que los pacientes no pueden, o no logran darse cuenta. En el caso de los pacientes esquizofrénicos debido a sus problemas con la memoria de trabajo, déficits de atención, concentración y de relaciones sociales, este deterioro puede ser descrito como una “doble orientación” o “doble registro” (Bleuler 1971) como una interpretación de la realidad que llega a cambiar de un momento a otro (Young et al 2003).

Algunos autores intentan relacionar la conciencia de enfermedad y la toma de medicamentos, lo cual es proporcional, entre mas conciencia mejor actitud a los medicamentos, algunas observaciones clínicas relacionan la medicación antipsicótica atípica con una mejoría de la conciencia de enfermedad, explicado por la disminución de efectos secundarios y mejoría del cuadro psicótico asociado a las características personales (Sajatovic et al 2002). La ausencia o pobre conciencia de enfermedad se mas común en los pacientes con esquizofrenia, seguidos de los pacientes con trastorno esquizoafectivo, trastorno depresivo mayor con o sin psicosis y trastorno bipolar moderado o severo. Esta pérdida de insight se relaciona con déficit neurocognitivos, en todo tipo de pacientes (Pini et al 2001).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Es posible que la hospitalización sea capaz de modificar la conciencia de la enfermedad mental?

JUSTIFICACIÓN:

El presente trabajo pretende relacionar la conciencia de enfermedad con la modificación de la misma durante el proceso de hospitalización. La mayoría de los pacientes psiquiátricos no tienen conciencia de estar enfermos al momento de ingresar al hospital, y a su egreso, algunos pacientes la adquieren con ayuda del personal multidisciplinario, lo que se relaciona directamente con el cumplimiento terapéutico. Esto indica que para que se favorezca la adherencia al tratamiento, es menester intentar el desarrollo de ideas que tengan los pacientes sobre su padecimiento, su relación con el médico y con sus semejantes (Sousa 1987).

Si uno de los problemas mayores de las recaídas y reincidencias de los padecimientos de orden psiquiátrico es la pobre conciencia de enfermedad que llega a ser hasta del 50%, las consecuencias de los actos terapéuticos pueden ser modificadas si a través del proceso de hospitalización se logra aumentar esta conciencia, se desconoce si hay modificación de esta forma de verse antes y después del proceso hospitalario, esa es una motivación para la realización de este trabajo, con la intención de que sirva como información en las relaciones con los pacientes psiquiátricos.

OBJETIVOS:

Evaluar la influencia de la hospitalización sobre la conciencia de la enfermedad mental, así como describir si existe la relación entre hospitalización y conciencia de enfermedad mental.

HIPOTESIS

Sí la conciencia de enfermedad es modificable por la hospitalización y los pacientes con padecimientos psiquiátricos tienen dificultad en obtener esta conciencia entonces la hospitalización es capaz de modificar la conciencia de enfermedad.

DISEÑO

Es un estudio Descriptivo, Abierto, Observacional, Prospectivo y Longitudinal.

METODOLOGÍA

a) Universo y muestra

Se obtendrá los resultados de los instrumentos en pacientes hospitalizados que cumplan con los criterios de selección. Independientemente del diagnóstico al ingreso o egreso. El tamaño de la muestra serán los pacientes que ingresen en un período de dos meses.

b) Criterios de Selección

Criterios de Inclusión

Pacientes de ambos sexos entre los 18 y 54 años de edad, que estén hospitalizados.
Que acepten participar en el estudio.

Criterios de Exclusión

Pacientes que no acepten participar en el estudio
Pacientes que presenten alteración del alerta o somnolencia excesiva

Criterios de Eliminación

Salida voluntaria del estudio.
Egreso del hospital en menos de siete días.

c) Variables:

Variable independiente:
Trastorno mental

Variable dependiente:
Hospitalización

d) Instrumento de medición:

SUMD (Scale Unawareness of Mental Disorder)

Descripción:

El SUMD fue diseñado para evaluar la conciencia de enfermedad en los pacientes psicóticos de forma multidimensional. La versión reducida, la más utilizada actualmente, consta de 9 ítems que se agrupan en dos partes:

La primera parte o evaluación global de la conciencia de enfermedad, está formada por los

3 primeros ítems y se centra en la conciencia de padecer una enfermedad mental, de los efectos de la medicación y de las consecuencias sociales de la enfermedad mental.

La segunda parte o conciencia de los síntomas, está formada por 6 ítems que evalúan el nivel de conciencia y la atribución de 6 síntomas: alucinaciones, delirios, trastornos del pensamiento, embotamiento afectivo, anhedonia y asociabilidad.

Las puntuaciones del nivel de conciencia se realizan mediante una escala Likert de seis valores de intensidad que oscilan entre 0 (ítem no relevante), 1 (conciencia), y 5 (no hay conciencia). Para las puntuaciones de la atribución de los seis síntomas se utiliza la misma escala Likert. Para evaluar la atribución de un síntoma es necesario tener conciencia del mismo; por ello, sólo se evalúa la atribución en los síntomas puntuados con 3 o menos en el apartado de conciencia.

La versión no reducida evalúa 14 síntomas, incluyendo además los de la versión reducida, los siguientes: afecto inapropiado, apariencia inusual, comportamiento estereotipado, juicio social pobre, control de impulsos agresivos, control de impulsos sexuales, alogia, abolición y trastornos de la atención.

