



**UNIVERSIDAD OPARIN, S. C.**

---

---

**CLAVE DE INCORPORACIÓN U. N. A. M. 8794  
PLAN 25 AÑO 76**

**“FACTORES DETONANTES DE LA  
NEUROSIS DE ANSIEDAD EN  
MUJERES Y HOMBRES DE 20 A 30 AÑOS”**

**T E S I S  
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA  
P R E S E N T A :  
A N A M A R Í A  
A R Z A T E L Ó P E Z**

**ECATEPEC, ESTADO DE MÉXICO, 2008.**



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.

## **DEDICATORIAS**

A mi familia, porque gracias a su cariño y apoyo incondicional he llegado a realizar una de las metas más importantes de mi vida, la cual considero fue lograda por todos nosotros en base a esfuerzos y sacrificios, a todos ellos admiración y respeto.

A mi novio DANIEL, porque supo escucharme y brindó ayuda cuando fue necesario, por esto y más se ha ganado mi amor.

## ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>1</b>
<b>1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA NEUROSIS</b>	
1.1 Era prehistórica.....	5
1.2 Grecia y Roma antigua.....	6
1.3 Edad Media y Renacimiento.....	7
1.4 Estados Unidos y Europa en el siglo XVIII.....	9
1.5 Siglo XIX.....	12
1.6 Siglo XX.....	17
1.7 Siglo XXI.....	20
1.7.1 Las neurosis experimentales.....	21
1.7.2 Investigación de campo y Control experimental.....	23
1.7.3 Anteproyecto para el futuro.....	24
1.8 Teología.....	28
<b>2. NEUROSIS DE ASIEDAD</b>	
2.1 Neurosis.....	31
2.2 Ansiedad.....	33
2.3 Neurosis de ansiedad.....	35
2.3.1 Concepto, causa y síntomas de neurosis de ansiedad.....	39
2.3.2 Tratamiento.....	41
2.4 Tipos de factores predisponentes.....	43
<b>3. DESARROLLO DEL ADULTO JOVEN</b>	
3.1 Desarrollo.....	47
3.2 Desarrollo del adulto joven .....	51
3.2.1 Desarrollo intelectual y cognitivo del adulto joven.....	53
3.2.2 Desarrollo socioemocional del adulto joven.....	55
3.2.3 Desarrollo moral en el adulto joven.....	56

3.2.4	Desarrollo físico del adulto joven.....	57
3.2.5	Personalidad.....	58
3.2.5.1	Desarrollo de la personalidad en la adultez joven.....	60
3.2.5.2	Rasgos en el adulto joven.....	62
3.2.5.3	Clasificación de las estructuras de personalidad. Criterios de clasificación y evaluación clínica.....	63
3.2.6	Masculinidad y Feminidad.....	66
3.2.7	Tareas del desarrollo en el adulto joven.....	67
3.3	Aprendizaje.....	71
3.3.1	Tipos de aprendizaje y de condicionamiento.....	72
3.3.2	Conductismo.....	73
<b>4.</b>	<b>CORRIENTES PSICOLÓGICAS</b>	
4.1	Psicoanálisis.....	77
4.2	Humanista.....	79
4.3	Social.....	80
4.4	Cognitivo.....	82
4.5	Biopsicosocial.....	83
4.6	Conductual.....	86
	<b>METODOLOGÍA.....</b>	<b>87</b>
	<b>RESULTADOS.....</b>	<b>92</b>
	<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>94</b>
	<b>ANEXOS.....</b>	<b>97</b>
	<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>101</b>

## INTRODUCCIÓN

Las neurosis son episodios de desequilibrio psicológico que se presentan en personas que han alcanzado una función mental relativamente adecuada, y que consideran tener el control de su mente; sin embargo, con cualquier situación estresante o frustrante pueden proyectar una neurosis de primer grado (neurosis de "ansiedad"), dicha enfermedad se ha convertido en la actualidad en un trastorno mental común dentro de las personas que tienen múltiples ocupaciones, sobre todo en el siglo XXI, donde ahora no sólo los hombres sino también las mujeres han adquirido mayores responsabilidades en los ámbitos: familiar, laboral, empresarial, educativo, etc.

Se puede considerar a la neurosis como un primer aviso de que la persona sufre alteraciones en su conducta que pueden ser graves o incluso que pueden afectar a los que le rodean; es ahí donde la neurosis tiene que ser analizada como una enfermedad de carácter social, pues ya no se trata de un pequeño grupo de personas "afectadas", sino de una comunidad, una ciudad o un país entero sufriendo las consecuencias de tan devastadora enfermedad.

Esta investigación se centra en la Neurosis de ansiedad, dicho trastorno mental consiste en irritabilidad general, expectación ansiosa y ataques de pánico. Los periodos de ansiedad pueden presentarse sin advertencia y durar semanas, meses, un año o más, con intensidad variable, la persona padece sentimientos de miedo y presentimientos, se siente raro, el mundo parece irreal con un temor de muerte inminente y miedo a perder el control.

Físicamente puede llegar a manifestar taquicardia, dificultad para la respiración, se dilatan las pupilas y la persona suda y tiembla sin control. Después de 15 a 30 minutos los síntomas disminuyen pero dejan a la persona agitada, tensa y avergonzada.

El mejor tratamiento consiste en tranquilizar a la persona y enseñarle a tolerar los síntomas hasta que se presente una remisión espontánea, alrededor de los seis meses. Pueden ayudar la prescripción médica de tranquilizantes. Antes de tomar cualquier decisión de acudir a terapias o no, es el considerar que el entorno que rodea al individuo puede ser una causa importante para la enfermedad mental y ésta es una de las teorías más recientes.

En el presente trabajo se desarrolla una investigación de la neurosis de ansiedad en hombres y mujeres de 20 a 30 años, ya que en promedio la adultez comienza a los 20 años y aproximadamente finaliza a los 40-45 años. La juventud o adultez joven inicia con el término de la adolescencia y su desarrollo depende del logro de las tareas a realizar, además constituye el período de mayor fuerza, energía y resistencia física para el individuo. La ventaja de esta etapa es que se producen menos enfermedades y se superan rápidamente, en caso de presentarse.

Por tal motivo, el índice de mortalidad es bajo; dentro de las causas de muerte, en los varones se encuentran los accidentes y en las mujeres el cáncer. El conservar el buen estado físico depende de factores como la dieta adecuada y el ejercicio. Y hablando de la salud-enfermedad (uno de los temas que no se debe dejar de lado en el adulto joven), ambas son altamente influenciadas por factores psicológicos, sociales, culturales, económicos y ambientales. Todos estos factores actúan sobre la persona, provocando la evolución hacia la salud o hacia la enfermedad, positiva o negativamente, de acuerdo con su mala o buena calidad.

Para realizar la presente tesis se desarrollaron siete capítulos de los cuales: el primero trata de los antecedentes históricos de la neurosis, retomando las etapas más significativas para la comprensión de dicho trastorno mental. En el segundo se especifican las diferencias e igualdades que existen entre neurosis y ansiedad, esto para poder comprender como es que se llega a una neurosis de ansiedad, la cual se ve más a fondo en el tercer capítulo. En el cuarto se expone el desarrollo del joven adulto, para saber cuales son las sub-etapas que por su influencia definen al

individuo. En el quinto están las diferentes corrientes psicológicas que de alguna manera se relacionan o tienen teorías y aportaciones que ayudan a comprender al trastorno de neurosis de ansiedad, los enfoques son: psicoanálisis, humanista, social, psicosomático, psicopatológico, psicodinámico, biopsicosocial, y conductual. En el sexto se enfoca sólo a los factores que pueden llegar a desencadenar una neurosis de ansiedad. Y por último el séptimo habla de cómo se elabora una prueba que nos permite medir el nivel de neurosis de ansiedad, basado en los síntomas que presenta la persona en cuestión.



## **CAPÍTULO 1**

### **ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA NEUROSIS**

## 1.1 ERA PREHISTÓRICA.

Halgin y Krauss (2004), hablan de la etiología de la conducta anormal, considerada como trastornos mentales, desde que la humanidad comenzó a preguntarse sobre todas las cosas que le pasaban, siempre ha tratado de buscar una respuesta. Con respecto a estos problemas psicológicos hay tres modelos principales que llegan a ser recurrentes a lo largo de la historia como: el místico, el científico y el humanista.

En cuanto al místico, pensaban que algún trastorno mental era producto de posesiones del demonio o de espíritus demoníacos. El científico busca causas naturales, como desequilibrios biológicos, procesos inadecuados de aprendizaje o estresores emocionales. Y las explicaciones humanistas ven a dichos trastornos como resultado de condiciones de crueldad, de no aceptación o de pobreza. La lucha entre estos tres temas por ver cuál es el correcto ha existido a lo largo de la historia; en algunas épocas ha dominado uno u otro, pero los tres han coexistido durante siglos.

En la era prehistórica se realizaba la trepanación; la cual consiste en hacer un agujero en la parte superior de la cabeza, esto como una forma de tratamiento de los trastornos psicológicos, porque pensaban que los espíritus diabólicos se encontraban atrapados en la cabeza y así se liberarían para que la persona volviera a su estado normal.

En cualquier caso, los cráneos que los antropólogos han encontrado es la única evidencia que hay y sólo se puede especular sobre su significado, pues no hay registros escritos de que así haya sucedido. Por otra parte, se sabe que el uso de este tipo de cirugía no terminó en la Edad de Piedra.

La trepanación también se practicó por todo el mundo, desde la antigüedad hasta el siglo XVIII, con diversos propósitos que iban de lo mágico a lo médico. Se ha encontrado evidencia de trepanaciones en muchos países y culturas, incluyendo al Lejano y Medio Oriente, las tribus celtas en Britania, China antigua y reciente, India y diversos grupos de América del Norte y del Sur, incluyendo a los mayas, aztecas, incas e indios brasileños. De hecho el procedimiento aún se sigue usando en ciertas tribus de África, para alivio de heridas de la cabeza.

## **1.2 GRECIA Y ROMA ANTIGUA.**

El surgimiento del modelo científico fue en la Grecia y Roma antigua, según Halgin y Krauss (2004), también dicen que aunque sus teorías pueden parecer extrañas ahora, los primeros filósofos de Grecia establecieron los fundamentos de un método sistemático para comprender los trastornos psicológicos. Hipócrates fue el fundador de la medicina, pues no sólo se interesó por las enfermedades físicas sino también en los problemas de la mente, este filósofo consideró que existían 4 fluidos corporales, los cuales influían en la salud física y mental: la bilis negra, la bilis amarilla, la flema y la sangre.

El exceso de alguno de estos fluidos podría causar cambios en la conducta y en la personalidad del individuo; por ejemplo, un exceso de bilis negra provocaría que una persona se sintiese deprimida ('melancólica'), y un exceso de bilis amarilla provocaría que una persona se mostrase ansiosa e irritable ('colérica'), demasiada flema resultaría en una tendencia a la calma que quizá rayaría en indiferencia ('flemático'); la abundancia de sangre causaría que una persona experimentara un estado de ánimo inestable ('sanguíneo'). Entonces, el tratamiento de un trastorno psicológico incluía eliminar del cuerpo el exceso de fluido por medio de métodos como la sangría, la purga (excreción forzada), la administración de eméticos (sustancia química de trato de potasio y antimonio que provocan el vómito) y el establecimiento de un equilibrio más saludable por medio de una nutrición adecuada.

Otro filósofo que destacó por sus investigaciones fue Galeno (130-200 d. C.), quien desarrolló un sistema de conocimiento médico que revolucionó el pensamiento previo sobre los trastornos psicológicos y físicos. Halgin y Krauss (2004), hablan de que en lugar de basarse en la especulación filosófica, Galeno estudió anatomía para encontrar respuestas a las preguntas sobre el funcionamiento del cuerpo y de la mente. Lo malo es que a pesar de que Galeno realizó importantes avances en medicina, él esencialmente mantuvo las creencias hipocráticas de que la anomalía era el resultado de un desequilibrio de las sustancias corporales. Sin embargo, los escritos de Hipócrates y Galeno formaron las bases para el modelo científico de la conducta anormal.

### **1.3 EDAD MEDIA Y RENACIMIENTO.**

Davisón (2000), habla de que la Edad Media se caracterizó también por lo supersticioso y espiritual, y se le nombró como Edad Oscura, pues no hubo avances científicos más allá de los de Hipócrates y Galeno. Esta época se caracteriza porque los castigos eran más severos y la ejecución de gente acusada de ser brujos se fue expandiendo a finales de la Edad Media.

Los historiadores a menudo sugieren que la muerte de Galeno, quien se le consideraba el último médico de la época clásica, marcó el inicio del oscurantismo para toda la medicina, en particular para el tratamiento y la investigación de la conducta anormal.

Después de varios siglos de decadencia, desaparecieron las civilizaciones griega y romana, donde la iglesia adquirió poder, en tanto el papado pronto fue declarado independiente del Estado y se convirtió en un importante elemento de unidad.

Halgin y Krauss (2004), durante el Renacimiento, la creencia en la posición espiritual y el trato de pecadores que se daba a la gente tuvo efectos dañinos; por lo que en contraste con lo anterior surgieron las ideas sobre la caridad cristiana y la necesidad de ayudar a las personas pobres y enfermas, con lo que se establecieron las bases de métodos de tratamiento más humanitarios.

Los monasterios comenzaron a abrir sus puertas para brindar a estas personas un lugar donde vivir y recibir cualquiera de los tratamientos primitivos que los monjes podían ofrecer. Por toda Europa se construyeron refugios para los pobres o albergues para personas que no podían pagar su manutención; muchos de ellos ampararon a personas emocionalmente perturbadas.

Tiempo después los albergues fueron denominados *asilos*, uno de los asilos más famosos es el Hospital de Santa María de Bethlehem en Londres, el cual fue fundado originalmente como hospital para la gente pobre en 1247; para 1403 comenzó a albergar personas a las que se les llamaba 'lunáticos'.

En los siglos siguientes, el término *bedlam* (manicomio), un derivado del nombre de hospital, se convirtió en sinónimo del alojamiento caótico e inhumano de las personas psicológicamente perturbadas, quienes languidieron sin atención durante años.

Conforme el hospital se pobló más y sus ocupantes se volvieron más indisciplinados, los trabajadores del hospital recurrieron a las cadenas y otros castigos para mantener a los internos bajo control. En 1563 un médico llamado Johann Weyer (1515-1588) escribió un importante libro llamado *The Deception of Demons*, en el que trató de desprestigiar el mito de que las personas con perturbaciones psicológicas estaban poseídas por el demonio.

Aún cuando Weyer no dejó la idea de la posesión demoniaca, su libro representó el primer avance importante desde los tiempos de Galeno, en la descripción y clasificación de las formas de conducta anormal. Weyer también sentó las bases para lo que después se convertiría en una renovación de la aproximación humanitaria para las personas con trastornos mentales.

Por todo lo anterior, Weyer fue criticado severamente y ridiculizado por retar los puntos de vista que sostenían los poderosos e influyentes líderes políticos y religiosos del momento; sin embargo, en otra parte de Europa, las ideas radicales de Weyer fueron transmitidas por un inglés, Reginald Scot (1538-1599) quien fue más allá al negar la existencia de los demonios.

#### **1.4 ESTADOS UNIDOS Y EUROPA EN EL SIGLO XVIII.**

Durante el siglo XVIII los albergues se convirtieron en calabozos donde la gente no recibía la atención debida, su hábitat era muy denigrante, y el tratamiento que aplicaban era el mismo que en la Edad Media, pues todavía se hacían las sangrías, los vómitos forzados, etc., por lo que se manifestaron algunas personas que reconocieron lo inhumano de las prácticas que se realizaban, esto para que surgieran las reformas.

El líder del movimiento de la reforma fue Vincenzo Chiarugi (1759-1820), a pesar de su corta edad, a los 26 años le asignaron la responsabilidad de dirigir *Ospedale di Bonifacio*, un hospital mental recién construido en Florencia, a un año de su cargo, él instituyó un conjunto de normas revolucionarias sobre el cuidado de los pacientes mentales; como una historia detallada de cada paciente, altas normas de higiene, instalaciones de recreación, terapias ocupacionales, el uso mínimo de la represión y el respeto a la dignidad individual.

Quien recibió mayor atención en las reformas humanitarias fue Philippe Pinel (1745-1826) en *La Bicêtre*, el cual era un hospital en París con condiciones similares a las que encontró Chiarugi. Jean-Baptiste Pussin era médico de éste en 1792 e inició el proceso de reforma. Ejerció influencia sobre Pinel y juntos generaron cambios para mejorar las condiciones de vida de los pacientes.

Dos años más tarde Pinel abandona el hospital, quedándose Pussin a cargo y decide liberar a los pacientes de las cadenas que les habían colocado en alguna parte del cuerpo, se entera de esto Pinel adjudicándose el hecho, después llegan a otro hospital *La Salpêtrière*, donde juntos nuevamente se encargan de difundir sus reformas.

Al mismo tiempo, en Estados Unidos se hacían cambios similares, Benjamín Rush (1745-1813), fundador de la psiquiatría estadounidense, fue quien reavivó el interés por una aproximación científica de los trastornos psicológicos. Publicó un libro en 1812 llamado *Observations and Inquiries upon the Diseases of the Mind*, fue el primer libro de texto psiquiátrico impreso en Estados Unidos. También fue uno de los firmantes de la declaración de la Independencia, además de lograr fama fuera de la psiquiatría fungiendo como político, estadista, cirujano general y escritor en diversos campos, que van de la filosofía a la meteorología. Por el prestigioso papel que obtuvo dentro de la sociedad estadounidense, pudo influir en la institución de reformas en el campo de la salud mental.

En 1783 Rush se unió al personal del Hospital de Pennsylvania horrorizándose por las pobres condiciones del mismo y por el hecho de que los pacientes con perturbaciones psicológicas estuviesen ubicados en los pabellones junto con los pacientes con enfermedades físicas. Realizó cambios radicales, como colocar a los pacientes que tuvieran perturbaciones mentales en pabellones separados, brindarles terapia ocupacional y prohibir la visita de curiosos que iban al hospital para entretenerse.

A pesar de que tuvo buenas contribuciones, también utilizaba algunos tratamientos de la Edad Media como el uso de sangrías y purgas. Algunos de sus métodos eran extraños y ahora pueden parecer sádicos, como la silla 'tranquilizadora' a la que se ataba al paciente, incluso recomendaba que se sometiera a los pacientes a baños de duchas frías y que se les asustara con la amenaza de que serían asesinados. Rush y sus colegas pensaban que el miedo inducido por estos métodos contrarrestaría el exceso de la excitación responsable de la conducta rara y violenta.

Aún con los cambios más humanos que recomendaba Rush, las condiciones de los asilos empeoraron durante los siguientes 30 años con la continua sobrepoblación, por lo mismo, los pacientes con problemas mentales eran forzados a vivir en albergues o cárceles, donde las condiciones eran aún menos apropiadas.

Otra precursora de las nuevas reformas humanistas fue Dorotea Dix (1802-1887), al incursionar en dichas instituciones se sorprendió, y con repulsión, por las escenas horrorizantes que los reformadores europeos habían enfrentado el siglo anterior. Ella viajó a lo largo de todo el estado de Massachussets visitando prisiones y albergues, y haciendo una crónica de todos los horrores de que era testigo.

Dos años después, presentó sus hallazgos a la legislatura de Massachussets, con la demanda de que se construyeran más hospitales públicos con fondos estatales, para atender sólo a las personas que tuvieran perturbaciones mentales, además creía que una atención adecuada incluía la aplicación del tratamiento moral, así difundió sus ideas a lo largo de Estados Unidos y a toda Europa.

Los siguientes 40 años se dedicó a realizar campañas para que se impartiera el tratamiento adecuado a las personas con perturbaciones psicológicas. Con todo lo que hizo tuvo mucho éxito y sus esfuerzos dieron como resultado el crecimiento del movimiento para la creación de hospitales estatales. Por lo que se construyó una gran cantidad de hospitales a lo largo de Estados Unidos; sin embargo, volvió a



pasar lo de la Edad Media al sobrepoblarse nuevamente los nuevos hospitales, y era tan poco el personal que las condiciones de tratamiento se deterioraron hasta volver a utilizar métodos de restricciones físicas y de otras medidas que la terapia moral trataba de reemplazar.

El resultado fue que estas instituciones se convirtieron en instalaciones de custodia donde la gente pasaba toda su vida, algo que Dix no anticipó. Sencillamente no era posible “curar” a las personas que padecían estos trastornos, aunque se proporcionaban las intervenciones con buena intención, pero ineficaces, propuestas por la terapia moral, con el tiempo esta terapia se convirtió en la aplicación de disciplina rigurosa en las reglas institucionales, y se alejó de la idea original del espíritu humanista.

El trabajo de Dix fue retomado en el siglo XX por las recomendaciones de la ‘higiene mental’, principalmente por Clifford Beers en 1908, él escribió un libro autobiográfico titulado *A Mind That Found Itself*, en el cual relata con alarmante detalle su propio y duro tratamiento en instituciones psiquiátricas, estaba molesto por los inhumanos tratamientos, y así estableció el *National Committee for Mental Hygiene*, conformado por un grupo de personas que trabajaron para mejorar el tratamiento de los pacientes en las instituciones psiquiátricas (Halgin y Krauss, 2004).

## **1.5 SIGLO XIX.**

Halgin y Krauss (2004), dicen que a la par que Dix, los encargados de los hospitales mentales estatales también trataban de desarrollar mejores formas para el manejo de los pacientes. En 1844 un grupo de 13 administradores de hospitales mentales formaron la *Association of Medical Superintendents of American Institutions for the Insane*. El nombre de esta organización fue cambiado posteriormente al de *American Psychiatric Association*.

La fundación de esta organización dio origen al Modelo médico, la perspectiva de que las conductas anormales resultan de problemas físicos y que deben ser tratados médicamente. En 1845, las metas de esta Asociación se extendieron con la publicación de un libro que trataba de la patología y el tratamiento de los trastornos psicológicos, escrito por el psiquiatra alemán William Greisinger, quien se centró en el papel del cerebro, más que en la posición espiritual, y en la conducta anormal.

Otro psiquiatra alemán, Emil Kraepelin (1856-1926), también influyó en el desarrollo del movimiento psiquiátrico estadounidense; Kraepelin siguió con las ideas de Greisinger al afirmar que el mal funcionamiento del cerebro causaba los trastornos psicológicos.

Las ideas de Kraepelin aún continúan ejerciendo gran influencia en nuestros días, y algunas de las distinciones que introdujo están reflejadas en los sistemas contemporáneos de diagnóstico diferencial en psiquiatría; donde surgieron dos categorías principales de los trastornos mentales graves: la enfermedad maniaco-depresiva (clasificación moderna de los trastornos emocionales como trastorno bipolar, depresión recurrente) y la demencia precoz (precursora de la clasificación actual de la esquizofrenia). Eugen Bleuler (1857-1939), psiquiatra suizo quien continuó el estudio y la descripción de la demencia precoz y rebautizó ese síndrome con el nombre de esquizofrenia para distinguirlo de la verdadera demencia (Goldman, 2001).

Halgin y Krauss (2004), mencionan que conforme el modelo médico iba evolucionando, también se estaba formando un modelo muy diferente sobre la comprensión de los problemas Psicológicos, el Modelo psicoanalítico, siendo su objetivo buscar las explicaciones de la conducta anormal en el funcionamiento de los procesos psicológicos inconscientes, teniendo su origen en las técnicas desarrolladas por Antón Mesmer (1734-1815), un médico vienés que ganó fama por sus dramáticas intervenciones que incluían técnicas hipnóticas, por lo cual fue expulsado de Viena, pues sus técnicas fueron consideradas falsas al igual que la

supuesta cura que tenía como resultado. A donde quiera que fuera, las instituciones médicas lo consideraban un fraude, debido a sus increíbles afirmaciones y a sus cuestionables prácticas. En 1766, Mesmer publicó un libro titulado *The Influence of the Planets*, donde promovía la idea de que el universo estaba lleno de fluido magnético y que también lo había en los cuerpos de todas las criaturas vivas, afirmaba que las alteraciones físicas y psicológicas eran resultado de un desequilibrio en este fluido magnético, llamado 'magnetismo animal', dichas perturbaciones podían ser corregidas por un aparato que Mesmer inventó, llamado 'magnetizador'. Hubo muchas personas interesadas en esta cura, Mesmer lo comenzó a tratar en grupos.

Y el procedimiento era el siguiente: "Sus pacientes se tomaban de la mano alrededor de un 'baquet', una gran tina de roble con agua, filamentos de hierro y partículas de vidrio, mientras él caminaba alrededor de ellos, golpeándolos con una vara magnética, esta práctica se hizo popular en París por los reportes de sus beneficios. Cientos de individuos enfermos, particularmente mujeres, acudían a la clínica de Mesmer. La institución médica decidió investigar las prácticas de Mesmer, que despertaron suspicacias debido a su cuestionable base científica. En 1784 el gobierno francés invitó a Benjamín Franklin a encabezar una comisión para investigar el magnetismo animal; la investigación duró 7 años y concluyó que los efectos del magnetismo se debían a una 'excitación de la imaginación' y no a lo que Mesmer aseguraba" (Halgin y Krauss, 2004, p. 19).

James Braid (1795-1860), médico inglés a quien le intrigó lo que había escuchado acerca de la popularidad del magnetismo animal de Mesmer, decidió investigar la forma en que un método tan cuestionable podía producir beneficios tan dramáticos, él estaba convencido de que los resultados obtenidos no tenían nada que ver con el magnetismo animal, en lugar de esto Braid propuso que lo que ocurría era que había cambios en la mente de la gente, fuera de su conciencia, esto es lo que explicaría las curas atribuidas al mesmerismo.

En 1842 Braid propuso el término *hipnotismo* para describir el proceso de ser puesto en trance, él pensó que algunas de las personas tratadas con el método de Mesmer mejoraban porque estaban en un estado hipnótico y estaban abiertos a la sugestión, lo cual podía resultar en la desaparición de sus síntomas. Dos décadas después, Ambrose-Auguste Liébault (1823-1904), un médico francés empezó a experimentar con el mesmerismo, muchos de sus pacientes eran granjeros pobres a los cuales trataba en su clínica de Nancy, y descubrió que podía utilizar la inducción de sueño hipnótico como sustituto de los fármacos, su clínica se hizo famosa por los tratamientos innovadores que aplicaba.

En 1882, otro médico, Hippolyte-Marie Bernheim (1837-1919), se convirtió en uno de los principales propulsores del hipnotismo en Europa, visitó a Liébault, pues estaba buscando su ayuda para tratar a un paciente con dolores de espalda severos, y que otras formas de terapia no habían curado. Liébault tuvo éxito al curar al paciente, convenció a Bernheim de que la hipnosis era el tratamiento del futuro. Los dos trabajaron juntos en la clínica de Nancy y lograron atención internacional por sus avances en el uso de la hipnosis como tratamiento para los trastornos nerviosos y psicológicos.

Al mismo tiempo un neurólogo, Jean-Martin Charcot (1825-1893), estaba probando técnicas similares en el hospital de La Salpêtrière; sin embargo, la 'escuela' Salpêtrière de hipnosis de Charcot difería mucho en su explicación sobre la manera en que la hipnosis funcionaba, pues creía que la capacidad para ser hipnotizado era, en realidad, un síntoma de un trastorno neurológico y que sólo las personas que sufrían de este trastorno podían ser tratadas con la hipnosis. Por lo que la hipnosis se entendió como un proceso psicológico que podía llegar a ser muy útil para resolver ciertos tipos de trastornos, y así se convirtió en el tratamiento de elección para la *histeria*, un trastorno en el que los problemas psicológicos se expresaban de forma física. El desarrollo de la hipnosis continuó tomando un papel central en la evolución de los métodos psicológicos para el tratamiento de los trastornos psicológicos (Halgin y Krauss, 2004).

Goldman (2001), dice que Sigmund Freud (1856-1939), fue influido por Charcot y Bernheim en sus primeros trabajos con pacientes histéricos, originalmente estudió medicina en Viena donde se entrenó como neurólogo, después de graduarse viajó a Francia para aprender hipnosis un método que le fascinó. Anna O. se curó de sus muchos y variados síntomas histéricos por medio del uso de la hipnosis, durante el caso Anna O. le pidió a Breuer que le permitiera la 'limpieza de su chimenea' (a la cual llamó ella 'cura del habla'), pues la dejaron hablar acerca de sus problemas y se sintió mejor, así sus síntomas desaparecieron. Freud y Breuer lo denominaron 'método catártico', al realizar una limpieza de los conflictos emocionales de la mente a partir de hablar acerca de ellos.

Este método fue precursor de la *psicoterapia* la cual se tomó como tratamiento de la conducta anormal por medio de técnicas psicológicas. Dicho descubrimiento condujo a Freud a desarrollar el *psicoanálisis*, una teoría y sistema práctico que se basaba en gran parte en los conceptos de la mente inconsciente, los impulsos sexuales inhibidos y el desarrollo temprano, así como también en el uso de las técnicas de 'asociación libre' y del análisis de sueños.

Así también la neurosis ha cambiado con la evolución de la nomenclatura psiquiátrica. Su significado literal (lleno de nervios) fue utilizado durante este siglo como término general para todos los trastornos nerviosos de etiología desconocida. Los neurólogos del siglo pasado decían que era un mal adoptado por la civilización como una consecuencia de la vida acelerada. Pero la verdad es que la neurosis se conoce desde los tiempos de Hipócrates, en ese entonces se le llamaba hipocondría relacionándola con la tristeza y la debilidad del enfermo. Se descubrió el sentido de los síntomas neuróticos mediante el estudio y la acertadísima derivación de un caso de histeria. Freud hizo sus observaciones acerca de las bases psicogénicas de la histeria y de los estados obsesivos, él designó a un subgrupo de trastornos mentales con el nombre de psiconeurosis; en la nomenclatura más reciente el término neurosis se emplea exclusivamente para este subgrupo.

Como resultado de los hechos ocurridos en este siglo, se puede decir que la ansiedad pasó a ser considerada causa de enfermedad mental y entidad clínica, aunque en el contexto de sus distintos correlatos somáticos. Los fenómenos fóbicos y obsesivos se consideraron conjuntamente, por lo que las obsesiones pasaron de ser una especie de locura o psicosis a una neurosis.

Desde una perspectiva nosográfica, a finales del XIX, la sintomatología de ansiedad y las fobias estaban incluidas en las neurosis de ansiedad, en las obsesivas, como hicieron Kraepelin o Bumke, o por el contrario formaban parte de un conjunto de neurosis proteiformes. Los bromuros y opiáceos representaron el arsenal farmacológico de la época.

## **1.6 SIGLO XX.**

El psicólogo ruso Ivan Pavlov (1849-1936), descubrió los principios del condicionamiento clásico en sus experimentos sobre la salivación de los perros. Algunos de sus experimentos incluyeron estudios sobre la conducta neurótica aprendida en perros, y proporcionaron un modelo de aprendizaje sobre la conducta anormal, a partir de las condiciones ambientales. El modelo de Pavlov se convirtió en la base del movimiento conductista, iniciado en Estados Unidos por John B. Watson (1878-1958), quien aplicó los principios del condicionamiento clásico al aprendizaje de conductas anormales en humanos. Watson fue mejor conocido en su país por los consejos que dio a los padres respecto a la crianza de los niños.

Aproximadamente en la misma época, Edward L. Thorndike (1874-1949) desarrolló la 'ley del efecto', que proponía que los organismos repiten las conductas que producen consecuencias satisfactorias; ésta fue la base del condicionamiento operante. Basado en dicho trabajo, B. F. Skinner (1904-1990) formuló un modelo sistemático del condicionamiento operante, en donde especificó los tipos y naturaleza de los reforzamientos como estrategia para modificar la conducta.

Los modelos del condicionamiento clásico y operante, los utilizan en muchas intervenciones terapéuticas. A lo largo de este siglo surgieron modelos alternativos, basados en diversos modelos experimentales. Los más sobresalientes son: la teoría del aprendizaje social de Albert Bandura (1925- ), el modelo cognoscitivo de Aaron Beck (1921- ), y el modelo de terapia racional emotiva desarrollada por Albert Ellis (1913- ), por mencionar los más importantes, en el capítulo IV se profundizará más en la explicación de estas teorías, su uso y tratamiento. A finales de este siglo, se utilizaba un modelo científico para comprender y tratar los trastornos psicológicos, este modelo estaba basado en las ideas de antiguos filósofos y médicos griegos, comenzó a ser aplicado de forma sistemática, y ahora constituye la perspectiva predominante en la cultura occidental.

A partir de 1950, los científicos empezaron a aplicar medicamentos que controlaban alguno de los síntomas debilitantes de trastornos severos. Por su eficacia, estos medicamentos se incorporaron rápidamente a los regímenes del tratamiento mental en los hospitales, y se les consideró como una solución fácil y una posible cura para el problema de los trastornos. Las expectativas iniciales respecto a estas 'drogas milagrosas' fueron inocentes y simples, pero no se imaginaron que estas medicinas pudieran producir efectos físicos colaterales dañinos, algunos de los cuales podrían causar daño neurológico irreversible. Hasta la década de los setenta se llegaron a utilizar algunos tratamientos de la Edad Media, como tranquilizantes, camisas de fuerza, y aún más radical fue el uso indiscriminado de la cirugía cerebral para alterar la conducta, incluso se aplicaban shocks eléctricos, éste último se llegó a utilizar como castigo para controlar a los pacientes indisciplinados.

Por estos abusos se produjo un enojo en la sociedad y finalmente esto condujo a una conciencia en el suministro de los servicios de la salud mental. En 1963, se llevaron a cabo acciones enfáticas, con la aprobación de cambios legislativos. La promulgación de la *Mental Retardation Facilities and Community Mental Health Center Construction ACT*, fue quien inició una serie de cambios que afectarían los servicios de salud mental en las décadas posteriores.

Los legisladores comenzaron a diseñar políticas para sacar a la gente de las instituciones y colocarla en programas menos restrictivos dentro de la comunidad; como instalaciones de rehabilitación vocacional, hospitales de día y clínicas psiquiátricas. Se colocó a la gente en hogares de medio camino, después de salir del hospital, lo cual proporcionó un ambiente de apoyo en el que ellos podían aprender las habilidades sociales necesarias para reintegrarse a la comunidad.

Así las miles de personas que estaban encerradas en los hospitales, ahora tenían una vida con mayor dignidad y autonomía. Al igual que en las reformas anteriores, este movimiento de desinstitucionalización no cumplió por completo con las ideas originales de ubicar a los pacientes en lugares de tratamiento comunitario, esto porque no existió una planeación adecuada y por fondos insuficientes. Algunos críticos sociales han cuestionado si la casi indiscriminada liberación de personas con perturbaciones psicológicas fue un paso demasiado radical que se llevó a cabo muy rápido. En la sociedad estadounidense contemporánea, muchas personas que se encontrarían dentro de hospitales psiquiátricos hace tres décadas, ahora son alternadas de un círculo de refugios a programas de rehabilitación y prisiones, una cantidad elevada de estos individuos pasan largos periodos de tiempo sin hogar y como miembros marginados de la sociedad (Haugland, Siegel, Hooper y Alexander, 1997).

A pesar de que los resultados de la desinstitucionalización fueron negativos, hay investigadores que aseguran que sacar a la gente de las instituciones es benéfico cuando han sido cuidadosamente reubicados. Robert Okin estudió a pacientes que habían sido sacados de hospitales estatales en Massachusetts entre los años 1978 y 1993, donde comparó comunidades que consideraban que era mejor regresar a los individuos perturbados al hospital, con comunidades que hacían mayor uso de servicios comunitarios globales. Donde encontró que el monto total de gastos per cápita era prácticamente el mismo, aun cuando la atención comunitaria es muy costosa, acumulativamente no cuesta más que el uso innecesario de la atención del paciente interno.



Los modelos que apoyan a los individuos a ayudarse a sí mismos son fundamentales para el éxito de un programa comunitario, esto porque el campo está cambiando hacia un sistema de salud orientado a la recuperación, donde el apoyo comunitario es considerado crucial para ayudar a que las personas con perturbaciones más graves puedan afrontar los trastornos psicológicos.

El recuperarse de un trastorno mental es comparable con recuperarse de una enfermedad física, en ambos casos hay una diferencia entre curarse y recuperarse. Aun cuando la gente que ha sufrido de un problema puede continuar manifestando síntomas, puede llegar a elaborar estrategias de afrontamiento para poder adaptarse y continuar su vida. Los profesionales de la salud mental facilitan la recuperación de una persona con algún trastorno, aunque en realidad depende del paciente.

La autoayuda puede derivarse del contacto con parientes, amigos, grupos e iglesias. “Aún cuando el *modelo de recuperación* descansa en algunos ideales muy elevados, a partir de este marco de referencia han surgido cambios que influyen, junto a recomendaciones de nuevas formas de responder a las necesidades de las personas con problemas psicológicos, en los años por venir” (Halgin y Krauss, 2004).

## **1.7 SIGLO XXI.**

Nuevos modelos experimentales con animales, se realizan en la actualidad y con la tecnología más novedosa, con el mismo objetivo que los experimentos que antecedieron a estos como el tratar de comprender el comportamiento humano basándose en el comportamiento animal. Unos ejemplos son las neurosis experimentales, la investigación de campo y control experimental, y un anteproyecto para el futuro.

Los laboratorios en donde se realizan las investigaciones tienen un estricto control ambiental y metodológico, para obtener resultados más confiables.

### **1.7.1 LAS NEUROSIS EXPERIMENTALES.**

Roca (2002), dice que el concepto de las neurosis experimentales surgió con los estudios de Pavlov, quien realizó investigaciones sobre el reflejo condicionado clásico en perros, él y su equipo constataron que algunos de estos animales presentaban una clara alteración del comportamiento, es decir, algunos eran más inestables emocionalmente que otros.

En vez de desanimarse por los resultados, se dedicó a estudiarlos y a tratar de provocarlos en el laboratorio. La primera vez que se indujo experimentalmente un trastorno emocional en animales fue en 1912, asociando el estímulo positivo (comida) con estímulos aversivos (choques eléctricos), por lo que si ésta asociación se realizaba de forma regular y sistemática, el perro mostraba, al cabo de varias sesiones, claros signos de satisfacción al recibir el choque eléctrico (mover el rabo, lamerse el hocico), a pesar de recibir daño físico.

Sin embargo, si la locación del choque eléctrico variaba, el resultado era completamente distinto, el perro tenía cada vez una respuesta más defensiva, presentando después de varias sesiones tal agitación, que era imposible continuar el experimento. Ese estado de inestabilidad no era exclusivo al momento del experimento, sino que persistía durante varios meses.

Varios años después, investigadores del mismo laboratorio diseñaron una forma conocida de provocación de inestabilidad emocional, se caracterizaba por condicionar al animal a refuerzos con alimentos ante la presencia de la imagen de un círculo y no dar ningún refuerzo cuando la imagen era una elipse. Ya que estaba bien condicionado el perro, se iba alterando la imagen presentando elipses cada vez más circulares, cuando al animal le resultaba imposible realizar una discriminación para saber si era un círculo o una elipse, mostraba una agitación prolongada que de nuevo hacía imposible continuar con los experimentos.