Para la validación se utilizó en 43 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo según el DSM-III-R, en el instituto de psiquiatría de Nueva York. El grupo de estudio consistió en 31 hombres y 12 mujeres con una media de 31.16 años (SD=8.8). Los aplicadores se basaron en un manual con 2 entrenamientos previos, con un coeficiente de correlación interclase de rangos de 0.55 a 0.99 media 0.54.

En los ítems generales, para el periodo actual los rangos de medidas fueron 3.14, 2.48 y 3.08 respectivamente. Para el periodo pasado (sólo inglés) los rangos fueron 2.46, 2.11 y 2.93. Dentro de las cuatro subescalas, la correlación no reveló diferencias significativas entre la actualidad y el periodo pasado; los rangos actuales ($r=0.55$, $df=40$, $p<0.001$) y los rangos pasados ($r=0.67$, $df=40$, $p<0.001$), lo que indica que la escala es parcialmente independiente.

Correlación e Interpretación:

Proporciona una puntuación de conciencia de enfermedad global y una puntuación de conciencia de los síntomas y de atribución de los síntomas. La puntuación de conciencia global se obtiene sumando las puntuaciones en los tres primeros síntomas. Los autores no proporcionan puntos de corte. A mayor puntuación, mayor gravedad. Las puntuaciones de conciencia y de atribución de los síntomas se obtienen aplicando la siguiente fórmula: suma de los puntos obtenidos en la dimensión correspondiente (conciencia o atribución) de los ítems 4 al 9 dividido por el número de ítems relevantes para esta dimensión (Conciencia o atribución). Ítems relevantes son aquellos que obtiene puntuaciones superiores a 0, en ambas dimensiones a mayor puntaje, mayor gravedad (Amador 1993, 1994, Arango 1999).

e) Descripción de procedimientos:

El responsable del estudio será un residente de 3er año de psiquiatría, encargado de aplicar el instrumento al inicio de la hospitalización y al final de la misma, la aplicación será

realizada en el período comprendido en dos meses que dura el mismo. Se aplicara el SUMD a todos los pacientes en el período comprendido para el estudio, se realizará una evaluación al inicio y al final de la hospitalización.

Línea basal: A aquellos que cumplan con los criterios de selección, se solicitará autorización verbal para contestar la escala SUMD

f) Hoja de captura de datos:

Se recopilaran los datos donde contenga la escala por ambos lados al inicio y al final, acompañado de nombre, edad, fecha, sexo, piso, diagnóstico y esta será vaciada en una hoja de cálculo clasificando a la muestra por enfermedad, edad, sexo, piso y los puntajes totales de las dos áreas del instrumento (1 a 3 y 4 a 9).

Hoja de recolección de datos directamente con el paciente:

Escala de Evaluación del Insight (SUMD)	0	1
1. Conciencia de poseer un trastorno	0. Ítem no relevante	
	1. Conciencia	
	2.	
	3. Conciencia intermedia	
	4.	
	5. No hay conciencia	
2. Conciencia sobre los efectos de la medicación	0. Ítem no relevante	
	1. Conciencia	
	2.	
	3. Conciencia intermedia	
	4.	
	5. No hay conciencia	
3. Conciencia de las consecuencias sociales del trastorno mental	0. Ítem no relevante	
	1. Conciencia	
	2.	
	3. Conciencia intermedia	
	4.	
	5. No hay conciencia	
Total 3 ítems _____		
4a. Conciencia de poseer alucinaciones enfermedad	4b. Atribución de las alucinaciones a la enfermedad	
0. Ítem no relevante	0. Ítem no relevante	
1. Conciencia	1. Atribución	
2.	2.	
3. Conciencia intermedia	3. Atribución intermedia	
4.	4.	
5. No hay conciencia	5. No hay atribución	
5a. Conciencia de poseer delirios	5b. Atribución de los delirios a la enfermedad	
0. Ítem no relevante	0. Ítem no relevante	
1. Conciencia	1. Atribución	

- 2.
- 3. Conciencia intermedia
- 4.
- 5. No hay conciencia
- 6a. Conciencia de poseer trastornos de pensamiento a del pensamiento
- 0. Ítem no relevante
- 1. Conciencia
- 2.
- 3. Conciencia intermedia
- 4.
- 5. No hay conciencia
- 7a. Conciencia de poseer embotamiento afectivo a la afectivo
- 0. Ítem no relevante
- 1. Conciencia
- 2.
- 3. Conciencia intermedia
- 4.
- 5. No hay conciencia
- 8a. Conciencia de poseer anhedonia
- 0. Ítem no relevante
- 1. Conciencia
- 2.
- 3. Conciencia intermedia
- 4.
- 5. No hay conciencia
- 9a. Conciencia de poseer asociabilidad enfermedad
- 0. Ítem no relevante
- 1. Conciencia
- 2.
- 3. Conciencia intermedia
- 4.
- 5. No hay conciencia

nombre
 piso
 fecha egreso

- 2.
- 3. Atribución intermedia
- 4.
- 5. No hay atribución
- 6b. Atribución de los trastornos de la enfermedad.
- 0. Ítem no relevante
- 1. Atribución
- 2.
- 3. Atribución intermedia
- 4.
- 5. No hay atribución
- 7b. Atribución del embotamiento enfermedad
- 0. Ítem no relevante
- 1. Atribución
- 2.
- 3. Atribución intermedia
- 4.
- 5. No hay atribución
- 8b. Atribución de la anhedonia a la enfermedad
- 0. Ítem no relevante
- 1. Atribución
- 2.
- 3. Atribución intermedia
- 4.
- 5. No hay atribución
- 9b. Atribución de la asociabilidad a la
- 0. Ítem no relevante
- 1. Atribución
- 2.
- 3. Atribución intermedia
- 4.
- 5. No hay atribución