Los experimentos pioneros de Rosenthal representaban una variación de provocación de neurosis experimentales que tenían relación con la dificultad de discriminación, Rosenthal creó un método de condicionamiento clásico en perros que dependía de la frecuencia de pinchazos cutáneos, administrando estímulos cuando estos eran a alta frecuencia, si posteriormente se suprimía el estímulo positivo en todos los casos, el animal caía en una especie de letargo que podía durar varios meses.

Todos los experimentos mencionados partían de la dificultad de discriminación del estímulo como método de provocación de la neurosis experimental, los anteriores ejemplos se caracterizaban por un cierto grado de aprendizaje. A mediados de los años veinte, Rikman ideó otro procedimiento donde sometió a un perro a un conjunto de estímulos aversivos simultáneos (ruidos, imágenes, movimientos), provocando un 'shock emocional' con una sola sesión, esta inestabilidad emocional producía no sólo la desaparición de los reflejos condicionados, sino también una inestabilidad general en la conducta del perro que se prolongaba por varias semanas.

Otros investigadores expandieron el concepto de neurosis experimental, como Maier con sus investigaciones de la compulsión en ratas, y Masserman provocando conductas fóbicas en gatos. Los resultados de estos experimentos les parecieron interesantes a los clínicos. La principal cuestión estaba en saber hasta qué punto estos modelos animales tenían una analogía y podían resultar de utilidad para entender el origen de las neurosis humanas. Cosnier definió las neurosis experimentales como: trastornos experimentales del comportamiento animal de larga duración, generalmente reversibles y provocados por intervenciones funcionales, es decir, sin procedimientos psicofarmacológicos o quirúrgicos.

A estos modelos animales les falta el origen biográfico. También podemos ver que había una concepción históricamente muy extensa dentro de la psiquiatría de que las psicosis son trastornos *endógenos* con una lesión o disfunción cerebral definida. De ahí que en aquel momento las *psicosis experimentales* se concibieran

como el resultado de un daño físico o de un fármaco, es decir, de lesiones funcionales o estructurales marcadas, mientras que las neurosis aparecen por intervenciones **psicológicas**.

El caso más conocido de una provocación experimental de una neurosis fóbica en humanos, fue el del pequeño Alberto, éste era un niño sano que comenzó a ser el sujeto experimental a la edad de 8 meses y 26 días. Watson y Rainer condicionaron el miedo a las ratas en el niño, asociando este animal a un sonido traumático. Este experimento se considera tradicionalmente como el modelo de aprendizaje 'clásico' de las fobias. Toda la terapia de conducta inicia de estos principios y se basa, al menos teóricamente, en la experimentación animal.

A finales de los años cincuenta apareció la *revolución psicofarmacológica*, cambiando el rumbo de la experimentación animal y en cierto modo toda la psiquiatría. El descubrimiento por azar de nuevos fármacos para tratar la ansiedad, la depresión o la psicosis, no sólo provocó un vuelco en las posibilidades terapéuticas de la psiquiatría sino que hizo que los investigadores buscaran modelos animales para las primeras fases de la investigación de la eficacia terapéutica de nuevas moléculas. Desde entonces han aumentado los estudios en animales, a pesar de que el interés se centra en que sean buenos predictores de la respuesta a fármacos, y no tanto en alcanzar una validez como auténticos modelos que tengan una analogía con la psicopatología humana.

### **1.7.2 INVESTIGACIÓN DE CAMPO Y CONTROL EXPERIMENTAL.**

Roca (2002), habla de que surgieron nuevas líneas de investigación en neurobiología del comportamiento, las cuales estudian a los animales en su entorno natural o en un campo abierto, controlando experimentalmente algunas variables. Un ejemplo de este tipo de investigaciones son los estudios de Harlow y Suomi en monos *Rhesus (Macaca mulatta)*. Harlow había realizado en los años cincuenta, estudios que demostraban la importancia del apego materno y la preferencia que el

mono bebé tiene por una madre de peluche sin alimento, sobre una madre red-metálica nutricia. Suomi ha continuado las investigaciones de Harlow, sobre la variabilidad de la conducta del mono *Rhesus* en su medio natural. Y según la conducta de los monos, los divide en dos subgrupos que presentan desde el nacimiento claras diferencias en el comportamiento emocional: los de alta reactividad (22%) y los de alta impulsividad (5-10%). Los primeros tienen más dificultad para separarse de la madre durante la adolescencia y muestran más activación del eje hipotálamo-hipofisario.

En definitiva, una mayor sensibilidad al estrés. El grupo de alta impulsividad está formado preferentemente por machos, muestran un exceso de agresividad y una dificultad en integrarse en el grupo. Este grupo tiene concentraciones bajas de ácido 5-hidroxiindolacético (5-HIA) que sugieren un bajo grado de metabolización serotoninérgico. En ambos grupos parece que existe un componente hereditario importante, aunque estos comportamientos también son susceptibles de modificarse ambientalmente. Otras investigaciones en este mismo contexto son las de Sapolsky sobre la respuesta inmunológica y endocrina en relación al rango social en monos *baboons*.

Lo que se concluyó de los modelos experimentales o farmacológicos que se expusieron anteriormente, es que estos modelos animales asemejan las conductas neuróticas humanas, en el sentido de que al igual que en ellas, existe una susceptibilidad genética, una trayectoria biográfica y unos momentos clave (primera infancia) que definen las estrategias posteriores para el manejo del estrés.

### **1.7.3 ANTEPROYECTO PARA EL FUTURO.**

Kupfer, First y Regier (2004), hablan de la forma en que la investigación preclínica puede aumentar los conocimientos sobre la etiología y la fisiopatología de los trastornos psiquiátricos. Aunque se han obtenido avances en el entendimiento de la función cerebral normal y los mecanismos de acción de los fármacos, la

investigación con animales aún no ha ofrecido datos claros acerca de la fisiopatología de los trastornos psicóticos, afectivos o de ansiedad que padecen los humanos. Por lo que se debe dar mayor importancia al desarrollo de mejores modelos animales para poder sentar las bases de futuros descubrimientos en la fisiopatología de estos trastornos. Se dispone de más información para los trastornos relacionados con sustancias, debido a que en este caso la droga constituye un agente etiológico crucial, además de que tampoco queda claro si los modelos animales disponibles de trastornos psiquiátricos tienen un valor predictivo en el desarrollo de tratamientos con mecanismos de acción novedosos.

Teniendo en cuenta estos hechos, algunos investigadores han argumentado que existen limitaciones inherentes en la capacidad de modelar trastornos psiquiátricos en animales, especialmente en ratones, ya que muchas de las características de estos trastornos implican funciones fundamentalmente humanas (mayor cognición, emociones complejas, interpretación de la realidad), a pesar de estas limitaciones se debe tener en cuenta que existe un consenso general sobre la parte vital que juega la investigación animal en cualquier esfuerzo combinado para entender los trastornos psiquiátricos. Por lo tanto aunque pueda no ser posible generar un ratón *esquizofrénico*, sí ha sido posible generar un ratón que replica ciertos síntomas clave de la esquizofrenia, incluyendo las alteraciones del estado cognitivo y motivacional. Se pueden identificar cuatro áreas principales en las que la investigación animal podrá contribuir a la formulación de un DSM-V basado en la etiología y la fisiopatología.

**La primera** constituye el desarrollo de mejores modelos animales para los trastornos psiquiátricos, el test del nado forzoso sirve como ejemplo, pues se coloca un ratón en una bañera con agua y se cuantifica la cantidad de tiempo en que el animal es capaz de luchar por salir hasta que flota sin luchar, la administración de fármacos antidepresivos a corto plazo incrementa la cantidad de tiempo en que el animal es capaz de luchar. Este test ha sido altamente efectivo para la identificación de nuevos antidepresivos con el mismo mecanismo de acción que los agentes ya

existentes; sin embargo, no existen motivos para creer que el poner un ratón normal en una bañera induzca un estado de depresión.

A medida que se vayan identificando en humanos variaciones causantes de las enfermedades en genes específicos, estas mutaciones pueden introducirse en ratones con el objetivo de recrear aspectos de las enfermedades humanas. Esta perspectiva ha demostrado ser muy fructífera para muchas enfermedades neuropsiquiátricas, como el Alzheimer, el Parkinson, Huntington, entre otras, por lo que estos ratones *humanizados* poseen un incalculable valor para conocer cómo las mutaciones genéticas conducen finalmente a las alteraciones que caracterizan la enfermedad y para proporcionar sistemas *in vivo* con los que sea posible descubrir nuevos fármacos.

Los estudios en organismos no mamíferos, desde la levadura, pasando por el gusano y la mosca de la fruta, hasta el pez cebra, tienen su lugar, mientras más primitivo es el animal, menos relacionados estarán los síntomas conductuales con la condición humana. A pesar de eso, la potencia de la genética en estos animales hace posible utilizarlos para identificar familias de genes o pasos bioquímicos implicados en un fenómeno específico. Por ejemplo se ha estudiado en organismos modelo una proteína de los mamíferos, implicada en las adaptaciones celulares al estrés, siendo posible identificar numerosas proteínas adicionales implicadas en las respuestas al estrés. Las aproximaciones de base más etiológica prometen mejoras en los modelos animales de los trastornos psiquiátricos. Las alteraciones conductuales pueden identificarse en poblaciones de roedores exocriados (es decir, que tienen un grado mínimo de consanguinidad), de la misma forma que es posible inducir conductas sociales anormales de roedores a través de diferentes estímulos *psicosociales*. La combinación de tales estímulos psicosociales con unas características genéticas particulares o mutaciones en roedores puede resultar particularmente productiva en la identificación de alteraciones conductuales relevantes. Asimismo, debería prestarse más atención al estudio de primates no humanos, aunque la utilización de estos animales debe quedar limitada a circunstancias cuidadosamente definidas dado el costo que conlleva y los aspectos éticos implicados (Kupfer, First y Regier, 2004, p. 54).

**El segundo**, utiliza análisis del *locus* de rasgo cuantitativo, esto para revelar las variaciones genéticas concretas que explican las diferencias que ocurren de forma natural en la conducta mostrada en los roedores; por ejemplo, en modelos de acción antidepresiva, respuestas al estrés, conductas similares a la ansiedad y adicciones. El descubrimiento de los genes que controlan la conducta en los animales proporcionará genes candidatos para el estudio en poblaciones humanas, y

más importante para el descubrimiento de circuitos bioquímicos globales que explican una conducta específica.

**El tercero** es la neuroimagen, en donde los estudios de imagen en los animales resultan necesarios para poder entender mejor la naturaleza de las señales de imagen en adultos.

Por ejemplo, la Resonancia Magnética Funcional (RMf) permite medir la desoxigenación de la hemoglobina y por lo tanto refleja la utilización de oxígeno en el tejido. No obstante, se cree que la mayoría de procesos de fosforización oxidativa en el cerebro se localizan en las terminales nerviosas. Por consiguiente, las regiones cerebrales que muestran un incremento del consumo de oxígeno a través de las señales de RMf contienen presumiblemente más terminales nerviosos activos y no necesariamente más somas neuronales activos, como suele interpretarse. La obtención de señales de RMf en roedores y primates no humanos, seguida por análisis histológicos y moleculares directos del tejido cerebral, mejorará enormemente la capacidad para extraer información neurobiológica a partir de los estudios de imagen en humanos. De forma similar, los estudios con TEP en animales constituyen adyuvantes necesarios para el desarrollo de nuevos ligandos para receptores y otras proteínas (Kupfer, First y Regier, 2004, p. 55).

Y finalmente las nuevas herramientas de genómica y proteómica funcional desarrolladas, éstas han expandido enormemente la capacidad para estudiar los fármacos genéticos y moleculares implicados en los trastornos psiquiátricos. Desde el punto de vista de la psiquiatría la genómica funcional hace referencia a la identificación de genes regulados en regiones cerebrales específicas por una sustancia o estado conductual. Otra herramienta que promete mucho son las *microarrays* (microsondas) de ADN (Ácido Desoxirribonucleico), las cuales son también las más utilizadas en la genómica funcional, en estos casos miles de muestras de ADN (obtenidas a partir de ARNm (Ácido Ribonucleico Mensajero, expresado en el tejido), se salpican literalmente en un chip de silicona o platina de vidrios. Estas *microarrays*, pueden ser utilizadas para estudiar simultáneamente la capacidad de un estímulo específico para regular los miles de productos génicos representados en las sondas, incluso son utilizadas para identificar genes regulados comúnmente por muchas clases de tratamientos antidepresivos o antipsicóticos, o tras la exposición a varios estresantes psicosociales.



También se están empleando en estudios de muestras de cerebro humano *post mortem* para identificar productos génicos que están presentes en niveles anormales en regiones específicas del cerebro de individuos con un trastorno psiquiátrico específico. Además hay diferentes tipos de *microarrays* de ADN, que están situadas en las secuencias de genes humanos (al contrario de lo que ocurre con el ARNm), están siendo utilizadas actualmente para identificar polimorfismos genéticos en poblaciones humanas.

Los genes y el ARNm ejercen su función mediante las proteínas que codifican, de ahí el poder de la proteómica, que evalúa simultáneamente cientos o miles de proteínas presentes en una muestra tisular. Las herramientas de la proteómica no están tan bien desarrolladas como las *microarrays* de ADN, pero existe una gran investigación en esta área, ya que es posible, a través de la espectrometría de masas y otras técnicas de separación de proteínas, para identificar los miles de proteínas presentes en un extracto de tejido o su estado de fosforilación. Los científicos comienzan ahora a aplicar herramientas proteómicas al estudio de fármacos psicotrópicos, modelos animales de trastornos psiquiátricos y muestras *post mortem* de humanos con estos trastornos (Kupfer, First y Regier, 2004).

Si se continúa con estos estudios, la información que se obtendrá será fundamental para la creación de un nuevo sistema diagnóstico, esto si mejora la integración entre la investigación preclínica y clínica. La investigación en humanos retroalimentará y ayudará a los estudios con animales encaminados a la identificación de los mecanismos subyacentes implicados.

## **1.8 TEOLOGÍA.**

Halgin y Krauss (2004), mencionan que otra práctica que se utilizaba en la antigüedad para alejar a los espíritus demoníacos como la trepanación es el ritual del exorcismo, de hecho se le consideraba como una cura a partir de realizar conjuros espirituales. El procedimiento de éste se asemeja más a una tortura que a una

sanación, esto porque a la persona poseída se le dejaba hambrienta, la azotaban con látigos, varas, etc., incluso se le trataba de otras formas extremas, con la intención de alejar a los espíritus diabólicos.

Otros eran ejecutados, porque se les consideraba como una carga y una amenaza para la familia y los vecinos. Estas prácticas eran realizadas por un chamán, sacerdote o un médico brujo. A través de la historia han surgido variantes del chamanismo. Los griegos buscaban el consejo de los oráculos, ya que creían que estaban en contacto con los dioses. Los chinos practicaban la magia para protegerse de los demonios. En la India el chamanismo floreció durante siglos y aún persiste en Asia Central.

Davisón (2000), dice que se le llama demonología a la doctrina según la cual un ser perverso parcial o totalmente autónomo, como el diablo, puede habitar dentro de una persona y controlar su mente. Los antiguos babilonios tenían en su religión a un demonio específico para cada enfermedad, por ejemplo: Idta era el que provocaba la locura. Hay ejemplos semejantes de estas ideas demonológicas con los antiguos chinos, egipcios y griegos. También entre los hebreos, la desviación se le atribuía a los malos espíritus que poseían a la persona, que había dejado de ser protegida por Dios a causa de algún disgusto. Se dice que Cristo curó a un hombre de 'espíritu sucio', al echar a los demonios que lo habitaban y arrojarlos a una manada de cerdos. Parece que después estos animales quedaron poseídos y 'violentamente por un lugar empinado hacia el mar' corrieron.

## **CAPÍTULO 2**

### **NEUROSIS DE ANSIEDAD**

## 2.1 NEUROSIS.

Vallejo-Nájera (1998), define a la Neurosis como “conjunto de síntomas psíquicos y emocionales producidos por un conflicto psicológico que se han hecho crónicos. En las neurosis se conserva la capacidad para razonar coherentemente” (p. 614).

Morris (2001), dice que a pesar de que la Neurosis se ha convertido en uno de los trastornos mentales más comunes en la práctica médica, ya no se considera sólo de este grupo, esta palabra se ha convertido de uso popular para describir trastornos emocionales de la más diversa naturaleza. Las personas que llegan a presentar un comportamiento excéntrico y un poco inestable, se les llega a nombrar ‘Neuróticos’. Este tipo de trastorno no tiene una base orgánica demostrable, por lo que las personas que lo presentan tienen la capacidad de auto observación y una sensación adecuada de la realidad, en otras palabras estas personas no confunden sus experiencias patológicas subjetivas y sus fantasías, con la realidad externa.

La conducta puede ser afectada seriamente, lo común es que se mantiene dentro de los límites sociales aceptables, esto último se da porque la personalidad no está desorganizada. Las neurosis pueden ser de tipo recurrente y se manifiestan de la misma forma a través de toda la vida del paciente. Pueden variar de gravedad, desde episodios leves hasta una enfermedad grave e incapacitante, que incluso requiera hospitalización.

Hay muchas explicaciones para las causas de los trastornos neuróticos. Las teorías específicas que intentan explicar el desarrollo de la neurosis han surgido tanto del psicoanálisis como de la teoría del aprendizaje y de los modelos médicos. Aunque por lo general, una neurosis se desarrolla o aparece en un individuo debido a situaciones o hechos que crean en él fuertes tensiones emocionales, pero casi siempre a esto se suma una cierta predisposición caracterológica. Está comprobado

que la emotividad exagerada se puede adquirir a través de la educación de unos padres también muy emotivos.

Machleidt y Bauer (2004), hablan de que la neurosis se puede definir desde el punto de vista de la teoría del aprendizaje donde los comportamientos neuróticos son trastornos adaptativos, que suelen acompañarse de pensamiento negativo con un aprendizaje de sensación de desamparo ante circunstancias negativas del entorno no modificables y con una percepción negativa de las atribuciones del yo.

Vallejo (2003), dice que la neurosis tiene características básicas que permiten diferenciarla claramente de otros trastornos psíquicos, las cuales son:

- No es una enfermedad en el sentido médico, ya que a excepción de las crisis de angustia y los trastornos obsesivos, su etiopatogenia es fundamentalmente psicológica.
- Su naturaleza es dimensional, ya que el neuroticismo es un factor de personalidad que se desplaza cuantitativamente de menos a más a lo largo de un *continuum* (con el paso del tiempo no cambia de manera radical).
- Clínica, porque se considera cuantitativa, ya que los síntomas corresponden a fenómenos que todo sujeto puede sentir en una situación normal, aunque, una vez estructurado el síndrome neurótico, adquieran naturaleza patológica.
- En general el curso es crónico, con fluctuaciones.
- El pronóstico es variable según parámetros personales, sociales y terapéuticos.
- El tratamiento (excepto en las crisis de angustia y el trastorno obsesivo), se debe enfocar psicológicamente, a pesar de que se puede complementar con enfoques biológicos.

Zepeda (2003), menciona que para la neurosis o cualquier otro trastorno se tiene que diferenciar entre síntomas y síndromes neuróticos. El concepto de neurosis a pasado por grandes cambios a lo largo de la historia y se ha desplazado de forma opuesta al de psicosis, desde su posición original orgánica a la más psicologista del

siglo XX y principios de siglo XXI, con una visión neurobiológica de algunas de las formas clínicas neuróticas (crisis de angustia, trastornos obsesivos).