(Bobes 2003)

edad
 dx

Hoja de recolección de datos generales:

NÚMERO	EDAD	SEXO	DX. CIE	PISO	SUMD 1	SUMD 2	DIAS HOSP
1							
2							
3							

4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29							
30							
31							
32							
33							
34							
35							
36							
37							
38							
39							
40							

g) Calendario:

Revisión bibliográfica: 01-01-2004 al 01-10-2004

Elaboración de protocolo: 01-07-2004 al 01-08-2004

Obtención de la información: 01-08-2004 al 01-12-2004

Procesamiento y Análisis de datos: 01-12-2004 al 25-01-2005

Elaboración del informe técnico final: 05-12-2004 al 05-03-2005

Fecha de inicio: 01-01-2004, Fecha de terminación: 01-03-2005.

h) Recursos:

Humanos:

Dr. Fernando López Munguía; Asesor Teórico.

Dr. Jesús Gutiérrez Aguilar; Asesor Metodológico.

Dr. Ricardo Arturo Saracco Alvarez; Residente de cuarto año

Materiales:

Bibliografía, fotocopias, lápices, papelería.

VALIDACIÓN DE DATOS:

Se utilizará estadística descriptiva: medidas de tendencia central y dispersión: rango, media, desviación estándar, proporciones o porcentajes.

Por medir asociación se utilizará: análisis de correlación lineal, coeficiente de correlación de Spearman, t de student y otras.

LA PRESENTACIÓN:

Se realizará utilizando tablas y/o gráficas.

CONSIDERACIONES ÉTICAS:

"Todos los procedimientos estarán de acuerdo con lo estipulado en el Reglamento de la ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.

Título segundo, capítulo I, Artículo 17, Sección I, investigación sin riesgo, no requiere consentimiento informado.

Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta. Los datos generados en la investigación serán utilizados únicamente con fines científicos (Villanueva LA 1999).

Resultados

Se aplicó la escala SUMD al inicio y al final de la hospitalización a 200 pacientes ingresados en el HPFBA, de los cuales 102 femeninos y 98 masculinos, en edades de 17 a 55 años de edad con una media de 33.50 +/- 10.13. Para el sexo femenino (n=102) la edad era de 34.74 +/- 9.98 y para los varones (n=98) era de 32.21 +/- 10.18. Los días de estancia oscilaron entre 7 a 40 días, con una media de 24 días +/- 8.23, para las mujeres la duración fue de 22.07 +/- 7.86 y para los hombres de 26.01 +/- 8.17. Esto representa una menor estancia intrahospitalaria para las mujeres, de 4 días en promedio.

Las calificaciones de inicio (SUMD1) fueron de 5 a 75 puntos con una media de 56.48 +/- 19.14 y al final (SUMD2) fueron de 3 a 75 con una media de 47.78 +/- 20.65. Separados por sexos; las mujeres presentaron al inicio una puntuación de 51.64 +/- 21.12 y los varones una de 61.53 +/- 15.40, las puntuaciones al egreso para femenino fue 42.50 +/- 22.23 y para masculino de 53.29 +/- 17.33, lo que representa una diferencia significativa ingreso-egreso en forma total ($p < 0.05$), también del ingreso al egreso las diferencias entre sexos son significativas ($p < 0.05$) con mejores puntajes en el sexo femenino (Tabla 1).

SEXO	SUMD 1	SUMD 2	DIAS HOSP.	DIFERENCIA
FEM.	51.64 +/- 21.12	42.50 +/- 22.23	22.07 +/- 7.86	- 9.1373
MASC.	61.53 +/- 15.40	53.29 +/- 17.33	26.01 +/- 8.17	- 8.2449

Tabla 1, División por sexos.

En el sexo masculino (n=98) existe una menor modificación de la conciencia de enfermedad durante su hospitalización, así como una mayor estancia hospitalaria. La clasificación de enfermedad se dividió en nueve grupos, utilizando la CIE-10 para la agrupación (tabla 2 y gráfico 1):

1. Trastornos relacionados por sustancias F19,
2. Esquizofrenias F20,
3. Trastornos Esquizoafectivos F25,
4. Trastornos Bipolares F31,
5. Trastornos depresivos F32,
6. Trastornos de Ansiedad F40,
7. Trastornos de Personalidad F60,
8. Retraso Mental F70,
9. Trastornos no Especificados F99.