## 2.2 ANSIEDAD.

La Ansiedad es considerada como:

Clásicamente un sentimiento subjetivo que implica la presencia de sensaciones de aprensión, tensión, inquietud, temor indefinido, inseguridad o miedo, a modo de anticipación indefinida de un peligro ante una amenaza más o menos objetiva, que supone una forma de miedo ante algo o ante 'nada', en contraposición al 'miedo' concreto ante un peligro o amenaza real (De la Gándara y Fuertes, 1999, p. 12).

Friedman (2004) habla de que la ansiedad consiste en una sensación subjetiva de aprensión, intranquilidad, tensión o terror como respuesta a un peligro desconocido. El miedo constituye una respuesta emocional a una situación objetivamente amenazante. Nerviosismo y preocupación son términos que comúnmente usan los pacientes para describir la ansiedad.

Dueñas (2002), menciona que la psiquiatría se ha ocupado de la ansiedad principalmente en dos sentidos: los síntomas físicos y la vivencia (experiencia interior). Uno de los principales trabajos de investigación tiene como objetivo diseñar un modelo de ansiedad en cinco bloques, los cuales están estrechamente relacionados: vivencial, físico, psicológico (conducta), cognitivo (intelectual) y asertivo (habilidad social). Así pues la ansiedad consiste en una respuesta pentadimensional (vivencial, física, conductual, cognitiva y asertiva) caracterizada por un estado de alerta o activación generalizada. Su duración, intensidad y frecuencia dependen de muchos factores de distinta índole.

Livingstone (2004) menciona que la Ansiedad que es generalizada y persistente, pero que no se limita o predomina en ninguna circunstancia ambiental particular, por lo que le llaman también 'ansiedad libre flotante'. Los síntomas predominantes son variables, pero los más frecuentes son: nerviosismo, temblores,

tensión muscular, sudoración, etc. Incluye también Neurosis de ansiedad, Reacción de ansiedad y Estado de ansiedad.

Aunque a nadie le gusta sentirse ansioso, la experiencia de ansiedad puede proteger la vida. De la misma forma en que el dolor le enseña a un individuo a mantener las manos alejadas del fuego, el miedo le enseña –una vez que ha sufrido una quemadura– a tener cuidado con el fuego la próxima vez. La reacción de precaución que provoca la ansiedad le ayuda al individuo a salvar la vida, si eso es lo más aconsejable ante un peligro. Por esto se considera a la ansiedad como una señal de alarma que puede evitar que el individuo haga algo indebido (Lerner, 2005).

Sentir miedo sin que parezca existir un motivo claro se denomina ansiedad. Puede haber otros sentimientos junto con la ansiedad, como una sensación de opresión en el pecho, dolor de estómago, náuseas, o una percepción de que está por ocurrir algo horrible. Estos sentimientos pueden ser muy atemorizantes. A veces, la ansiedad interfiere con las cosas que necesitas hacer, como aprender y dormir, o como una fobia, que es un miedo intenso a algo específico, como las alturas, ensuciarse, el número 13 o las arañas.

La ansiedad puede ser común en algunas familias, o una persona puede comenzar a experimentar sentimientos de ansiedad después de que ocurre algo terrible, como un accidente de tránsito. En ocasiones, algunas enfermedades llegan a provocar sentimientos de ansiedad, esto también puede ocurrir cuando se consume alcohol u otras drogas, como la cocaína. Otra parte de la explicación tiene que ver con las diferentes sustancias químicas presentes en el cerebro. La manera en que se equilibran las sustancias químicas en las células nerviosas del cerebro puede afectar los sentimientos y los actos de una persona. Una de esas sustancias químicas es la serotonina. La serotonina es una de las sustancias químicas del cerebro que ayuda a enviar la información de una célula del cerebro a otra. Pero en algunas personas que padecen ansiedad, esa sustancia química no siempre parece funcionar como debiera (De la Gándara y Fuertes, 1999).

Eguíluz y Segarra (2005), hablan de que la ansiedad se puede considerar en una doble vertiente, como 'estado' (síntomas ansiosos presentes); es la cualidad de sentirse ansioso en un momento concreto, definido, en respuesta a situaciones estimulantes y determinantes que, en principio pueden justificar dicho estado; o como 'rasgo' (personalidad ansiosa) se refiere a una tendencia a lo largo del tiempo, tal vez durante toda la vida, de enfrentarse a esas situaciones que generan un excesivo grado de ansiedad.

### **2.3 NEUROSIS DE ANSIEDAD.**

Friedman (2004), dice que "la neurosis de ansiedad es un proceso crónico que se caracteriza por episodios recurrentes de ansiedad aguda, descritos a menudo como ataques de pánico" (p. 17).

Machleidt y Bauer (2004), hablan de que la Neurosis de Ansiedad tiene como sinónimo al trastorno de ansiedad generalizada. En la neurosis de ansiedad el afecto ansioso no se produce ante una situación u objeto específico, sino que flota libremente, su síntoma principal es un temor generalizado y persistente. Los síntomas pueden evolucionar de forma muy diversa como signos de tensión motora, excitación vegetativa, ansiedad de expectación, hipervigilancia y un análisis permanente del entorno. Las personas que padecen este trastorno suelen mostrar temores a que ellos o sus familiares enfermen o resulten lesionados, entre otros temores.

Sigmund Freud trataba a pacientes de trastornos menores que no les impedían vivir en la comunidad como la neurosis. A partir de estudios que realizó con estos pacientes, describió la *neurosis de ansiedad* proporcionándole una entidad propia e independiente, el cual desapareció progresivamente como entidad nosológica. Esta neurosis de ansiedad fue definida alrededor de la propia ansiedad, la cual se transformó en el eje central de la patología neurótica y del propio psicoanálisis.



Una definición complementaria sería también a neurosis de ansiedad como:

Enfermos que presentan sólo síntomas ansiosos (cognitivos, conductuales, vivenciales o somáticos), que pueden aparecer tanto de forma paroxística como permanente. El conflicto interno que proponen los psicoanalistas como sustrato de la patología no se transforma, ni se desplaza ni se simboliza, de forma que sólo emergen síntomas ansiosos (Vallejo y Ferrer, 2000, p. 13).

Roca (2002), mencionan que Sigmund Freud diferenció entre crisis agudas de ansiedad (a las que se refería con el término de 'pánico') y la ansiedad crónica. Además mantuvo siempre que un factor fisiológico se relacionaba con el desarrollo de crisis de angustia. Nemiah supuso que en los pacientes con tal predisposición biológica, los conflictos psicológicos tomarían la forma de crisis de angustia, mientras que en quienes no tienen tal predisposición se presentarían como 'ansiedad señal'. Existe una relación entre estos y la ansiedad de separación porque se desencadena con frecuencia tras sucesos estresantes como la pérdida de un ser querido. Por otra parte, se sabe que existen numerosas respuestas placebo en estos pacientes, lo que habla también de factores psicológicos.

Morris (2001), habla de que el uso de las Benzodiacepinas (BZD), no sólo estimuló la investigación en los mecanismos biológicos de la ansiedad, sino que produjo cambios en la nosología. Cuando Freud separó la neurosis de ansiedad de la neurastenia, incluyó entre los síntomas de la nueva entidad, la persistencia del estado ansioso y la presencia de crisis de angustia, porque todas ellas podían agruparse alrededor del síntoma cardinal que era la ansiedad. Esta concepción unitaria se aceptó, incluso entre los psiquiatras no psicoanalíticos, hasta pasada la II Guerra Mundial. Así las crisis de angustia diferían de los estados de ansiedad en la intensidad de los síntomas. La heterogeneidad de la neurosis de ansiedad fue sugerida tras la introducción de la psicofarmacología. Donald Klein fue quien entendió que las crisis de angustia y la ansiedad generalizada, hasta entonces incluidas en la neurosis de ansiedad, podían ser trastornos distintos. Se basó en los efectos antidepresivos de la imipramina, antidepresivo tricíclico introducido en 1957. Puesto que la imipramina no producía efectos antidepresivos en sujetos normales, se

concluía que la eficacia del tratamiento era el resultado de la interacción entre el antidepresivo y la irregularidad psicobiológica producida por la depresión. Klein probó este fármaco con un grupo de pacientes muy ansiosos, con crisis de angustia y agorafobia, que no habían remitido con clorpromacina ni psicoterapia. Los pacientes mejoraron de las crisis de angustia y de su ansiedad anticipatoria, lo que le llevó a la conclusión de que las crisis de angustia eran las que habían producido el estado de ansiedad crónico.

Vallejo, Sánchez, Díez y Menchón (2004), hablan de que a principios de la década de 1890, las 'neurastenias' se habían hecho tan extensas que amenazaban con tomar el lugar de todas las 'neurosis'. Esta categoría que se iniciaba en Estados Unidos, incluía la mayoría, sino todos los síntomas de ansiedad. Cuando Freud publicó un artículo en el que argumentó que la *neurosis de ansiedad* debería incluir irritabilidad general, expectación ansiosa, crisis de ansiedad y equivalentes (somáticos), tales como síntomas cardiovasculares y respiratorios, sudoración, temblor, escalofríos, hambre voraz, diarrea, vértigo, congestión, parestesias, terrores nocturnos, síntomas obsesivos, agorafobia y náuseas. Esta sugerencia se encontraría con otras, y que surgían de una alteración hereditaria grave o de una desviación de excitación sexual somática desde el campo psíquico y una utilización anormal de ésta debido a una desviación.

Hartenberg compartía la opinión de Morel y Krishaber de que la neurosis de ansiedad se origina en el sistema nervioso simpático, donde el término de neurosis de ansiedad es útil para diferenciar de la neurastenia, un grupo diferente de síntomas que representan un *trastorno primario de las emociones*; y que pueden aportar una explicación para el desarrollo de fobias. Ya que la ansiedad es la característica principal de todos los desórdenes neuróticos, se ha llegado a realizar una clasificación entre los autores llamándola **neurosis de ansiedad**, esto ocurre cuando se tiene períodos repetitivos de pánico extremo llamados ataques de pánico, así como también se caracteriza por tener irritabilidad general, expectación ansiosa.

Los periodos de ansiedad pueden presentarse sin advertencia y durar semanas, meses incluso hasta un año, o tal vez más, con una intensidad que puede variar, la persona que la padece presenta sentimientos de miedo, se siente raro y el mundo parece irreal con un temor de muerte inminente y temor a perder el control. Lo anterior puede llegar a manifestarse en taquicardia, dificultad para la respiración, se dilatan las pupilas y la persona suda, temblando sin control. Después de algunos minutos los síntomas disminuyen, pero dejan a la persona agitada, tensa y avergonzada. Este sentimiento ha recibido el nombre de 'ansiedad flotante libre', ya que se caracteriza por una ansiedad casi continua sin alguna causa que se pueda manifestar, en donde la persona simplemente no sabe por qué se siente así, lo cual al mismo tiempo genera más ansiedad.

La teoría freudiana explica que los ataques de ansiedad indican al neurótico que tiene conflictos reprimidos los cuales amenazan con resurgir dentro de él; dicha teoría piensa que la energía psíquica empleada para mantener a estos conflictos fuera de la conciencia es la causa de que se produzca la ansiedad general, por lo tanto, una persona que padece *neurosis de ansiedad* se encuentra habitualmente a merced de ataques de ansiedad, de la previsión y de los efectos posteriores de los mismos. En esta misma teoría los síntomas neuróticos resultan de la interacción entre los impulsos instintivos que luchan por manifestarse y las estrategias defensivas, la persona se defiende por medio de mecanismos de represión sin ningún resultado. Por otro lado, Freud considera que la neurosis extrae del mundo de la imaginación y de la fantasía el material necesario para sus productos, hallándolos por medio de la represión en épocas reales anteriores y más satisfactorias donde la neurosis se limita regularmente a evitar el fragmento de la realidad de que se trate y protegerse contra todo encuentro con él.

Otro enfoque clásico, pero distinto al de Freud, es el de Karen Horney quien describe una serie de situaciones que causan la neurosis, para ella la mayoría de los trastornos neuróticos provienen de una ansiedad que el individuo trae consigo desde la niñez, donde el niño siente hostilidad hacia sus padres por las órdenes que estos le imponen, las cuales le causan profundas frustraciones. El problema comienza

cuando los sentimientos hostiles son muy intensos, pues el niño se alejará de sus padres quedándose sin el amor y las atenciones que necesita, el niño, así afectado, continúa creciendo de esta manera hasta llegar a ser un adulto que recurrirá a todo tipo de mecanismos de defensa para no sentirse desamparado y sin afecto.

Incluso se ha considerado que las reacciones de ansiedad pueden ser aprendidas, las cuales fueron reforzadas con la atención por parte de otras personas importantes en la vida pasada de la persona que la padece. Si un individuo experimenta ansiedad, cualquiera que sea la causa, y se le proporciona un 'café con galletitas', entonces su ansiedad se convertirá en una respuesta condicionada. La ansiedad neurótica puede diferenciarse de la ansiedad objetiva o del miedo. El miedo es una reacción racional ante un peligro objetivo, identificado y externo; puede abarcar la huida o el ataque en defensa propia.

En la ansiedad neurótica la excitación emocional es igualmente fuerte, pero el peligro es interno: no lo identifican ni participan de él las otras personas que se hallan en la situación. El hecho de no poder explicar la "excitación inexplicable" constituye en si mismo una amenaza para los sentimientos personales de autocontrol. Una de las principales funciones de la psicoterapia consiste en identificar la fuente original de la ansiedad a fin de convertirla en miedo tangible y manejable. En 1978, el *Research Diagnostic Criteria* dividió las neurosis de ansiedad en trastorno de ansiedad generalizada y trastorno de pánico, e incluyó tres subtipos de trastorno fóbico, incluyendo la agorafobia, fobia social y fobia simple.

### **2.3.1 CONCEPTO, CAUSAS Y SÍNTOMAS DE NEUROSIS DE ANSIEDAD.**

El concepto más representativo es, períodos repetitivos de ataques de pánico así como también se caracteriza por tener irritabilidad general y expectación ansiosa. Los periodos de ansiedad pueden presentarse sin advertencia y durar semanas, meses incluso hasta un año, o tal vez más, con una intensidad que puede variar, la

persona que la padece presenta sentimientos de miedo, se siente raro, el mundo parece irreal con un temor de muerte inminente y temor a perder el control.

Entre las causas de esta enfermedad se hallan los factores de la represión libidinosa y el complejo de culpa, la represión y las situaciones frustrantes de separación y abandono. Por lo que se habla que la causa son los factores psicológicos.

Los síntomas que caracterizan a la neurosis de ansiedad son los siguientes:

- Manifestaciones de una angustia permanente.
- Inseguridad.
- Cansancio excesivo.
- Inquietud.
- Cambios de humor repentinos.
- Ataques de pánico.
- Irritabilidad general.
- Expectación ansiosa.
- Síntomas psíquicos, con predominio de la angustia física.
  - \* Peyoración imaginaria de la existencia (la angustia produce sentimientos paralizadores y pesimistas).
  - \* Sentimientos de miedo.
  - \* La espera de un peligro (lamentaciones, presentimientos, amenazas, etc.).
  - \* El ansioso se siente atrapado por el peligro que experimenta.
  - \* El mundo parece irreal.
  - \* Sentir que no tiene capacidad de análisis y de control, sin poder apartarse de la terrible situación que le fascina.
  - \* Temor de muerte inminente.

Los síntomas anteriores pueden llegar a manifestarse en:

- Síntomas somáticos, con predominio de la angustia física:
  - \* Síntomas respiratorios; como ahogos, afonías, etc.
  - \* Síntomas cardiovasculares; como taquicardia, palpitaciones, etc.
  - \* Síntomas digestivos; como vómitos, diarreas, espasmos gástricos, etc.
  - \* Síntomas urinarios; como poliuria, etc.
  - \* Síntomas neuromusculares; como temblores, dolores pseudorreumáticos, etc.
  - \* Síntomas sensitivos o cutáneos; como crisis de prurito, cefaleas, zumbidos de los oídos, se dilatan las pupilas y la persona suda, etc.

Lo anterior puede llegar a manifestarse en taquicardia, dificultad para la respiración, se dilatan las pupilas y la persona suda, temblando sin control.

### **2.3.2 TRATAMIENTO.**

El tratamiento puede ser el menos pensado pues existe una variedad terapéutica que permite usar diferentes enfoques o en algún momento usar una combinación de métodos psicológicos y fisiológicos. La psicoterapia es una terapia de reforma del 'Yo', a partir de la comprensión del estado permanente de angustia, por lo que puede ayudar a que los pacientes se enfrenten al nuevo mundo o simplemente que acepten tomar medicamentos, como en la terapia sedante que incluye medicamentos tranquilizantes, y relajación.

Gavino (1997), habla de que la terapia de grupo es una opción terapéutica efectiva en la medida que permite al paciente compartir sus recuerdos traumáticos en un ambiente de seguridad, cohesión y empatía proporcionada por los otros pacientes y el propio terapeuta. A pesar de que existen una gran variedad de aproximaciones

grupales al tratamiento del trauma en general, la terapia de grupo pretende alcanzar los siguientes objetivos terapéuticos:

- Estabilizar las reacciones, tanto a nivel físico como psíquico, frente a la experiencia traumática.
- Explorar, compartir y afrontar emociones y percepciones.
- Aprender estrategias efectivas de afrontamiento ante el estrés.

Compartir la propia experiencia y afrontar directamente la ira, ansiedad y culpa a menudo asociados a los recuerdos traumáticos permite a muchos pacientes afrontar de forma eficaz sus recuerdos, sus emociones e integrarlos de forma adaptativa en su vida cotidiana. En cuanto a los grupos de autoayuda / apoyo para los pacientes y las familias con enfermedades mentales, afortunadamente van haciéndose progresivamente más comunes.

Lewis (1997), menciona que hay variedades de psicoterapia y maneja tres tipos de tratamiento:

- Terapia de apoyo: su objetivo es reforzar las defensas existentes, elaborar mecanismos nuevos y mejores para mantener el control.
- Terapia de insight: su objetivo es promover insight entre los conflictos más conscientes, con un esfuerzo deliberado para lograr un reajuste, modificación de las metas y del modo de vida.
- Terapia de insight con metas reconstructivas: su objetivo es promover insight en los conflictos inconscientes, con esfuerzos para lograr una modificación extensa de la estructura del carácter. Expansión del crecimiento de la personalidad con el desarrollo de nuevas posibilidades de adaptación.

## 2.4 TIPOS DE FACTORES PREDISPONENTES.

De alguna u otra forma existen factores o situaciones específicas que pueden influir para desencadenar un trastorno mental. Los siguientes factores son los principales:

- **PSICOLÓGICOS:** Bouzas (1999), habla de que en general existe la convicción de que los factores psicológicos son importantes en el desarrollo de la enfermedad que se presenta, en este caso la *neurosis de ansiedad*, aunque existe la polémica de la verdadera participación de estos factores en la iniciación, progresión, agravamiento o exacerbación de la enfermedad, considerando que varía de desorden a desorden. Los principales componentes de la ansiedad son psicológicos (tensión, temores, dificultad de concentración, aprensión) y somáticos (taquicardia, hiperventilación, temblor, sudoración). En las molestias de múltiples sistemas pueden participar otros sistemas de órganos (por ejemplo, gastrointestinales). Son comunes la fatiga y los trastornos del sueño.

En lo referente a las neurosis de ansiedad se han localizado con precisión los rasgos de personalidad que son más vulnerables ante las situaciones de estrés psicológico y de otro tipo. En el primer estudio aparecieron más cercanos a la ansiedad que a la depresión, los siguientes: rasgos de inmadurez, dependencia emocional, ansiedad, ánimo inestable y neurótico. En otro estudio se apreció que los pacientes neuróticos diferían de los controles en la frecuencia mayor de la ambivalencia hacia la madre, lo que implica una mezcla de emociones positivas y negativas, lo cual supone un sentimiento displacentero.