DX	SUMD I	SUMD II	DIAS
1 - F25	69.42 +/- 8.66 _(7,8,9)	64.25 +/- 13.11 _(7,8,9)	29.67 +/- 6.93 ₍₈₎
2 - F40	69.00 +/- 8.49	63.50 +/- 9.19 ₍₈₎	25.58 +/- 7.45
3 - F99	68.00 +/- 12.12 _(7,8)	66.33 +/- 15.01 _(7,8)	25.58 +/- 7.59

4 - F32	64.67 +/- 12.59 ^(7,8)	55.71 +/- 15.11 ^(7,8)	24.67 +/- 12.86 ^(7,8)
5 - F60	62.30 +/- 11.66 ^(7,8)	54.45 +/- 12.04 ^(7,8)	24.3 +/- 5.1 ⁽⁸⁾
6 - F70	59.38 +/- 21.90 ⁽⁸⁾	54.88 +/- 21.83 ⁽⁸⁾	23.38 +/- 8.33
7 - F20	52.73 +/- 20.49	42.31 +/- 22.19	23.26 +/- 7.99 ⁽⁸⁾
8 - F19	44.54 +/- 22.32	33.67 +/- 20.63 ⁽⁹⁾	19 +/- 1.41
9 - F31	23.27 +/- 7.36	22.92 +/- 7.25	18.5 +/- 9.2

Tabla 2; Calificaciones de la escala SUMD por diagnósticos

Los paréntesis muestran las diferencias entre patologías.

SUMD 1 F = 4.121 (33,166) p<0.001

SUMD 2 F = 4.143 (33,166) p<0.001

SUMD 2-1 F = 2.057 (33,166) p<0.005

Días de hosp. F = 2.725 (33,166) p<0.001

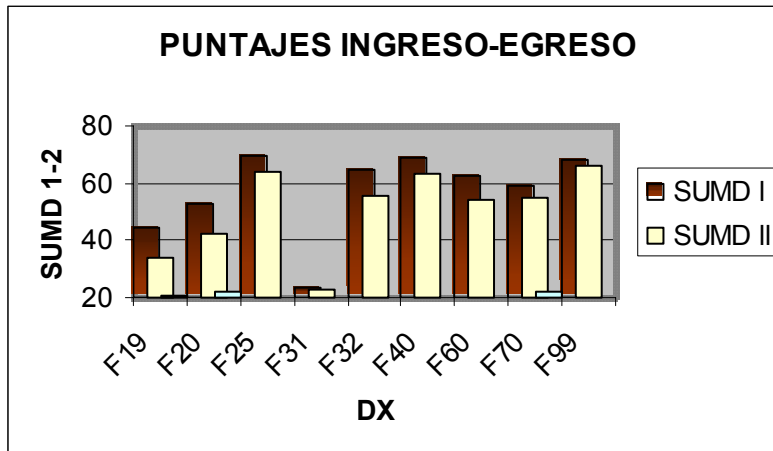


Gráfico 1

En el estudio se reclutaron 80 pacientes con esquizofrenia, 40 con trastornos de la personalidad, 24 con trastornos relacionados con sustancias, 21 pacientes con trastornos depresivos, 12 con trastorno esquizoafectivo, 10 con trastornos bipolares, 8 con retraso mental y 3 no especificados (Gráfico 2 frecuencias)

El trastorno Esquizoafectivo presenta una mayor calificación en la escala SUMD1, lo que representa menor conciencia de enfermedad, seguido del trastorno de ansiedad, trastorno psiquiátrico no especificado, en contraste con el trastorno bipolar que mostró menor puntaje en la escala. En la medición de los días de hospitalización por patologías, los trastornos depresivos permanecieron más tiempo hospitalizados.

Los pacientes con trastornos relacionados con sustancias permanecieron menos días hospitalizados con una diferencia estadísticamente significativa con el F25, F32, F60 y F70, entre las puntuaciones y entre los días de estancia. La esquizofrenia se mantiene

relativamente estable a lo largo de la hospitalización, con mejoría en las puntuaciones del SUMD. Los días de estancia se muestran en la tabla 3.

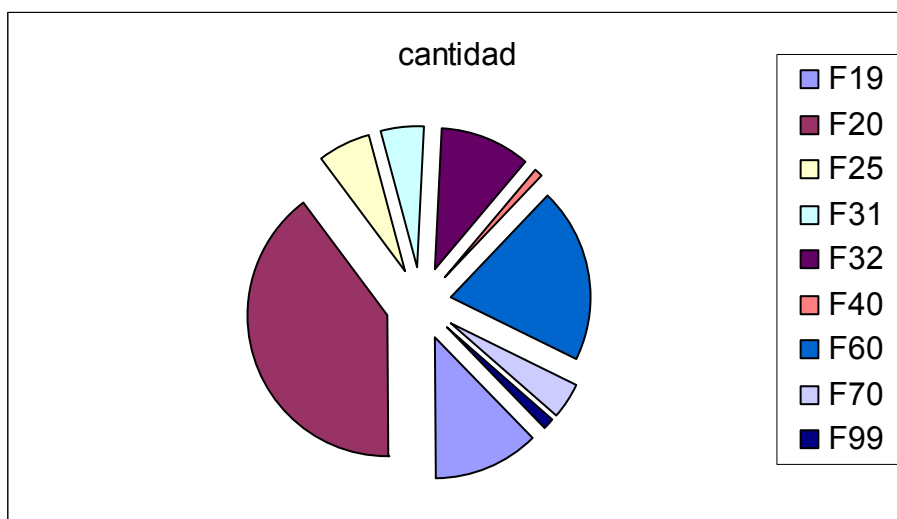


Tabla de correlaciones de Pearson:

Sexo	SUMD 1	$r = -0.259$	$p < 0.01$
	SUMD 2	$r = -0.262$	$p < 0.01$
	Días Hosp.	$r = -0.240$	$p < 0.01$
	SUMD 2-1	$r = -0.160$	$p < 0.01$
Diagnóstico	SUMD 1	$r = 0.223$	$p < 0.01$
	SUMD 2	$r = 0.279$	$p < 0.01$
SUMD 1	SUMD 2	$r = 0.893$	$p < 0.01$
	Días Hosp.	$r = 0.373$	$p < 0.01$
SUMD 2	Días Hosp.	$r = 0.362$	$p < 0.01$
	SUMD 1	$r = -0.382$	$p < 0.01$

Tabla. Prueba t de student (Hombres vs. mujeres)

	t	Sig.	Media +/- SD
SUMD 1	t 3.773 (g.l. 198)	$p < 0.001$	♂ 61.53 +/- 15.40 ♀ 51.64 +/- 21.12
SUMD 2	t 3.816 (g.l. 198)	$p < 0.001$	♂ 53.29 +/- 17.33 ♀ 42.50 +/- 22.23
SUMD 2-1	t 0.676 (g.l. 198)	$p < 0.01$	♂ -8.2449 +/- 7.3 ♀ -9.1373 +/- 10.8
Edad	t - 1.768 (g.l. 198)	$p < 1$	♂ 32.21 +/- 10.18 ♀ 34.74 +/- 9.98
Días hosp.	t 3.478 (g.l. 198)	$p < 0.5$	♂ 26.01 +/- 8.17 ♀ 22.07 +/- 7.86

Discusión

La conciencia de enfermedad se refiere al autoconocimiento, en la relación con la condición mental. Es la medida de la concordancia de la percepción que el paciente tiene de sí mismo comparada con la de su comunidad o cultura, puede ser inferida por el clínico a partir de las respuestas del paciente a la enfermedad ante experiencias anormales, por eso no es una función que este presente o ausente, sino un parámetro clínico que admite la existencia de diferentes grados y que puede variar a lo largo del tiempo.

En nuestra muestra la hospitalización es un factor importante en la conciencia de enfermedad mental, corroborado por las puntuaciones al ingreso y al egreso (56.48 +/-19.14 al ingreso y 47.78 +/- 20.65 al egreso). Pudiendo explicarlo por el impacto sufrido por el sujeto al ser hospitalizado y diagnosticado como portador de una enfermedad mental, sumado al uso de la medicación adecuada con respuesta favorable a los síntomas más severos y sin excluir el trato diario con el personal médico. También en nuestro estudio se muestra que entre menor conciencia de enfermedad, más días de estancia en el hospital, así como una mayor duración de los hombres.

Se observó una mayor conciencia de enfermedad en el sexo femenino desde el inicio 51.64 +/- 21.12 a diferencia de los varones 61.53 +/- 15.40, hasta el final donde al egreso las mujeres presentan calificaciones de 42.50 +/- 22.23 a diferencia de los hombres 53.29 +/- 17.33. Esto puede ser explicado por la presencia de una mayor cantidad de neuronas en el cerebro femenino que en el masculino y por ello mantienen una mayor plasticidad cerebral o incluso una mayor propiocepción de su figura corporal, lo que da una mayor percepción de la situación y por lo tanto más conciencia, pero serán motivos de otros trabajos (Ontiveros 2003, Damasio 2000).

Según el estudio los pacientes con esquizofrenia (n=80) tienen una mayor conciencia de enfermedad que los pacientes con diagnóstico de trastornos depresivos, lo que difiere de un estudio previo donde la ausencia o pobre conciencia de enfermedad era mas común en los pacientes hospitalizados con esquizofrenia, seguidos de los pacientes con trastorno esquizoafectivo, trastorno depresivo mayor con o sin psicosis y trastorno bipolar moderado o severo. (Pini et al 2001). Lo justifican por el deterioro cognoscitivo, pero a diferencia de la opinión del estudio previo, la presencia de una depresión genera también trastornos cognitivos que llegan a ser tan importantes que en ancianos se pueden confundir con una demencia (Arango 2003). Otro tipo de suposición sería que los trastornos depresivos que presentan menos conciencia de enfermedad y que duran más tiempo hospitalizados se debe a la severidad del cuadro, por una pobre valoración de sus síntomas y de la mejoría, una contratrasferencia del personal, por ejemplo que compartamos la vivencia depresiva como más propia o que el paciente y el personal médico reconoce la mejoría de la enfermedad hasta la remisión de la misma. En el caso de pacientes con esquizofrenia, la duración de la hospitalización fue menor a la de los pacientes con depresión, pudiendo ser explicada por que al igual que las otras patologías se egresa al paciente al controlar la conducta, en la estancia del paciente también el médico interviene al decidir, sin trabajar en la conciencia de enfermedad, sea por prejuicio del paciente con ése diagnóstico o a la falta de interés.