- **EMOCIONALES:** Algunas personas buscan ayuda emocional y mental por sí mismas, otras tienen que ser manipuladas e incluso coercionadas por la familia y amigos para solicitar tratamiento. Mientras más extraños y



destructivos sean los síntomas, es más probable que se busque atención o que se presione para aceptarla. La influencia social es la que ejerce mayor presión sobre dónde se tiene que buscar la ayuda, en lugar de que importe más que una persona busque ayuda para algún tipo de trastorno emocional (Goldman, 2001).

- **CULTURALES:** Millon (2006), dice que las sociedades se componen de personas, y cada una de ellas tiene una personalidad. Los antropólogos norteamericanos de principios del siglo XX, consideraban que la cultura era como una extensión de la personalidad, expandida física y temporalmente a gran escala. Algunos investigadores sostenían que la cultura se encargaba de proporcionar ideales de conducta que contextualizar por lo que influyen en la emergencia natural de las características temperamentales en el curso de la maduración. Mientras que otros creían que la sociedad configuraba una estructura de personalidad básica. Aunque algunos trastornos parecen ser más frecuentes en ciertas culturas que en otras, todos los trastornos de personalidad tienen una sustancial validez transcultural, es decir, en mayor o menor medida aparecen en casi todas las culturas.

Kupfer, First y Regier (2004), nos hablan sobre estos factores que afectan la vulnerabilidad y resistencia del individuo, porque determinan sus estilos de afrontamientos, la respuesta cognitiva del estrés y la naturaleza del apoyo social; pueden determinar su psicopatología, su experiencia frente al malestar y su cuadro sintomático, e influye sobre el curso y el resultado de las enfermedades psiquiátricas.

Geertz (1997), dice que la cultura y sociedad son fenómenos indesligables (no se pueden separar). Son las formas de satisfacer las necesidades humanas individuales y sociales las que originan el dinamismo de ésta. La cultura es el conjunto de actitudes mediante las cuales las sociedades se enfrentan al medio para transformarlo y asegurar así su

adaptación y la supervivencia de la especie. Adaptación, como la evolución orgánica, es un concepto clave en el estudio de las formas de la vida social de los seres humanos. El desarrollo de la cultura, está determinado por una dinámica permanente de acción y reacción entre la adaptación y la transformación del medio.

- **SOCIALES:** Vallejo-Nájera (1998), menciona que el hombre, al igual que muchos animales, tiende a vivir en sociedad. Las relaciones sociales e interpersonales constituyen una auténtica necesidad para lograr un desarrollo adecuado y expansivo de la personalidad, aunque también pueden ser una fuente de conflictos. El hombre vive bajo la influencia de un continuo bombardeo de estímulos entre los que destacan los que se refieren a la conducta social y a los hábitos de otras personas. Se produce entonces un aprendizaje sociocultural paulatino por el que cada persona va reteniendo parte de la información que recibe y moldeando unas formas de respuesta más o menos estructuradas, a la vez que se adapta en mayor o menor medida a una serie de patrones de conducta de su medio sociocultural.

Goldman (2001), habla de Alfred Adler quien se separaría también de Freud, para fundar su propia escuela de psicología, además concedió un peso menor al material psicosexual inconsciente y se enfocó más bien en los fenómenos en los que interviene la sociedad como mediadora. Analizó los *sentimientos de inferioridad*, basándose en la experiencia infantil de desamparo, así como el *ansia de poder* (como un impulso compensatorio) que influye en las interacciones sociales propias. La diferenciación de una estructura neurótica de carácter está condicionada por factores tan diversos como el momento de la frustración de los impulsos y las necesidades bioafectivas, el alcance y la intensidad de la frustración que sufre el organismo, impulsos centrales contra los cuales se dirige la prohibición externa, la relación entre la tolerancia a la frustración que exhibe el individuo y la frustración de la que es objeto, el sexo de la persona, inclusive las condiciones inherentes a las frustraciones mismas.

## **CAPÍTULO 3**

### **DESARROLLO DEL ADULTO JOVEN**

### 3.1 DESARROLLO.

Santrock (2004), dice que el desarrollo se refiere al patrón de cambio en las capacidades humanas que comienza en la concepción y continúa a lo largo de toda la vida. La mayor parte del desarrollo implica el crecimiento, aunque también abarca la declinación (por ejemplo el procesamiento de la información se vuelve menos rápido en los adultos mayores). Los investigadores que estudian el desarrollo están intrigados por sus características universales y sus variaciones individuales.

Berger (1997), habla de que el patrón de desarrollo es complejo porque es el producto de varios procesos, que son *procesos físicos* (implican cambios en la naturaleza biológica de un individuo, desde el nacimiento hasta la muerte, los psicológicos se refieren a estos procesos de crecimiento biológico como maduración); *procesos cognitivos* (implican cambios en el pensamiento, inteligencia y lenguaje de un individuo); y *procesos socioemocionales* (implican cambios en las relaciones de un individuo con otras personas, cambios en las emociones y cambios en la personalidad).

Estos procesos están entrelazados en forma intrínseca. Por ejemplo: los procesos socioemocionales moldean los procesos cognoscitivos, estos promueven o restringen los procesos socioemocionales y los procesos físicos influyen en los procesos cognoscitivos. Es importante reconocer que las diferencias de la inteligencia son innatas sólo en parte y, por consiguiente, no quedan fijadas de por vida. Los estudios indican que también existe una flexibilidad considerable en el crecimiento intelectual desde la primera infancia hasta la preadolescencia, a medida que se van adquiriendo nuevas aptitudes y se van refinando nuevas habilidades.

Hardy y Jackson (1998), mencionan que el desarrollo humano está orientado a la adultez madura, ésta es una idea utópica que se remonta a Aristóteles, quien describió al desarrollo de cualquier ser vivo como el despliegue de un plan de desarrollo preexistente, denominado *entelequia*, que llevaría un organismo desde la

semilla a la planta madura, del huevo al ave adulta, del embrión al animal maduro, del feto al ser humano maduro. Heinz Werner, fue un teórico que distinguió con más énfasis entre el cambio y el verdadero desarrollo, además de aplicar el concepto de desarrollo a todo, desde la percepción hasta la historia. También estudió los procesos del desarrollo desde una perspectiva orgánica-teleológica de cómo se manifiesta en niños y adultos, primitivos y modernos, en psicóticos y personas sanas.

Werner distinguió entre desarrollo y cambio o crecimiento. No todo el cambio es desarrollo, porque el cambio puede ser regresivo, así como tampoco es desarrollo todo el crecimiento (por ejemplo: los ahorros 'crecen' conforme se añade interés, pero esto no constituye desarrollo porque no tiene lugar una mejora cualitativa).

Piaget fue el creador de los estadios de pensamiento basándose en un estudio que hizo con niños, y el resultado fue que, aunque no hay dos niños idénticamente iguales, el proceso general de desarrollo era uniforme. Pero esta teoría de Piaget está siendo abandonada a favor de las teorías de procesamiento de información del desarrollo cognitivo. Después de 1958, Lawrence Kohlberg aplicó el enfoque del desarrollo cognitivo piagetiano a la moralidad en una teoría exhaustiva sobre el desarrollo moral, que abarca la valoración del estadio de razonamiento moral, una teoría de cambio de estadio, y los planes para mejorar los juicios morales de los individuos.

El instrumento de evaluación de Kohlberg es una forma más estructurada del método clínico de Piaget, un ejemplo sería que se presenta a un niño o niña (o a un adulto) una serie de dilemas sobre una cuestión moral (por ejemplo, ¿está bien que un hombre pobre robe un medicamento de precio abusivo con objeto de salvar la vida de su esposa moribunda?), y él o ella tiene que elegir y definir un curso particular de acción, o condenar su opuesto. Estos dilemas están pensados para medir solamente el razonamiento moral de una persona, no su probable comportamiento moral, de hecho, el mismo estilo de razonamiento moral puede producir hipótesis diferentes de acción moral.

De la investigación de Kohlberg surgió la teoría del desarrollo del razonamiento moral de múltiples estadios, los cuales son más complejos que los de Piaget. Los niveles de moralidad son tres y cada uno se divide en dos o tres subestadios y son: desde el punto de vista empírico los niveles preconventionales se encuentran en la infancia, los niveles convencionales en la mayoría de los adultos y los niveles posconvencionales en unos pocos hombres y mujeres superiores.

Como conclusión, Kohlberg dedujo que todos los niños de cualquier lugar crecen en el mismo universo físico (las leyes de movimiento, materia, etc.), pero las creencias culturales son diferentes. No todos crecen en el mismo mundo moral, esto porque cada cultura y subcultura tiene sus propios valores, creencias religiosas, nociones de justicia, etc. No hay una realidad física subyacente común a todos en este dominio.

De las varias deficiencias que marcan la teoría desarrollista cognitiva de Kohlberg sobre el desarrollo moral, la que causa más problemas a la mayoría de los psicólogos es su indiferencia con respecto al comportamiento. La preocupación por el comportamiento moral y sus causas ha caracterizado la principal alternativa al psicoanálisis y a la teoría del desarrollo cognitivo, a saber, la teoría del aprendizaje social.

La teoría del aprendizaje social considera aprendidas la personalidad y la moralidad, como parte de la socialización general de los niños. Con el tiempo esta teoría ha ido cambiando sus raíces freudianas y volviéndose (con el resto de la psicología), más cognitiva, pero a pesar de estos cambios y al desacuerdo de sus defensores sobre detalles teóricos, la perspectiva mantiene su énfasis en el comportamiento y el aprendizaje moral.

Diferentes culturas tienen valores y prácticas distintos, de manera que las personas se adhieren a moralidades variables. Los padres tienen distintas prácticas de educación con sus hijos, por lo tanto deberían producirse diferentes efectos sobre

el aprendizaje moral, por ejemplo: si los padres utilizan la retirada del amor antes que el castigo físico como técnica de disciplina producen niños más morales (esto es cierto en aquellos que son autoritarios; firmes pero dando explicaciones de sus acciones) en oposición a los padres autoritarios o los permisivos. Ya que la teoría del aprendizaje social se centra en los determinantes ambientales del comportamiento, los teóricos del aprendizaje social esperan que el comportamiento moral sea específico de la situación antes que constante en todas las situaciones. Desde este punto de vista el comportamiento y el razonamiento morales reales son relativos, lo son a la cultura en que una persona crece, a la familia que le educa y a las circunstancias en las que uno se encuentra (Hardy y Jackson, 1998).

Los cambios físicos durante la edad adulta reflejan la naturaleza cualitativa del desarrollo, las transiciones en el desarrollo social son cualitativas y más profundas, esto se debe a que en el transcurso de este periodo, las personas suelen iniciar su profesión, matrimonio, familia, etc. La entrada en la edad adulta temprana suele estar marcada por el abandono del hogar paterno y el ingreso al mundo del trabajo. Las personas se plantean metas de vida, realizan elecciones profesionales, y su vida comienza a centrarse en su profesión, la cual forma una parte importante de su identidad (Feldman, 2006).

La juventud comienza con el término de la adolescencia y su desarrollo depende del logro de las tareas de dicha etapa. Constituye el periodo de mayor fuerza, energía y resistencia física. Se producen menos enfermedades y se superan rápidamente, en caso que éstas se presenten. Por tal motivo, el índice de mortalidad es bajo; dentro de las causas de muerte, en los varones se encuentran los accidentes y en las mujeres el cáncer. El mantener un buen estado físico depende de factores como la dieta adecuada y el ejercicio físico (Papalia, 1997).

### 3.2 DESARROLLO DEL ADULTO JOVEN.

Goldman (2001) dice que el desarrollo es un cambio legítimo, cualitativo, dirigido a una mayor capacidad para la vida adaptada. Se considera que a los 20 años comienza la edad adulta, esta clasificación varía desde el punto de vista de cada autor. Freud consideraba que el desarrollo ocurría de manera primordial en la primera década; sin embargo, la mayoría de los teóricos más conocidos que han investigado el ciclo de vida, están en desacuerdo con Freud en lo anterior. Jung fue contra la corriente al introducir la idea de las etapas vitales, incluyendo el concepto de la mitad de la vida.

Erikson también fue un pionero al sostener que el desarrollo prosigue a lo largo de la vida, y otros autores más como Vaillant, Gould, Levinson, Colarusso y Nemiroff han realizado contribuciones importantes. Un aspecto central de estas teorías es la evolución de la **identidad personal** o **autoconcepto**, estos autores buscaron describir cómo es que los individuos llegan a pensar sobre sí mismos y cómo cambia, y evoluciona su identidad a través del tiempo.

A pesar de la falta de datos empíricos concluyentes, parece razonable que los cambios que ocurren a lo largo de la vida adulta, deben forzar el logro de pasos del desarrollo, de la misma manera que lo hacen los cambios en la infancia. Deben considerarse también los siguientes subtemas que son: la cognición (cómo piensan los adultos), los rasgos (cómo se representan así mismos), y las tareas del desarrollo que enfrentan la mayoría de los adultos a medida que envejecen.

Griffa y Moreno (2005), se centran más en las cosas que tiene que realizar el joven adulto, como las expectativas de vida que se han ido incrementando en las últimas décadas, por un lado debido a los avances de la medicina, etc. Por otra parte, en muchos países se han impuesto ideologías o implementan políticas que propugnaron el descenso de la tasa de natalidad; por consecuencia, ante la



prolongación del ciclo vital y disminución de nacimientos, se produjo entre otros fenómenos como un cambio en la estructura demográfica en países desarrollados.

Así esta nueva estructura se caracteriza por un mayor porcentaje de población adulta y anciana, acompañado de una disminución progresiva del número de niños y adolescentes. Como consecuencia de la prolongación del ciclo vital y del incremento de la población adulta, la psicología evolutiva comenzó a estudiar, comprender y diferenciar esta franja vital; sin embargo, la distinción de etapas después de la adolescencia es difícil debido a la imposibilidad de determinar hitos y momentos claves comunes a todas las personas en el transcurso de este período del ciclo vital.

Con lo anterior y a pesar de las dificultades antes mencionadas, estos autores proponen cuatro momentos en esta extensa etapa que transcurre entre los 18 hasta los 65 años:

- ✧ La juventud o segunda adolescencia (18 a 25 años).
- ✧ La adultez joven o temprana (25 a 30 años).
- ✧ La adultez media (30 a 50 años).
- ✧ La adultez tardía o segunda adultez (50 a 65 años).

En las dos primeras D. Levinson dice que se forma la 'construcción de una estructura de vida'. Dicha estructura abarca aspectos externos (participación social y cultural, familia, actividad religiosa, trabajo), y aspectos internos (valores, vida afectiva, entre otros). La conformación de la estructura de vida permite a los individuos pasar por períodos estables, pero entre estos viven otros de transición.

Los últimos dos son de una duración aproximada de 6 a 8 años, se realizan elecciones para desarrollar su vida (elección profesional, matrimonio, etc.); en los periodos transicionales, de 4 a 5 años, las personas revalúan su vida y exploran nuevas posibilidades (cambio de trabajo en búsqueda de mayores ingresos y mejores alternativas, crisis matrimoniales etc.).

Worchel y Shebilske (1998), mencionan que el adulto joven desempeña diferentes compromisos para lograr su desarrollo satisfactoriamente, los cuales son:

- Compromisos morales: están relacionados con el estadio superior del desarrollo moral, el estadio postconvencional de Kohlberg.
- Compromisos interpersonales: relacionados con el sexto estadio de Erikson del desarrollo 'de intimidad vs aislamiento'.
- Compromisos de maestría: se refiere a los compromisos ocupacionales.
- Compromisos familiares: incluye a su propia familia y a su matrimonio.

### **3.2.1 DESARROLLO INTELECTUAL Y COGNITIVO DEL JOVEN ADULTO.**

Una forma de pensamiento adulto es el que algunos teóricos han denominado **pensamiento dialéctico**, en el cual, cada idea o tesis implica su idea opuesta o antítesis. El pensamiento dialéctico consiste en la capacidad de considerar puntos de vista opuestos en forma simultánea, aceptando la existencia de contradicciones. Este tipo de pensamiento permite la integración entre las creencias y experiencias con las inconsistencias y contradicciones descubiertas, favoreciendo así la evolución de nuevos puntos de vista, los cuales necesitan ser actualizados constantemente.

El pensador dialéctico posee conocimientos y valores, y se compromete con ellos, pero reconoce que estos cambiarán, ya que la premisa unificadora del pensamiento dialéctico es que la única verdad universal es el cambio mismo. Los adultos que alcanzan el pensamiento dialéctico se caracterizan porque son más sensibles a las contradicciones, aprecian más las opiniones contrarias y que han aprendido a vivir con ellas. (Rice, 1997).

La cognición se caracteriza cuando se ha logrado pasar la etapa formal de la inteligencia media, le sigue la etapa 'posforma' específica que algunas personas logran dominar. Los adultos utilizan una vía lógica diferente a la que describió Piaget, que es al mismo tiempo, más difícil, relativa y específica del contexto. Por lo que esta

investigación avanza basándose en lo anterior, para poder explicar el por qué algunos adultos con un buen funcionamiento no utilizan de manera principal la lógica formal. Existe una controversia acerca de si ocurre una disminución significativa en inteligencia y en otros procesos cognitivos básicos durante la adultez y, de ser así, ¿cuándo aparece inicialmente? y ¿en qué procesos? Las respuestas a estas preguntas provienen de la investigación empírica en la que se utilizan baterías de tareas cognitivas con grandes muestras de sujetos sanos.

En general se coincide en que de los 30 a los 60 años de edad, ocurre una disminución variable en diferentes tareas de memoria, aun cuando se toma en cuenta la motivación y los factores psicológicos. A pesar de que existen varias hipótesis, unas son contradictorias para explicar este descubrimiento; sin embargo, aunque la capacidad para aprender vuelve más lenta a las personas de todas las edades, se pueden beneficiar del entrenamiento y la experiencia.

Goldman (2001), habla de que dependiendo de las medidas que se utilicen, existen contradicciones en los datos sobre inteligencia. Con las Escalas de Inteligencia Wechsler-Bellevue, se ha demostrado una disminución lineal de hasta 30 puntos en el nivel de funcionamiento intelectual general durante las décadas después de los 30 años; sin embargo, como se refleja en una prueba válida y confiable de las capacidades mentales, la inteligencia parece permanecer estable hasta los 50 años, después de lo cual existe una disminución progresiva.

En otro instrumento, la capacidad del sujeto para percibir relaciones en rompecabezas no se deteriora con la edad, aunque una persona sana de 80 años de edad requiere cerca del doble de tiempo que un individuo de 20 años para lograr la misma puntuación. Así, ninguna explicación simple parece describir el cambio observado en el funcionamiento cognitivo que ocurre con el envejecimiento.

Las estadísticas presentadas anteriormente por Goldman, son diferencias en las capacidades adultas que se refieren a grupos completos o subgrupos. Por lo que

para la comprensión acerca de cualquier persona (como individuo), se necesita tener conocimiento de los factores relacionados con la edad de dicha persona, y de la percepción que las capacidades actuales de ésta, se encuentran ligadas de manera inseparable con el contexto de su experiencia y de su potencial.

### **3.2.2 DESARROLLO SOCIOEMOCIONAL DEL ADULTO JOVEN.**

Santrock (2004), menciona que los psicólogos han propuesto varias teorías sobre el desarrollo socioemocional de los adultos, la mayoría de estas teorías abordan temas de trabajo y amor, carrera e intimidad. Por ejemplo, las ocho etapas de la teoría de desarrollo de la vida de Erikson, de las cuales la que interesa en este tema es el sexto:

- *intimidad frente a aislamiento*; en la edad adulta inicial las personas enfrentan la tarea de desarrollo, de formar relaciones íntimas con otros o aislarse socialmente.

Aquí Erikson describe a la *intimidad* como encontrarse uno mismo y perderse así mismo en otro. Si el adulto joven desarrolla amistades sanas y una relación íntima estrecha con una pareja, es probable que se logre la intimidad. El matrimonio o cualquier compromiso con otros individuos, es otro campo para este tipo de desarrollo, alrededor de 1930 un matrimonio estable era aceptado como un punto final legítimo del desarrollo adulto. Sin embargo, en los 70 años anteriores, el deseo de satisfacción personal (tanto dentro como fuera del matrimonio), se vuelve una meta igual de legítima.

Como resultado, en la década de los años 90, los adultos permanecían solteros más tiempo que en décadas anteriores. Además la búsqueda de la satisfacción personal puede desestabilizar un matrimonio. La identidad personal y el significado de la vida también son un campo para el desarrollo socioemocional. Pero éstas ya están dentro de la etapa de edad adulta media.

López, Etxebarria, Fuentes y Ortiz (1999), hablan de que como parte del desarrollo emocional y de la personalidad, Freud dejó un legado a la psicología y fue el tratamiento de la moralidad. Su foco en los sentimientos asociados con la moralidad (especialmente la vergüenza y la culpa), ha seguido siendo el centro de interés incluso de los psicólogos del desarrollo antifreudiano. Además el desarrollo afectivo y social se considera como aquella dimensión evolutiva que se refiere a la incorporación de la persona desde que nace, a la sociedad donde vive. Tal incorporación conlleva numerosos procesos de socialización, la formación de vínculos afectivos, la adquisición de los valores, normas y los conocimientos sociales como el aprendizaje de costumbres, roles y conductas que la sociedad transmite y exige cumplir a cada uno de sus miembros y el poder hacer la construcción de una forma personal de ser, esto porque finalmente cada persona es única.

Para comprender mejor este desarrollo hay que entender la definición de las emociones, donde cualquier conceptualización de la emoción debe empezar preguntándose qué es una emoción. Después, cualquier postura teórica debe tratar por lo menos con algo de lo siguiente: ¿Cuándo aparecen las emociones? ¿Cómo se presentan? ¿Por qué ocurren? Algunas posturas han abordado principalmente una u otra de estas preguntas, y aun así han hecho valiosas contribuciones a la bibliografía. Una postura de desarrollo idónea debe, sin embargo, abordarlas todas. Por añadidura debe reflejar el lugar central de la emoción de la vida humana. La emoción es parte de todas las transacciones decisivas con el ambiente guía, dirige y a veces desorganiza la acción y es la manera de las relaciones personales (Sroufe, 2000).

### **3.2.3 DESARROLLO MORAL EN EL ADULTO JOVEN.**

Para Piaget y Kohlberg, el desarrollo moral depende del desarrollo cognitivo, sería una especie de superación del pensamiento egocéntrico una capacidad creciente para pensar de manera abstracta. Kohlberg en su teoría del desarrollo moral, plantea que en las etapas quinta y sexta el desarrollo moral es en esencia una

función de la experiencia. Los individuos sólo podrían alcanzar estos niveles (si es que los alcanzan) pasados los 20 años, ya que para que las personas reevalúen y cambien sus criterios para juzgar lo que es correcto y justo requieren de experiencias, sobre todo aquellas que tienen fuertes contenidos emocionales que llevan al individuo a volver a pensar. Según Kohlberg, existen dos experiencias que facilitan el desarrollo moral: confrontar valores en conflicto (como sucede en la universidad o el ejército) y responder por el bienestar de otra persona (cuando un individuo se convierte en padre) (Papalia, 1997).

### **3.2.4 DESARROLLO FÍSICO EN EL ADULTO JOVEN.**

Santrock (2004), dice que la mayoría de las personas alcanzan su desarrollo físico máximo durante su tercera década de vida (20-29 años) y también es entonces cuando están más sanas. Lo malo es que al inicio de la edad adulta también muchas habilidades comienzan a declinar, como en la fuerza y la velocidad (a menudo es notoria después de los 30). Debido a sus habilidades físicas que están en su apogeo y su buena salud en general, los adultos jóvenes rara vez reconocen que los malos hábitos alimenticios, la bebida en exceso y el tabaquismo en el adulto joven, pueden deteriorar su condición física conforme envejecen. Incluso algunos consumen drogas como alcohol, marihuana, anfetaminas, etc. Los malos hábitos de la juventud comienzan a mostrarse en los cambios físicos del adulto medio. Para los 40 o 50 años, la piel comienza a agrietarse y a colgarse debido a una pérdida de grasa y colágeno en tejidos subyacentes, etc.

Piedrola (2000), habla del concepto de salud y sus implicaciones. La salud es algo que todo el mundo sabe lo que es hasta el momento que la pierde o cuando intenta definirla. La vida está en la salud y no en la existencia. Por suerte para muchos, la salud es sentirse bien. La salud es también una forma de pensar, de vivir, de relacionarnos con los demás. Salud es felicidad, bienestar social y emocional, es lo que se ha dado llamar calidad de vida y la satisfacción de ella. Una persona fuerte, productiva, creativa y funcional, no sedentaria, a la que quizás espera una larga vida

en esas condiciones, no puede considerarse como sana si tales rasgos se acompañan de un permanente temor por la pérdida de la vida. Sano es el que no ha sido suficientemente estudiado.

El concepto de salud que se ha tenido hasta bien avanzado el siglo XX, y que aún mantiene gran parte de la comunidad, ha sido de carácter negativo. Se poseía salud, cuando no se estaba enfermo. Esta ausencia de enfermedad, la salud, venía definida por la no percepción de enfermedad, algunos puntos importantes sobre la historia sobre salud y enfermedad son: entre 1940 y 1950, se ha dado un sentido positivo a las definiciones subjetivas de salud, al considerar sano al individuo o colectivo que siente bienestar en ausencia de malestar.

Pasa de un concepto estático de salud a uno dinámico y establece el concepto continuo, proceso salud-enfermedad, en el cual la enfermedad ocuparía el polo negativo y en cuyo extremo estaría la muerte; la salud el polo positivo en cuyo extremo se situaría el óptimo de salud; en el centro habría una zona neutra donde sería imposible separar lo normal de lo patológico, pues ambos coexisten. Entre uno como en otro polo, habrá graduaciones de salud o enfermedad.

### **3.2.5 PERSONALIDAD.**

Fernández-Abascal y Martín (2002), dicen que la personalidad es el resultado de la integración de los diferentes procesos psicológicos. En psicología, el término *personalidad* se utiliza para dar razón de los comportamientos característicos de un individuo, para poder explicar aquella parte de su conducta que se manifiesta en diferentes situaciones y que permanece invariable a lo largo del tiempo.

Brody y Ehrlichman (2000), dicen que con los estudios que se han hecho hasta el momento, se ha planteado una pregunta ¿Si los pensamientos conducen a las acciones y a las emociones o si la dirección de la causalidad viene de la acción y la emoción al pensamiento? Lo que encontraron sugiere que los pensamientos son el

*resultado* de las emociones y de las acciones más que su causa. Las creencias pueden estar influenciadas por el cuerpo y cerebro, pero esto no significa que los pensamientos que tenga el individuo sobre sí mismo sean irrelevantes. Las cosas que la persona cree que son importantes para el mismo y que le ayudan a definir quién piensa que es.

Los pensamientos pueden ser influidos por los genes y por la fisiología, pero no sólo están determinados por dichas influencias, sino que también las diferencias individuales contribuyen a que cambie la forma en la que reacciona a los acontecimientos y la manera en la que se comporta, por eso se ha llegado a pensar que cambiando el pensamiento, podrá cambiar su comportamiento.

Un concepto de personalidad más realista podría ser que: es el conjunto de aquellos pensamientos, sentimientos, deseos, intenciones y tendencias a la acción que contribuye a los aspectos importantes de la individualidad.

Gomberoff (1999), comenta que Kernberg da otro concepto que también es claro y concreto: la integración dinámica de los patrones conductuales derivados del temperamento, carácter y los sistemas de valores internalizados (súper yo). A la estructura de personalidad de un individuo subyacen dos precondiciones:

- ◆ Precondiciones estructurales: grado en que se hayan integrado e internalizado, a través de las relaciones tempranas, en sí mismo y las relaciones objetales; llegando en el caso de la personalidad normal (y neurótica) a la constancia objetal, objetos internalizados totales.
- ◆ Precondiciones dinámicas: se refiere a la organización de los impulsos (líbido y agresión) que se van activando en las relaciones objetales tempranas. En la estructura de personalidad normal se da una integración de la agresión y la libido bajo la dominancia de los impulsos libidinales.

Kernberg también propone una clasificación de los trastornos de personalidad que combina criterios dimensionales de clasificación (diferencias cuantitativas dentro



de dimensiones generales: Identidad del yo, prueba de realidad, mecanismos defensivos) y categoriales (diferencias cualitativas entre los tipos de trastorno de personalidad dentro de un grado dimensional). Esto significa, que dentro de las dimensiones se pueden describir diferentes tipos de personalidad según se alejen o acerquen a los polos de las dimensiones. Sin embargo, también se pueden diferenciar, dentro de una misma dimensión, un tipo de personalidad de otro por características que lo hacen claramente diferentes y porque la cantidad hace también que una entidad nosográfica se pueda distinguir de otra, configurándose en un tipo de personalidad distinta (cantidad se transforma en calidad, en un continuo discontinuo).

### **3.2.5.1 Desarrollo de la personalidad en la adultez joven.**

Papalia (1997), habla de los modelos de crisis normativas y el modelo de los momentos adecuados de la ocurrencia de los acontecimientos:

1. Modelos de crisis normativas: describen el desarrollo como una secuencia definida de cambios sociales y emocionales con la edad.
  - a. Erik Ericsson. Estadío 6: intimidad v/s aislamiento; Los jóvenes adultos deben lograr la intimidad y establecer compromisos con los demás, si no lo logran permanecerán aislados y solos. Para llegar a ella es necesario encontrar la identidad en la adolescencia.
  - b. Georges Vaillant. Adaptación a la vida: Logró identificar 4 formas básicas de adaptación; madura, inmadura, psicótica y neurótica. Vaillant distingue tres etapas dentro de la adultez joven:
    - Edad de establecimiento (20-30 años): desplazamiento de la dominación paterna, búsqueda de esposo(a), crianza de los hijos y profundización de los amigos.
    - Edad de consolidación (25-35 años): se hace lo que se debe, consolidación de una carrera, fortalecimiento del matrimonio y logro de metas no inquisitivas. Esta etapa constituye una adición a la teoría de Erikson.

- Edad de transición (alrededor de los 40 años): abandono de la obligación compulsiva del aprendizaje ocupacional para volcarse a su mundo interior.
  - c. Levinson. Las eras: La estructura de la vida; El ciclo vital está formado por una serie de eras que duran aproximadamente 25 años cada una. Se distinguen subetapas, marcadas por una transición, en las cuales se alcanzan los objetivos más importantes de la vida, que comienza -en la juventud- por el abandono del hogar y el logro de la independencia, opción por un trabajo, la familia y las formas de vida adoptadas. Al culminar la fase de transición, el sujeto se siente seguro y competente. Otro concepto que agrega Levinson es el de *estructura de la vida* que se refiere a un esquema de vida que subyace a una persona en un momento determinado.
2. Modelo de los momentos adecuados de la ocurrencia de los acontecimientos: Concepción más estable del desarrollo, plantea que los cambios producidos dependen más de hechos sociales (reloj social) que sirven para establecer los eventos más importantes en el transcurso de la vida, los cuales marcan el desarrollo.
- ✧ Eventos normativos v/s eventos no normativos: Los eventos normativos están constituidos por el matrimonio, la paternidad, la viudez y la jubilación en la edad avanzada. Los eventos no normativos están conformados por accidentes que incapacitan al individuo, pérdida de trabajo, ganar un premio, entre otros.
  - ✧ Eventos individuales v/s eventos culturales: Los primeros suceden a una persona o familia como el nacimiento de los hijos. Los segundos ocurren en el contexto social, en el cual se desarrollan los individuos, por ejemplo: un terremoto. Éstas afectan el desarrollo de los individuos. Además, el que un evento aparezca en un tiempo determinado o no dependen de la cultura en la cual el sujeto se desenvuelva.

### **3.2.5.2 Rasgos en el adulto joven.**

Goldman (2001), menciona que la psicología de los rasgos es una disciplina que considera a la personalidad como un conjunto de actitudes internas que influyen sobre el pensamiento, conducta y autorrepresentación. Investigaciones transversales han arrojado datos confiables que muestran muchos cambios significativos en rasgos, pero no ha surgido ningún patrón claro.

Tales investigaciones muestran –más que un desarrollo y cambio característicos– un grado notable de estabilidad en los rasgos a lo largo de intervalos extensos. Esta tendencia a la estabilidad en la personalidad parece contradecir la idea de que, a lo largo del ciclo vital, ocurre un desarrollo de acuerdo con pasos graduados y en una progresión epigenética.

Santrock (2004), habla de la teoría de rasgos y dice que Allport creía que cada individuo tenía un conjunto único de rasgos de personalidad, agrupando en tres categorías principales: cardinales, centrales y secundarios. Las dimensiones básicas de la personalidad de Eysenck son introversión/extroversión, estabilidad/inestabilidad y psicoticismo. En la actualidad hay mucho interés en los cinco grandes factores de la personalidad, los cuales se consideran ‘super rasgos’ amplios: apertura a la experiencia, escrupulosidad, extroversión, agradabilidad y estabilidad emocional. En estos tiempos la mayoría de los psicólogos de la personalidad creen que éste se determina por una combinación de rasgos, o factores personales y la situación o factores ambientales.

La teoría de los rasgos enfatiza que la personalidad consiste en disposiciones extensas, perdurables, que conducen a respuestas características. Los teóricos de los rasgos también están interesados en la forma en que los rasgos están organizados dentro del individuo. Se supone que los rasgos en esencia son estables a lo largo del tiempo y entre situaciones.

Estudiar a la gente en función de sus rasgos tiene valor práctico. Identificar los rasgos de una persona nos permite conocerla mejor. Entender los rasgos de una persona también puede ayudar a predecir mejor salud, el pensamiento, el éxito en el trabajo y las habilidades interpersonales del individuo. Algunos críticos dicen que la personalidad varía entre situaciones más de lo que reconocen los teóricos de los rasgos.

### **3.2.5.3 Clasificación de las estructuras de personalidad. Criterios de clasificación y evaluación clínica.**

De acuerdo a los planteamientos de Kernberg, se distinguirían diferentes estructuras de personalidad (Gomberoff, 1999):

- *Estructura de personalidad normal*: donde no se encuentran trastornos de personalidad.
- *Estructura de personalidad de tipo neurótico*: donde se encuentran los trastornos de personalidad menos graves.
- *Estructura de personalidad de tipo limítrofe*: donde se ubican los trastornos de personalidad más severos; dividida a su vez en limítrofe superior y bajo.
- *Estructura de personalidad de tipo psicótico*: que es un criterio de exclusión para los trastornos de personalidad.

La clasificación de estructuras de personalidad de Kernberg se basa en tres criterios básicos (Gomberoff, 1999):

- *Identidad del yo*: es el concepto integrado (aspectos positivos y negativos) de sí mismo a través del tiempo y en distintas situaciones, también de las personas importantes o significativas en la vida del sujeto. La identidad del yo está presente sólo en las estructuras neuróticas, por lo tanto es un criterio diferenciador con las estructuras limítrofes y psicóticas. La evaluación clínica de este criterio no se debe realizar en personas que presenten cuadros psicóticos y/u orgánicos.

- Juicio de realidad: implica la capacidad de: (1) diferenciar el yo del no-yo (2) diferenciar el origen de los estímulos ya sea intrapsíquico o extrapsíquico (3) mantener criterios de realidad socialmente aceptados. El juicio de realidad está mantenido en las estructuras neuróticas y limítrofes, no así en las psicóticas por lo que es un criterio diferenciador entre estructuras psicóticas y limítrofes.
- Mecanismos de defensa primitivos v/s avanzados: En la práctica clínica se aprecia que los mecanismos de defensa se utilizan en constelaciones o conjuntos. La constelación neurótica o mecanismos avanzados se centra en la represión además de ir acompañado de proyección, intelectualización, racionalización, negación y formación reactiva. La segunda constelación la constituyen los mecanismos más primitivos los que se centran en la escisión, junto con ésta aparecen la identificación proyectiva, idealización primitiva, omnipotencia, control omnipotente, devaluación y negación primitiva. Este criterio sirve para diferenciar las estructuras neuróticas de las limítrofes y psicóticas ya que los mecanismos primitivos son típicos de estas últimas organizaciones.

Larsen y Buss (2005), hablan de que los investigadores de la personalidad, la estudian en diferentes dominios de conocimiento (área de especialidad de la ciencia y la erudición en la que los psicólogos se han enfocado para aprender acerca de algunos aspectos específicos y limitados de la naturaleza humana). El campo de la personalidad se divide en seis dominios de conocimiento:

- ◆ *Dominio de disponibilidad*: la personalidad es influida por rasgos con los que nace la persona o que desarrolla.
- ◆ *Dominio biológico*: la personalidad es influida por eventos biológicos.
- ◆ *Dominio intrapsíquico*: la personalidad es influida por conflictos dentro de la propia mente de la persona.

- ◆ *Dominio cognoscitivo-experimental:* la personalidad es influida por pensamientos, sentimientos, deseos, creencias y otras experiencias subjetivas personales y privadas.
- ◆ *Dominio social y cultural:* la personalidad es influida por posiciones sociales, culturales y de género en el mundo.
- ◆ *Dominio de adaptación:* la personalidad es influida por todo lo anterior y por ajustes que debe hacer la persona ante los desafíos inevitables de la vida.

La perspectiva psicoanalítica de Freud ve la personalidad humana como consistente de instintos sexuales y agresivos irracionales, los cuales al final determinan toda la actividad humana. La perspectiva cognoscitiva de la personalidad en contraste ve a los humanos como “científicos” racionales, que tratan de anticipar, predecir y controlar los eventos que ocurren en sus mundos.

Cada perspectiva teórica dentro de los dominios de la personalidad puede enfocarse en una parte importante del funcionamiento psicológico humano, pero cada perspectiva por sí sola no explica a la persona *completa*. Por lo que la personalidad humana debe verse desde diferentes perspectivas teóricas para comenzar a captar a la persona completa. Los psicólogos utilizan una amplia variedad de pruebas y medidas para evaluar la personalidad. Estas medidas con frecuencia están ligadas a las orientaciones teóricas de los psicólogos.

Las pruebas de personalidad fueron diseñadas para medir aspectos estables, perturbables, de la personalidad. La evaluación conductual busca obtener información objetiva acerca de la personalidad del individuo a través de la observación del comportamiento y sus lazos ambientales. La evaluación cognoscitiva usa entrevistas y cuestionarios para descubrir diferencias individuales al procesar y actuar sobre la información (Santrock, 2004).

### **3.2.6 MASCULINIDAD Y FEMINIDAD.**

Feldman (2006), menciona que por lo regular, cada individuo piensa en sí mismo como hombre o como mujer (según sea el caso), cada uno de ellos se diferencian en varias características psicológicas, esto por el estilo de vida que tiene cada uno, tipo de familia, etc. En la actualidad un cambio de rol más común entre hombres y mujeres, es que éstas ahora actúan al mismo tiempo como esposas, madres y generadoras de ingresos, en comparación con las anteriores que sólo se dedicaban al hogar y a los hijos, en donde los maridos eran los únicos que aportaban ingresos.