Surgen preguntas acerca de la conciencia de enfermedad, ¿Es importante para el proceso de enfermedad? ¿Ayuda en algo poseerla? ¿Se toma en cuenta la conciencia de enfermedad mental para la hospitalización?, por ejemplo el no tomar en cuenta la conciencia de enfermedad condiciona que la hospitalización sea más para un control agudo, que para formar conciencia, como si fuera más un acto conductual y administrativo que integral. Parece sumamente importante saber o no saber que se es un portador de una patología, ya que el diagnosticado entra a una nueva dimensión de sí mismo y pertenece a un grupo diferente, el de los enfermos, lo que representa un factor para negar la enfermedad.

En caso de los pacientes con trastornos relacionados por sustancias, el egreso fue más rápido 18.5 /- 9.2, se puede explicar por la necesidad de dar de alta a este tipo de pacientes, ya remitido el síndrome de abstinencia, el consumo continuo de la sustancia y por el control de los síntomas psicóticos (en caso de tenerlos). Se egresan sin saber si se modifican las conductas de consumos futuros, se resuelve solamente un cuadro agudo.

La hospitalización mejora la conciencia de enfermedad, pero también está influida por otros factores, como son los administrativos; donde el objetivo es el control agudo del cuadro y no la conciencia de enfermedad, por que esta no es tomada en cuenta, ya que durante su hospitalización la conciencia cambia, pero estos cambios son mínimos. Otros factores relacionados son la familia, donde propuestas como el hospital parcial y de día, así como, las casas de medio camino son fundamentales en este proceso, de rehabilitación y de adquisición de la conciencia. El paciente llega a entrever que algo pasa y lo expresa como “me estoy poniendo mal”, “ya tengo nervios” etc. esto refleja una parcial concepción de su situación.

Podemos inferir que la conciencia de enfermedad es necesaria para el mantenimiento del tratamiento, autores intentan relacionar la conciencia de enfermedad y la toma de medicamentos, lo cual es proporcional, entre mas conciencia mejor actitud a los medicamentos, algunas observaciones clínicas relacionan la medicación antipsicótica atípica con una mejoría de la conciencia de enfermedad, explicado por la disminución de efectos secundarios y mejoría del cuadro psicótico asociado a las características personales (Sajatovic et al 2002).

En esta inferencia, la conciencia a través de la evaluación y las respuestas de los pacientes ante sus experiencias patológicas, no se considera una función que este presente o ausente, por lo que se vuelve indispensable la formulación de parámetros de la conciencia de la enfermedad mental. Utilizando el modelo de la anosognosia como un padecimiento descrito neurológicamente donde la lesión que ocurre en hemisferio derecho hace que el paciente niegue la hemiplejía del lado izquierdo, no reconoce que tienen una incapacidad para mover todo el lado izquierdo del cuerpo, está la lesión evita que el paciente tenga conciencia, sé “*de cuenta*” de ello y hay una negación total de la misma, hay una ausencia de enfermedad. Si se traslada este razonamiento a la psiquiatría la ausencia de enfermedad mental que presentan una serie de pacientes, supone que:

1. Existe una lesión en el lado derecho que imposibilita la comprensión de la patología mental en estos pacientes.
2. La conciencia tiene una relación estrecha con el hemisferio derecho, como se observa en experiencias místicas o en experiencias cercanas a la muerte.

3. La generación de conciencia de enfermedad o insight, implica un aprendizaje de nuevas formas de ver la realidad lo que implica un aumento de conexiones sinápticas en las áreas relacionadas.
4. Psicopatológicamente podríamos describir a la conciencia de enfermedad mental en cuatro estadios:
 - Apsiconosognosía: Ausencia de conciencia de enfermedad mental (Depresión, Esquizofrenia, Esquizoafectivo y trastorno bipolar)
 - Hipopsiconosognosia: conciencia parcial de enfermedad mental (depresión, esquizofrenia, bipolar)
 - Eupsiconosognosia: adecuada conciencia de enfermedad mental (neuróticos).
 - Hiperpsiconosognosia: Creencia excesiva de enfermedad mental (Hipocondriasis o trastorno somatomorfo).