Aunque la mayoría de las mujeres casadas que trabajan no están exentas de las responsabilidades que hay en el hogar. Incluso en los matrimonios en que ambos cónyuges tienen empleos de condición y horarios similares, la distribución de las labores caseras entre ambos no ha cambiado de manera sustancial. Aún es probable que las esposas que trabajan se sientan responsables de las tareas que se hacen en la casa, como cocinar y limpiar. En contraste los maridos aún son percibidos como responsables de reparar lo que no funcione dentro de la casa, de mantener a la familia, etc.

Brody y Ehrlichman (2000), hablan de que una de las maneras de concebir a la masculinidad y a la feminidad es como la autopercepción en una serie de características de personalidad. Durante muchos años se consideró a la masculinidad y a la feminidad como una única dimensión, con dos polos, que hacía posible clasificar a una persona en un determinado punto de ese continuo; es decir, ésta podía ser en mayor o menor grado masculina o femenina, pero nunca las dos cosas a la vez. Asimismo, los roles sexuales estaban rígidamente ligados al sexo biológico, de manera que el ser masculino o femenino dependía básicamente de ser hombre o mujer.

Sin embargo, esta concepción empezó a ser cuestionada, surgiendo en la década de los setenta, una nueva concepción de la masculinidad y feminidad como dos dimensiones independientes, de tal forma que las personas obtienen puntuación por separado en cada una de ellas. Fruto de esta nueva concepción nació el concepto de 'androginia' para designar a aquellas personas que presentan en igual medida rasgos masculinos y femeninos. En esta nueva concepción, la masculinidad y la feminidad representan dos conjuntos de habilidades conductuales y competencias interpersonales que los individuos -independientemente de su sexo- usan para relacionarse con su medio. Desde esta perspectiva, hombres y mujeres son mucho más parecidos en su psicología de lo que tradicionalmente se asumía.

### **3.2.7 TAREAS DEL DESARROLLO EN EL ADULTO JOVEN.**

Goldman (2001), habla de que a pesar de que los rasgos de personalidad pueden permanecer estables a lo largo del curso de la adultez, existen retos o tareas, que el individuo debe enfrentar a medida que pasa de la adolescencia a la adultez joven (20-40 años), a la adultez media (40-65 años) y a la adultez de mayor de edad.

Las tareas incluyen: impulsar una carrera profesional, modificar las relaciones con los padres, lograr intimidad en las relaciones amorosas, manejar el embarazo y la paternidad, sufrir un divorcio, estabilizar la propia identidad, enfrentar la enfermedad, la incapacidad y prepararse para la muerte. Dichas tareas se resumen en las siguientes:

- ✓ **Carrera:** Conforme va pasando la etapa de la adolescencia, va comenzando la etapa de la adultez joven donde cambiamos del rol de *estudiante* al rol de *trabajador*, esto porque adquirimos actividades laborales, las cuales son el papel central de la etapa del adulto joven. En la mediana edad y en la adultez de mayor edad, deben hacerse preparativos para dejar el trabajo como principal fuente de placer y autoestima.



Gross (2004), dice que mientras los hombres tienen visiones unificadas y enfocadas a la carrera, acerca de su futuro, los sueños de las mujeres se dividen entre las responsabilidades de una carrera y las del matrimonio o familia (se considera división de géneros). La transición de los 30 años, dura por lo general más tiempo para las mujeres que para los hombres y 'asentarse' es menos evidente. El intento por integrar las responsabilidades profesionales con las del matrimonio o familia, es mucho más difícil para la mayoría de las mujeres.

- ✓ **Padres:** La dependencia que existe de los niños y adolescentes con sus padres, es en cuanto a la económica, consejo y apoyo psicológico, a menudo continúa hasta los años de la adultez joven. Cada uno lucha con la manera de apoyar y permitir que el adulto joven tenga un pensamiento, autoridad y responsabilidad independientes acerca de la toma de decisiones, además de la oportunidad de conducir una vida por separado. Para algunos, esto es una extensión natural del patrón familiar de conceder la independencia apropiada para cada nivel del desarrollo, para otros, es fuente de gran conflicto entre generaciones. A medida que el adulto joven entra a la mediana edad, existe un sentido de igualdad y mutualidad en la relación con los padres. Las elecciones tomadas que pueden haberle parecido inexplicables al adolescente o al adulto joven, se vuelven más comprensibles a la luz de la experiencia.
- ✓ **Intimidad en las relaciones:** Las citas que llegan a tener los jóvenes, por lo regular son para ordenar los sentimientos acerca de poder alcanzar la intimidad. Estas actividades ayudan a determinar lo que sienten pues lo idealizan de manera exagerada y cuáles se basan más en la realidad, el 'vivir juntos' antes del matrimonio puede ser un intento de resolver cualquiera de estas tareas. Algunas personas piensan que asumir un compromiso para casarse es el final de un largo proceso para lograr la intimidad, pero en realidad sólo es el principio, pues con este paso se adquieren nuevas tareas como: encontrar una relación íntima, desarrollar una identidad como pareja, conservar la individualidad, sortear las crisis aprendiendo a discutir, etc. Los retos más grandes para mantener esta intimidad son: las presiones de la carrera profesional, la crianza de los hijos y de la disminución en función sexual.

- ✓ **Embarazo:** La decisión de tener hijos es un paso más del desarrollo adulto de un individuo, esto porque marca la preparación del adulto joven para dejar a un lado la preocupación de si mismo y responsabilizarse del cuidado de otra persona. Las dificultades económicas y la falta de la intimidad lograda entre la pareja, se pueden volver peor con el estrés del embarazo, pues la atención y dedicación que se tenía mutuamente la pareja, se dirige ahora al nuevo integrante de la familia que viene en camino. Las madres comienzan a notar cambios físicos y emocionales que sienten dentro de su cuerpo, enfocándose al interior. Los padres no tienen los mismos cambios internos, hasta pueden negar la existencia del bebé, pero cuando sienten que se mueve lo aceptan, y si ellos no entienden que ahora la madre está enfocada a su embarazo, el hombre puede sentirse rechazado y enojado, y la madre se puede sentir abandonada y resentida. El hecho de convertirse en una familia como tal, debe ir acompañada de escoger el nombre del bebé, preparar la que será su habitación, la compra de su ropa, juguetes, artículos de limpieza, etc. El niño recibe un 'lugar dentro de la familia' antes de nacer, a medida que se vuelve real para sus padres.
- ✓ **Paternidad:** Con el nacimiento de un hijo, se hacen cambios en la rutina diaria y la interacción con la pareja, volviéndose necesario crear nuevos roles y responsabilidades, tomando ambos padres decisiones acerca del cuidado del niño, la economía y las relaciones. Cuando ya se tuvo al niño, la madre se siente desamparada y con esto se acerca más al padre de manera afectuosa, retomando nuevamente la intimidad que tenían antes del embarazo, sin olvidar al hijo y sus cuidados. La meta de la paternidad es alentar el crecimiento y desarrollo, para conducir al hijo a la autonomía y separación de la familia. Esto último tiene como resultado que los padres tengan que adaptarse al 'nido vacío' y confrontar las cuestiones no resueltas o atendidas con respecto a la intimidad.
- ✓ **Divorcio:** Esta es una etapa que no necesariamente tienen que pasar todas las parejas, pero desafortunadamente muchas tienen conflictos que interfieren con la intimidad y provocan enojo entre ambas personas, por lo que sienten la necesidad de separarse. El divorcio es una decisión muy complicada, y da por resultado una variedad de estados emocionales, la consecuencia de estos

estados puede ser: un nuevo matrimonio demasiado rápido, depresión continua, abuso de sustancias, relaciones sexuales superficiales y conducta irracional. Es común que el adulto joven o de mediana edad experimente culpa, tristeza, sensación de fracaso, temor a la soledad, sensación de pérdida de identidad y depresión, sin importar quién haya solicitado el divorcio. Además de los problemas emocionales, también puede haber una pérdida de la condición socioeconómica (en particular para las mujeres), alejamiento del grupo social, distanciamiento de la familia política y la pérdida de la amistad con el ex cónyuge.

- ✓ **Consolidación de la identidad:** Para muchas personas en la mitad de la adultez joven, se desarrolla una sensación 'finalmente sentirse como un adulto', pues se va progresando en la carrera profesional, se logra una intimidad, se ha vivido el embarazo, la paternidad y maduran las relaciones con los padres, también ya se ha experimentado el éxito y el fracaso, la pérdida de algún miembro de la familia, del empleo o los acontecimientos inesperados han moderado al adolescente con respecto a que todo lo puede y les da un sentido realista acerca de los cursos posibles que podría tener la vida.
- ✓ **Enfermedad e incapacidad:** A medida que los adultos van envejeciendo notan cambios en sus capacidades funcionales. Hay una disminución en la memoria y cognición, disminuye la fuerza física y decrece la capacidad para sanar las heridas o enfermedades. Esto llega como una sorpresa para los adultos en su última etapa, pues su perspectiva sobre sí mismos avanza con menos rapidez que estos cambios físicos. La incapacidad puede ser resultado de las enfermedades crónicas o degenerativas, el fracaso para recuperarse por completo de las lesiones, y la ocurrencia de enfermedades producidas por el estilo de vida. La enfermedad y la incapacidad, junto con el retiro de una carrera profesional, son factores importantes de riesgo para el desarrollo de desesperanza y de ideas suicidas, más en los hombres.
- ✓ **Muerte:** Como todo tiene un principio y un fin, la vida también, y en esta fase los adultos han tratado de evitarla la mayor parte de su vida. Los adultos mayores en esta etapa hacen una revisión de toda su vida, la reconciliación de los éxitos con los fracasos, y se preparan para el final de su existencia. No en todos los adultos

mayores estas tareas son las más deprimentes o temibles. Muchos de ellos llegan a algún tipo de resolución con el tipo de vida que han tenido y es cuando están listos para el final.

### **3.3 APRENDIZAJE.**

Para modificar determinadas actitudes, como la agresividad o la desobediencia, se emplean técnicas de cambio conductual que se apoyan en la psicología conductista. La base de todas ellas es la idea de que todo comportamiento es una forma aprendida de responder a determinadas circunstancias. Cuando lo que obtenemos al responder de determinada manera es bueno, agradable o sirve a nuestros propósitos, esa respuesta se instaura en nosotros, es decir, la aprendemos y siempre que nos vemos en circunstancias similares respondemos igual.

Por el contrario, si con nuestra actuación no logramos lo esperado, desechamos la respuesta como 'no válida' y dejamos de emplearla. Aprendizaje es un cambio relativamente permanente en la conducta que ocurre a través de la experiencia. El aprendizaje no sólo es muy importante en la vida del ser humano (también para los animales inferiores), esto para sobrevivir y funcionar en su mundo, como las ratas y los conejos tienen que aprender y adaptarse del mismo modo en que los hacen los humanos.

El campo del aprendizaje ha sido el más investigado utilizando animales de laboratorio, sobre todo con el extenso control que pueden tener los científicos con estos estudios. Con más de un siglo de investigación, sugiere que muchos de los principios generados en un inicio durante la investigación en éstos, también se aplica a humanos.

### 3.3.1 TIPOS DE APRENDIZAJE Y DE CONDICIONAMIENTO.

Chance (2001), dice que hay varias formas de aprender como:

- Aprendizaje asociativo: se hace una conexión o asociación entre dos sucesos.
- Aprendizaje por observación: los organismos aprenden al observar lo que otros hacen.

Santrock (2004), habla de que también existen otros dos tipos de aprendizaje que son:

- Aprendizaje latente: es aprendizaje no reforzado que no se refleja de inmediato en el comportamiento.
- Aprendizaje por *insight*: es una forma de solución de problemas en la cual el organismo desarrolla un *insight* o comprensión súbita de la solución del problema.

Morris (1997), menciona que hay dos tipos de condicionamiento:

- Clásico: los organismos aprenden la asociación entre dos estímulos. Como resultado de esta asociación, los organismos aprenden a anticipar eventos. Por ejemplo: el relámpago se asocia con el trueno, y por lo regular lo precede, por tanto, cuando se ve un relámpago, anticipará el individuo que oír un trueno, poco después.
- Operante: los organismos aprenden la asociación entre un comportamiento y una consecuencia. Como resultado de esta asociación, los organismos aprenden a aumentar comportamientos que son seguidos por castigo. Por ejemplo: es probable que cuando a los niños los recompensan con dulces por comportarse bien, repitan sus buenos modales. También es probable que cuando los malos modales de los niños son seguidos por pocas palabras y miradas feas de sus padres, los pequeños repetirán menos su mal comportamiento.

### **3.3.2 CONDUCTISMO.**

Goldman (2001), menciona que el conductismo se desarrolló a principios del siglo XX, en este enfoque el psicólogo más destacado fue el estadounidense John B. Watson. En el siglo anterior la tendencia dominante en la psicología era el estudio de los fenómenos psíquicos internos mediante la introspección (método subjetivo). Watson no negaba la existencia de los fenómenos psíquicos internos; sin embargo, insistía en que esas experiencias no podían ser objeto de estudio científico porque no eran observables. Este enfoque está influenciado por las investigaciones pioneras de los fisiólogos rusos Iván Pávlov y Vladimir M. Bekhterev sobre el condicionamiento animal.

Watson propuso hacer científico el estudio de la psicología, empleando sólo procedimientos objetivos tales como experimentos de laboratorio diseñados para establecer resultados estadísticamente válidos. El enfoque conductista le llevó a formular una teoría psicológica en términos de estímulo-respuesta. Según ésta teoría, todas las formas complejas de comportamiento —las emociones, los hábitos, e incluso el pensamiento y el lenguaje— se analizan como cadenas de respuestas simples musculares o glandulares que pueden ser observadas y medidas.

Watson sostenía que las reacciones emocionales eran aprendidas del mismo modo que otras cualesquiera. La teoría watsoniana del estímulo-respuesta supuso un gran incremento de la actividad investigadora sobre el aprendizaje en animales y en seres humanos, sobre todo en el periodo que va desde la infancia a la edad adulta temprana. Los terapeutas conductuales sostienen que la ansiedad es una respuesta aprendida ante algún estímulo o situación nocivos, esto porque cuando una situación o estímulo provocan ansiedad en una persona, ésta aprende a reducirla evitando las situaciones que la provocan.

También es posible desarrollar la ansiedad en respuesta a estímulos generalmente positivos o neutrales, si los mismos se acompañan de un estímulo

nocivo o aversivo. Este proceso de condicionamiento se considera responsable de la evitación de situaciones neutrales o benignas, en las que una ansiedad angustiante ha ocurrido. Se piensa que el apareamiento de un pensamiento inductor de ansiedad recurrente (como la contaminación) con una conducta compulsiva (como lavarse las manos) que reduce la ansiedad, explica el desarrollo de un trastorno obsesivo-compulsivo.

Los principios conductistas se usan frecuentemente en el tratamiento de fobias y emplean una combinación de **entrenamiento de relajación** y **desensibilización sistemática**, unión de técnicas cuyo precursor fue Joseph Wolpe (1915- ), en estas técnicas se entrena al paciente para que se autoinduzca un estado de relajación mediante fases de tensión y relajamiento de los músculos, abriéndose paso entre los principales grupos musculares, usualmente de la cabeza a los dedos de los pies o viceversa.

Luego se le instruye para que imagine la situación fóbica, comenzando solamente con un estímulo débil y, de manera simultánea, permanezca en estado de relajación; por ejemplo, si una persona tiene miedo a volar, podría aprender primero el ejercicio de relajamiento y después recibir instrucciones de que se imagine comprando un boleto de avión mientras se mantiene en estado de relajado, el siguiente paso sería que siga relajado mientras imagina que está llegando al aeropuerto con su equipaje y así sucesivamente hasta que el estado de relajación pueda persistir, aun cuando imagine vívidamente un viaje turbulento dentro de un avión repleto de pasajeros. De este modo el paciente es **desensibilizado sistemáticamente** hacia un estímulo que en algún momento le produjo una respuesta fóbica.

Hay dos teorías que se basan en el conductismo que son:

- **Teoría de un proceso:** Chance (2001), dice que la teoría de un proceso afirma que el animal que ha aprendido a evitar los choques mediante saltar una barrera, continúa haciéndolo porque saltarla sigue evitando el choque. De

ser este el caso, una manera de lograr que el animal deje de saltar la valla sería impedir que lo haga después de que se haya desconectado el aparato de choques. Después de varios de estos ensayos, cuando el animal esté de nuevo en libertad de saltarla, deja de hacerlo. De hecho la mejor manera de lograr que un animal (o persona) deje de realizar una respuesta innecesaria de evitación es impedir que ocurra tanto ésta como sus consecuencias aversivas. En la actualidad la teoría de un proceso de la evitación tiene gran influencia entre los expertos. Se adapta bien a los datos y tiene una elegante sencillez. En general, proporciona una buena explicación para la evitación.

- **Teoría de los dos procesos:** Domjan (1999), menciona que como lo indica su nombre, la teoría de los dos procesos supone que en el aprendizaje de evitación participan dos mecanismos. El condicionamiento clásico de temor a EC (estímulo condicionado): Es el procedimiento de condicionamiento clásico activado por apareamientos del estímulo de advertencia (EC) con el suceso aversivo (EI) en los ensayos en que el organismo no logra dar la respuesta de evitación. Como el EI (estímulo incondicionado), es aversivo, por condicionamiento clásico el EC también se vuelve aversivo. Mowrer, supuso que éste llega a provocar así el temor. El reforzamiento instrumental de la respuesta de evitación mediante la reducción del temor (dado que el temor es provocado por EC), es probable que la terminación de este estímulo tenga por resultado una reducción en el nivel de temor, lo que puede ser una fuente de reforzamiento negativo, Mowrer suponía que el aprendizaje de la respuesta de evitación instrumental se da porque la respuesta termina el EC y, de este modo, reduce el temor condicionado provocado por tal estímulo.



## **CAPÍTULO 4**

### **CORRIENTES PSICOLÓGICAS**

## 4.1 PSICOANÁLISIS.

Vallejo, Sánchez, Díez y Menchón, (2004), hablan de la sugerencia de Freud sobre una 'etiología sexual' para referirse a la *neurosis de ansiedad*, siendo muy criticada, cuando su visión de que los estados de ansiedad debían constituir una condición independiente fue escasamente criticada, ya que este campo ya estaba trabajado por Krishaber, Robot y otros. En la antigüedad a la *neurosis de ansiedad* se le consideraba como una enfermedad del sistema nervioso, opinión que también compartía Freud por lo que creía que era una forma de 'neurosis real', es decir, una 'condición adquirida' y 'reactiva no relacionada con los acontecimiento infantiles'. En otras palabras la ansiedad (no directamente provocada por estímulos ambientales) es producto de un conflicto (sexual) inconsciente no resuelto.

Sédat (2003), menciona que Freud con la publicación de su obra *La interpretación de los sueños* (1899-1900), incluye la noción de 'aparato psíquico' y la concepción de tres zonas: el consciente, el preconscious y el inconsciente. La interpretación del sueño tiene dos fases: la primera es la producción de los pensamientos del sueño, y la segunda es la transformación en contenido (manifiesto) del sueño.