BIBLIOGRAFIA

1. Foucault Michel. Historia de la Locura en la Época Clásica. Breviarios ED Fondo de Cultura Económica. 8va reimpression, México, 1999.
2. Meave Leakey. El Horizonte más Lejano. National Geographic en español, edición especial verano, editorial televisa internacional SA de CV, México, 2002.
3. Frazer. La rama Dorada. Ed Fondo de Cultura Económica. 8ª reimpression, México, 1982.
4. Cabaleiro Goas. Temas Psiquiátricos. Ed Paz Montalvo, Madrid, 1966.
5. James William. Principios de Psicología. Ed Fondo de Cultura Económica. México, 1994.
6. García García Emilio. Mente y Cerebro. Ed Síntesis. España, 2001.
7. Jaspers Karl. Psicopatología General. Ed Fondo de Cultura Económica. 3ª reimpression. México, 2001.
8. Rivière Ángel Obras escogidas, volumen I. Ed Panamericana. España, 2003.
9. Kant Immanuel. Fundamentación de la Metafísica de las costumbres. Ed Porrúa. 2ª ed. México, 2003.
10. Ey Henri, Bernard, P. Brisset, CH. Tratado de Psiquiatría. Ed. Masson, 8va edición. España, 2000.
11. Ey Henri. La conciencia. Ed Gredos. Madrid, 1967.
12. Lopez-Ibor, J. La angustia vital. Ed Paz Montalvo. Madrid, 1950.
13. Fernández-Guardiola, A. El problema mente-cuerpo: la emergencia como propiedad o “la mente resultante”, La Conciencia. Ed Trillas. México, 1979.
14. Fernández-Guardiola, A. De cómo la conciencia es un proceso que comienza con una conversión analógica-digital y termina, probablemente, con una digital-analógica, integrada por los genes, la percepción y la memoria. Salud Mental Vol. 19, No. 2, Jun. 1996.
15. Searle John, El misterio de la conciencia. Ed Paídos, España, 1997.
16. Searle John, El redescubrimiento de la mente. Ed Crítica, España, 1996.
17. Nuevo Diccionario Enciclopédico Ilustrado. Ed Espada, España, 2002.
18. De la Fuente, R. Alvarez Leefmans, FJ. Biología de la Mente. Ed Fondo de Cultura Económica. 2ª ed. México, 1999.
19. De la Fuente, R. El estudio de la conciencia: estado actual. Salud Mental, Vol. 25, No. 5, Oct. 2002.
20. Valdés, M. Sentidos del termino conciencia y teoría de la identidad, el Fernandez-Guardiola, op. cit.
21. Vallejo Nágera, Tratado de Psiquiatría. Ed Salvat, 3ª ed, España, 1954.
22. Janet Pierre. De la angustia al Éxtasis. Ed Fondo de Cultura Económica. Tomo I y II, México, 1991.
23. Patiño JL, Psiquiatría Clínica. Ed Salvat, 2a ed. México, 1997.
24. Chalmers David. La mente Consciente, en busca de una teoría fundamental. Ed Gedisa, España, 1996.
25. Chalmers, David. On the search for the neurla correlat of consciouness. Disponible en: <http://www.u.arizona.edu/~chalmers/papers/ncc.html>, 1997.
26. Maturana, H. Varela F. El Árbol del Conocimiento. Ed Debate. España, 1999.
27. Piaget, J. Estudios de psicología Genética. Ed EMECE. México, 1975.
28. Vaz, FJ. Casado, M. Salcedo, MS. Béjar A. Psicopatología y conciencia de

- enfermedad durante la fase aguda de la esquizofrenia. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barna*. 2000 No 21, 66-74.
29. Kaplan HI, Sadock BJ. *Tratado de Psiquiatría*, Ed Mc Graw Hill Interamericana. 6ª ed, Colombia, 1995.
 30. Kampman O, Lehtinen K, Lassila V, Leinonen E, Poutanen O, Koivisto AM. Attitudes Towards Neuroleptic treatment: Realivity and Validity of the attitudes towards neuroleptic treatment (ANT) questionnaire. *Schizophrenia Research*, 45 (2000) 223-234.
 31. Young DA, Zachariah C, Zakzanis KK, Weistein E. A comparison between an interview and a self-report method of insight assessment in chronic schizophrenia. *Schizophrenia Research* 63 (2003) 103-109
 32. Sajatovic M, Debra SR, Harry JS, Dilara S, Smith DA, Alamir S, Buckley P, Bingham R. Insight Into Illness and Attitudes Toward Medications Among Inpatients With Schizophrenia. *Psychiatrics Services*, October 2002, Vol 53, No. 10.
 33. Pini S, Cassano G, Dell'Osso L, Amador X. Insight into Illness in Schizophrenia, Schizoaffective Disorder , and Mood Disorders with Psychotic Features. *Am J Psychiatry* 2001; 158:122-125.
 34. Sousa Mondragón. aproximaciones psicológicas para la promoción de la adherencia terapéutica. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología UNAM. México, 1987.
 35. Amador XF, Flaum M, Andreasen NC, Strauss DH, Yale SA, Clark SC et al. Awareness of illness in schizophrenia and schizoaffective and mood disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51: 826-836.
 36. Arango C, Adami H, Sherr JD, Thacker G, Carpenter WT Jr, Awareness of dyskinesia in schizophrenia: relationship to insight into mental illness. *Am J Psychiatry* 1999; 156: 1097-1099.
 37. Bobes J, G-Portilla MP, Bascarán MT, Sáiz PA, Bousoño M. Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica. Ed Ars Medica. 2ª ed. España, 2003.
 38. Amador et al. Assessment of insight in Psychosis. *American Journal of Psychiatry*, June 1993, 150:6
 39. Afifi AK, Bergman RA. *Neuroanatomía Funcional, texto y atlas*. Ed. McGraw-Hill Interamericana, México, 1999.
 40. Solms M. Vuelve Freud, *Scientific American Latinoamérica*, año 2, No. 24, 2004.
 41. Villanueva LA. Guía para escribir un protocolo de investigación en el Hospital "Dr. Manuel Gea Gonzalez". *Rev Hosp. Gral Dr. M Gea González*. Vol 2, No. 4, Oct-Dic. 1999.
 42. Brion AJ, Ey H. *Psiquiatría Animal*. Ed Siglo Veintiuno Editores. México, 1968.
 43. Guido M, Valadez T. *Introducción al Desarrollo Infantil*. Ed Trillas, México, 1994.
 44. Purves et al. *Introducción a la Neurociencia*. Ed Panamericana, Argentina, 2001.
 45. Damasio Antonio. *El error de Descartes*. Ed Crítica, España 1996.
 46. Damasio Antonio. *Sentir lo que sucede*. Ed Andrés Bello. Chile, 2000.
 47. Crick Francis, *La búsqueda científica del Alma*, Ed. Debate, España, 2000.
 48. Bergson H, *Memoria y Vida*. Ed. Altaza. España, 1995.
 49. Ferrater Mora. *Diccionario de Filosofía*, Ed Ariel, Barcelona, 1994.
 50. Campbell Jeremy. *La máquina Increíble*. Ed Fondo de Cultura Económica. Chile, 1997.
 51. De Spinoza Baruch. *Ética demostrada según el orden geométrico*. Ed Fondo de

- Cultura Económica, 6ª reimpresión, México, 2002.
52. Diaz JL. LA Textura cognoscitiva del comportamiento. Salud Mental Vol. 15, No. 3, Sep. 1992.
 53. Diaz JL. El Ábaco, La Lira y La Rosa. Ed Fondo de Cultura Económica. 2ª ed. México, 2002.
 54. Diaz JL. Psicobiología y conducta. Ed Fondo de Cultura Económica. México, 1989.
 55. Diaz JL. en Primates, Evolución e Identidad Humana de Muñoz Delgado y Serrano Sánchez. Ed Instituto Mexicano de Psiquiatría. México, 1999.
 56. Hogan RE, Kaiboriboon k. El “estado onírico”: las ideas de John Hughlings-Jackson sobre la epilepsia y el estado de conciencia. Am J Psychiatry (ed Esp) 2004; 7:15-22.
 57. Garrabé Jean. Henri Ey y el Pensamiento Psiquiátrico Contemporáneo. Ed Fondo de Cultura Económica. México, 2002.
 58. Lacan Jacques. Escritos I. Ed Siglo XXI, 23ª ed. México, 2003.
 59. Eccles JC. La Psique Humana. Ed Tecnos. España, 1986.
 60. Churchland, P. Materia y Conciencia. Ed. Gedisa, España, 1992.
 61. Laín Entralgo, P. Cuerpo y Alma. Ed Espasa. España, 1991.
 62. Goethe. Werther. Ed Lectorum. México, 1999.
 63. Rosenbluth Arturo. Mente y Cerebro. Ed Siglo XXI, 10º ed. México 1994.
 64. Castaneda C. Las Enseñanzas de Don Juan. Ed Fondo de Cultura Económica. 14ª ed. México, 1992.
 65. Lorimer D. Más Allá del Cerebro. Ed Kairos. España, 2003.
 66. Ledoux J. El cerebro emocional. Ed Planeta. España, 1999.
 67. Tissot R. Función Simbólica y Psicopatología. Ed Fondo de Cultura Económica. México, 1992.
 68. Villoro L. Creer, Saber, Conocer. Ed Siglo XXI, 15ª ed. México, 1986.
 69. Varela FJ. Conocer. Ed Gedisa. España, 2002.
 70. Vygotski L. El desarrollo de los procesos psicológicos superiores. Ed Crítica, España, 1979.
 71. Clark A. Estar ahí, Cerebro, Cuerpo y Mundo en la ciencia cognitiva. Ed Paídos. España, 1999.
 72. Kandel ER, Schwartz JH, Jessell TM. Neurociencia y Conducta. Ed. Prentice Hall, 2a ed. España, 1999.
 73. Kandel ER, Schwartz JH, Jessell TM. Principles of Neural Science. Ed McGraw Hill, 4a ed. USA, 2000.
 74. Karmiloff-Smith A. Más Allá de la Modularidad. Ed Alianza. España, 1994.
 75. Ratey JJ. El Cerebro: Manual de Instrucciones. Ed Mondadori. España, 2003.
 76. Manzo J. Testosterona, química cerebral y conducta sexual masculina. Ciencia, Vol 55, No. 3, Jul-Sep 2004.
 77. Von Bertalanffy L. Teoría General de los Sistemas. Ed Fondo de Cultura Económica, 15ª ed. México, 2003.
 78. Berrios GE, Fuentenebro DF. Delirio, Historia, clínica, metateoría. Ed Trotta. España, 1996.
 79. Bleuler E. Tratado de Psiquiatría. Ed Espasa-Calpe. España, 1971.
 80. Pribram KH. Modelos Cerebrales de la Mente, en Kaplan HI, Sadock BJ. Tratado de Psiquiatría, Ed Mc Graw Hill Interamericana. 6ª ed, Colombia, 1995.
 81. Dennett Daniel. La conciencia Explicada. Ed Paídos. España, 1995.

82. Ontiveros Martha. Las diferencias cerebrales entre géneros, PAC, México. 2003.
83. Arango Lasprilla, Fernández Guinea y Ardila Alfredo. Las demencias. Ed Manual Moderno, México, 2003.
84. Andreasen Nancy. Un cerebro Feliz. Ed Arts Médica. España, 2004.
85. Descartes Rene. El discurso del Método. Ed Alianza, México, 1996.
86. Hessen Johannes. Teoría del Conocimiento. Ed Océano, México, 1999.