En otra de sus obras *Tres ensayos sobre la teoría sexual*, desarrolla la etiología de que la causa de los trastornos histéricos son las emociones sexuales. Considera que el hecho que desencadena la neurosis manifiesta no es el verdadero punto de partida, y atribuye su carácter patógeno a la relación con otro acontecimiento traumático anterior, que ha sido olvidado o reprimido. Además habla de la 'pulsión' que se encuentra en el límite entre lo psíquico y lo somático; es un impulso que tiene su fuente en una excitación corporal localizada, su objetivo es

mitigar esa tensión orgánica provocando un comportamiento capaz de hacer posible la descarga de esta tensión, conforme al principio de constancia (según el cual el aparato psíquico tiende a mantener a un nivel lo más bajo o lo más constante posible la cantidad de excitación que contiene). Por ejemplo en el caso de un bebé, una excitación libidinal en la mucosa bucal (fuente) le incitará (impulso) a buscar el pecho o, en su defecto, su propio pulgar (objetos), a fin de reducir esta excitación mediante la succión (fin).

Existen tantas pulsiones sexuales como fuentes somáticas posibles de excitación libidinal. Hay 'zonas erógenas', de donde proceden las 'pulsiones sexuales parciales'. Estas zonas erógenas, orgánicas en el sentido preciso del término (pero también en su sentido metafórico), permitirán una visión de la sexualidad como 'organicidad' física, pero también se refiere a lo genital para englobar toda la excitabilidad del terreno del placer. Después habla de la sexualidad infantil, donde distingue diversos 'estadios' en este desarrollo (Sinelnikoff, 1999).

Goldman (2001), menciona que Carl Jung (1875-1961) trabajó un tiempo con Freud, pero lo dejó para fundar una escuela de psicología y psicoterapia independiente, aparte de eso también se dio a conocer por realizar la división del inconsciente personal (quien contrasta al colectivo, pero éste se basa en las experiencias tempranas y recuerdos individuales) y el colectivo (es una herencia común a toda la especie humana, como un receptáculo de arquetipos, imágenes y conceptos universales que se hallan repentinamente en las diversas culturas).

Jung decía que todos los seres humanos enfrentan la vida con una herencia común de imágenes y patrones programados, es decir, la historia colectiva de la raza humana. Además realizó un esquema descriptivo de los tipos de personalidad según tres ejes: extroversión-introversión, sensación-intuición, y pensamiento-sentimiento, pues creía que los estados de personalidad individual tendían hacia una de las dos polaridades en cada uno de estos tres ejes, y que es benéfico reclamar la capacidad para formar un todo integral, en pocas palabras, manifestar características de la

personalidad que se encuentran menos desarrolladas, esto sostuvo la importancia de integrar los aspectos opuestos que se hallan dentro de uno mismo.

Prado (2000), dice que Jung distinguió entre distintos tipos de neurosis en relación al momento del crecimiento de la personalidad en el cual se producen, para él fue importante diferenciar entre las condiciones neuróticas que hacen aparición en la primera mitad de la vida, en la cual la adaptación del individuo se refiere a las circunstancias externas, y aquellas neurosis que tienden a aparecer alrededor de la transición hacia la segunda mitad de la vida, aproximadamente entre los 35 y los 45 años de edad, en este último estadio evolutivo la adaptación que el ciclo vital exige a la persona, se vincula con las circunstancias internas que han sido ignoradas hasta ese instante y con la necesidad de descubrir y encarar, de forma más explícita el sentido de la propia existencia.

Para entender este segundo tipo de neurosis, Jung lo nombró *crisis de la edad media*, además decía que la aparición de sintomatología neurótica, puede para muchas personas, constituir una situación valiosa y si se intenta entender su sentido profundo, revelaría las directrices significativas para un desarrollo y enriquecimiento seguidos de la personalidad que contiene de modo implícito.

También creía que la finalidad de la vida humana está ligada al logro de la experiencia viva de la totalidad psicológica, la neurosis puede ser vista como un intento del organismo de acercar a la conciencia a aquellos aspectos de la personalidad que están en lo inconsciente, no reconocidos y en un estado embrionario. Por lo que concluye, que la condición neurótica parece ser una fuerza que llama la atención hacia un punto de vista de que la personalidad ha sido desatendida o reprimida.

## **4.2 HUMANISTA.**

Gross (2004), menciona que las teorías humanistas se encuentran enraizadas en la fenomenología y el existencialismo, además de que se ocupan también de las características únicamente humanas, incluyendo la autorrealización. El concepto central en la teoría de Rogers es el **sí mismo**. Lo que produce incongruencia en un individuo es la incapacidad para mantener la consistencia entre la autoimagen y acciones.

Las escuelas humanistas/existenciales de psicología surgieron más tarde en el siglo XX y representaron el eclecticismo creciente en el área así como una ampliación gradual de las teorías alejadas de los principios Freudianos originales. Esta escuela tiene una tendencia filosófica con atención a conceptos como: autenticidad, toma de responsabilidad de la propia vida, individualidad exitosa y el logro de la autorrealización. Estas escuelas insistían en que las personas tienen un gran potencial para la salud mental y la capacidad para vivir de una manera vigorosa y 'con significado' (Goldman, 2001).

#### **4.3 SOCIAL.**

Amezcuca (2001), dice que Durkheim es el fundador de la sociología francesa y establece las bases para la teoría Estructural funcionalista. Su enfoque sociológico se caracteriza porque intenta fundamentar el carácter científico de los estudios sociales, acentúa la importancia de la vida social en la orientación de las conductas individuales. Retoma las ideas de Saint Simon que se refieren al orden y la reproducción. El hecho social es independiente del gusto de los individuos, pero existe y se asume socialmente como una continuidad, aunque no es visible está ahí, controlando las acciones y permaneciendo después de su existencia, heredándose de una generación a otra.

Durkheim entiende a la sociedad como una máquina organizada, cuyas partes contribuyen todas de diferente modo al movimiento de la totalidad. La unión de los hombres constituye un verdadero ser, cuya existencia es más o menos segura o

precaria según como sus órganos desempeñen con mayor o menor regularidad las funciones que se les ha confiado. Las leyes sociales dominan las actividades de los hombres que sólo pueden aspirar a conocerlas y actuar conforme a ellas. Esta sociedad se reproduce con base a los efectos cooperativos y beneficios que la división social de trabajo trae a cada parte, todos dependen de todos y crea lazos de solidaridad y cohesión interna que nace de la conciencia de interdependencia.

Ontiveros y Peralta (1999), hablan de que existen reglas para distinguir lo normal de lo patológico, en los diversos fenómenos sociales; lo normal sólo puede ser lo más general en un tipo social determinado, la mayor frecuencia de alguna práctica puede considerarse como indicio de superioridad. La normalidad del fenómeno quedará verificada en la medida que se demuestre que se encuentra vinculado a las condiciones de existencia de la especie social considerada. Esa vinculación se genera en dos sentidos:

- 1) El fenómeno es un efecto 'mecánicamente necesario' de esas condiciones.
- 2) Constituye un medio eficiente que permita a los 'organismos' una adaptación adecuada a las condiciones de existencias referidas, que cumpla una función útil (todo lo normal es útil, pero no todo lo útil es normal).

La normalidad no universal ni absoluta, difiere según la especie social e incluso va de acuerdo a la fase de desarrollo de una misma especie social considerada. Lo patológico se identifica como desviación de lo normal. Los fenómenos patológicos aparecen únicamente en la minoría y no se manifiestan durante toda su vida, por tanto, está presente en el grado de su universalidad o divulgación. Un hecho social puede ser calificado de patológico sólo en relación a una especie determinada. Durkheim manifiesta como patológico: a la delincuencia, a las crisis y otras formas de desorganización social.

Diferentes estudios han encontrado una relación entre acontecimientos vitales y los trastornos ansiosos y depresivos. También se ha sugerido que el fracaso en las redes de apoyo social constituye un factor de riesgo importante para que aparezca

una neurosis. Por lo que se propone esta postura: la sociedad es la que neurotiza al individuo, a pesar de que es un planteamiento muy antiguo y hasta de la experiencia de la vida cotidiana que lleva una persona, es difícilmente refutable (Vallejo, Sánchez, Díez, y Menchón, 2004).

Incluso la teoría de aprendizaje social afirma que las conductas (incluyendo las conductas complejas), están determinadas de manera externa y que las mantienen más las consecuencias ambientales, como la recompensa y el castigo, que los procesos psicológicos internos.

La psicología social comprende diversas teorías que pueden ser clasificadas como teorías del equilibrio. Son las que se ocupan, tanto en la teoría como en la práctica, de cómo y por qué cambian los individuos sus actitudes. Por ejemplo, si una audiencia escucha un discurso de una persona considerada respetable, normalmente esperan ideas con las que estén de acuerdo. Si éste no es el caso, la audiencia pasará a desestimar al orador, o cambiará de actitud y participará de las ideas expresadas. Por lo tanto, los oyentes modificarán sus actitudes hacia el orador o hacia sus ideas, buscando el equilibrio. Del mismo modo, las personas tienden a equilibrar o reconciliar sus propias ideas con sus acciones. Al margen de este tipo de cuestiones, la psicología social también ha estudiado, entre otros temas, la conducta de masas y los fenómenos de grupo (Goldman, 2001).

#### **4.4 COGNITIVO.**

Morris y Maisto (2005), dicen que este enfoque se encarga del estudio de los procesos mentales (en el sentido más amplio), se centra en cómo es que la gente percibe, interpreta, almacena y recupera información. A diferencia de los conductistas, los psicólogos cognitivos piensan que los procesos mentales pueden y deben ser estudiados científicamente, este punto de vista ha tenido un gran impacto en la psicología. Los terapeutas de conducta han prestado más atención a la influencia del pensamiento en la conducta, incitados por el ejemplo del psicólogo canadiense Albert Bandura. Las terapias de conducta cognitivas emplean este

enfoque para cambiar ideas y hábitos intelectuales que al parecer son la causa del malestar del paciente.

Otros enfoques cognitivos similares han sido diseñados por los terapeutas que, formados en el psicoanálisis, estaban algo decepcionados de sus teorías y sus técnicas. La más antigua de estas aproximaciones es la terapia racional-emotiva del psicólogo estadounidense Albert Ellis, que parte de considerar las creencias irracionales y el modo ilógico de pensar como causas de los trastornos emocionales. Su tratamiento consiste en que el paciente se enfrente a su irracionalidad, animándolo a trabajar vigilando su modo de pensar para sustituirlo por pensamientos y emociones más coherentes.

Otra técnica relacionada con el enfoque cognitivo, que se ha mostrado eficaz en el tratamiento de la depresión, es la desarrollada por el psicólogo estadounidense Aaron T. Beck, que parte del supuesto de que los individuos depresivos tienden a formar pensamientos negativos sobre ellos mismos, sus capacidades, el mundo circundante, sus experiencias en él, y el futuro —lo que se conoce como ‘tríada cognitiva’ de la depresión. Estas tendencias serían básicamente un problema del pensamiento, es decir, de utilizar modos de pensar inapropiados. Sus técnicas terapéuticas, como los planteamientos conductistas más estrictos, se dirigen a corregir el problema directamente, más que a intentar comprender sus orígenes en el pasado del individuo.

#### **4.5 BIOPSIICOSOCIAL.**

Este enfoque o modelo es importante en todas las enfermedades y de especial utilidad en ayudar a decidir el tratamiento que se utilizará; por ejemplo; el tratamiento basado sólo en las consideraciones biológicas puede ser inútil en los trastornos coronarios, a menos que se tomen en cuenta las características psicosociales del paciente. Además de sus posibles conductas tipo A y de la influencia que pueden tener la hostilidad y la premura de tiempo sobre el curso de su



enfermedad, quizá otros factores también estén implicados. Estos incluyen su sensación de control, su obediencia al plan farmacológico y su capacidad para llevar a cabo cambios en conductas como tabaquismo, dieta y ejercicio.

Friedman y Rosenman, concluyeron que las ideas de que una personalidad específica (Dunbar), puede tener relación directa con cierta enfermedad, es más evidente en las investigaciones actuales sobre la conducta de las personas con enfermedades coronarias, designando a la conducta de estas personas como del tipo A (Goldman, 2001).

A la ansiedad se le considera como bio-psico-social, porque forma parte inherente de la vida, esto por que nuestro cuerpo tiene dispositivos para angustiarse y tranquilizarse. Como nuestro cuerpo no funciona equilibradamente (en total armonía), se desencadenan las sensaciones de la angustia. Es innegable que la biología es una de las fuentes de la ansiedad, por el funcionamiento inarmónico de glándulas y sustancias puede generar angustia más o menos intensa y persistente.

En la parte psíquica lo esencial es la reorganización de la psique a un nivel superior donde ya no haya lugar para la ansiedad. También es cierto que hay un aprendizaje de la angustia, que a su vez puede ser desaprendida. Las técnicas más utilizadas son: de autoanálisis, yoga físico y meditación. Y en la parte social, la ansiedad es provocada por factores ansiógenos que bombardean a la persona desde el exterior. Estos comienzan desde la sociedad neurótica, competitiva y cruel que tiende a generar dosis altas de ansiedad.

Las mismas contradicciones de la sociedad, sus conflictos confunden y provocan tensión generando ansiedad en el individuo. También la producen los factores ambientales negativos, las exigencias sociales, las normas represivas, las personas que lo tratan mal y que a veces es forzoso que se relacione con esos individuos, los trabajos insatisfactorios, la agresividad ambiental y tantos otros. Pero en la medida en que la persona va madurando y completando su evolución, a la vez que ampliando su conciencia y haciendo su comprensión más lúcida, va siendo

neutralizada la angustia que provocan los agentes ansiógenos externos (Calle, 2005).

Desde un punto de vista **psicosocial**, se considera la enfermedad mental como efecto de la estructuración social y de la presión que ésta ejerce sobre el individuo, así pues, en cierta manera se supone a la enfermedad mental como un producto artificial de la cultura.

Presente a lo largo de la historia de la psiquiatría, se encuentra en la obra de autores como Esquirol, Stahl, Heinroth y postulados alegando un origen de los trastornos mentales en las causas 'morales', centrando estas causas en las situaciones más o menos dramáticas de la existencia. Ya que estas dificultades son siempre 'morales', en el sentido que introducen en todo hombre un conflicto entre el deseo y su satisfacción, entre lo ideal y lo que la sociedad dice, es en este sentido como manifiestan la acción de lo moral en lo físico, y en este sentido también como introducen la acción del pensamiento y de los sentimientos de los otros.

El estudio de las neurosis experimentales hecho por Pavlov, Gant y Masserman, así como el interés de la escuela anglosajona por el estudio de las conductas inadaptadas, han ido consolidando este modelo. El desarrollo de la psicología de masas (Le Bon), y los trabajos de M. Mead y Karen Horney han dado una gran importancia a los factores 'ambientales'.

Este modelo supone que la necesidad de una intervención a nivel familiar y social, tropezando con las exigencias biológicas de las enfermedades como la herencia, las alteraciones fisiológicas y la constitución que difícilmente se imbrican con esta concepción. Su peligro proviene de una posible confusión entre la noción de enfermedad mental y las variaciones de la vida de relación y corre el riesgo de enfrentarse con la imposibilidad de definir y aprender la enfermedad mental e incluso negarla.

#### 4.6 CONDUCTUAL.

Hollander y Simeon (2004), hablan de que las teorías conductistas mantienen que la ansiedad viene condicionada por el temor frente a determinados estímulos ambientales, por ejemplo; si cada vez que un animal de laboratorio aprieta una palanca recibe una descarga eléctrica que lo lastime, el acto de apretar dicha palanca se convierte en un *estímulo condicionado* que precede a un *estímulo no condicionado* (en este caso es la descarga), el estímulo condicionado desencadena una *respuesta condicionada* en el animal (ansiedad), que lo lleva a evitar el contacto con la palanca para prevenir la descarga, así la evitación exitosa del estímulo no condicionado (la descarga refuerza el comportamiento evitativo), reduce el nivel de ansiedad. Con lo anterior, se deduce que las crisis de ansiedad son respuestas condicionadas frente a situaciones que inducen temor.

Este enfoque plantea algunos problemas, como a pesar de determinadas situaciones traumáticas, una intoxicación por cocaína o una asfixia, se asocian a la aparición de un trastorno de angustia, aunque en muchos casos no se consigue evocar ningún episodio de este tipo. Se han observado episodios de asfixia traumática en el 20 % de los pacientes con trastornos de angustia, una frecuencia mucho mayor que en los sujetos psiquiátricos de comparación (Bouwer y Stein, 1997).

## **METODOLOGÍA**

## **MÉTODO**

### **1.- TÍTULO**

“Factores detonantes de la Neurosis de Ansiedad  
en mujeres y hombres de 20 a 30 años”

### **2.- OBJETIVOS**

Objetivo general:

- Comparar los factores detonantes para padecer Neurosis de Ansiedad en mujeres y hombres de 20 a 30 años.

Objetivos específicos:

- Conocer la Neurosis de Ansiedad en el área clínica, para saber las características específicas dentro del área que se va a trabajar.
- Conocer el desarrollo del joven adulto, para saber la etapa más vulnerable de la juventud.
- Conocer el desarrollo de la personalidad, para tener claro que tipo de personalidad se ha estructurado en la juventud tomando el rango de 20 a 30 años.
- Conocer el punto de vista de diferentes enfoques como: psicoanálisis, humanista, social, cognitivo, biopsicosocial y conductual, para tener en cuenta otras perspectivas y no encasillarnos en uno sólo.

### **3.- PLANTEAMIENTO**

Los factores psicológicos provocan Neurosis de Ansiedad en mujeres y hombres de 20 a 30 años.

### **4.- HIPÓTESIS**

Los factores psicológicos son los detonantes para padecer una Neurosis de Ansiedad.

## 5.- VARIABLES

### Variable Independiente

- Neurosis de Ansiedad.

### Variable Dependiente

- Factores psicológicos.

### Variables Extrañas

- Problemas familiares.
- Ingresos económicos.
- Exceso de trabajo.

## 6.- MUESTRA

Con el fin de lograr el objetivo de la investigación se partió de los planteamientos de Vallejo, R. J., Sánchez, P. L., Díez, Q. C., y Menchón, M. J. M. (2004), en su libro llamado *La neurosis de angustia en el siglo XXI*, donde afirman que en la construcción de los síndromes modernos se retoma a la Neurosis de Ansiedad explicando su procedencia desde su concepción con Freud y que en la actualidad se considera como un trastorno común entre la sociedad pasando desapercibido sobre todo en la etapa del joven adulto, esto por las diversas actividades que tienen que realizar. Se escogió a un grupo de 11 alumnos (9 hombres y 2 mujeres) de la Maestría en Ciencias e Ingeniería de la Computación, en el área de Ingeniería de Software y Base de Datos, con sede en el Instituto de Investigación de Matemáticas Aplicadas y en Sistemas (IIMAS), ubicado en Ciudad Universitaria de la Universidad Nacional Autónoma de México.

## 7.- TIPO DE ESTUDIO

**Exploratoria:** los estudios exploratorios se efectúan, cuando el objetivo es examinar un tema o un problema de investigación poco estudiado, o que no ha sido abordado antes. Sirven para aumentar el grado de familiaridad con fenómenos relativamente desconocidos y se utilizan para desarrollar métodos en estudios más profundos.

## 8.- MATERIAL

Los materiales utilizados para elaborar esta investigación fueron:

- Copias del cuestionario del IDARE.
- Lápices.
- Gomas.

## 9.- INSTRUMENTO

Para determinar el nivel de ansiedad rasgo-estado de los jóvenes adultos se utilizó el Inventario de Ansiedad rasgo-estado para adultos (IDARE) de Charles D. Spielberger y Rogelio Díaz-Guerrero, el cual consta de:

- Manual e instructivo.
- Clave de clasificación.
- Hoja de respuesta

Este cuestionario es autoaplicable individualmente o en grupo. Es un instrumento que contiene 40 reactivos sobre diversas situaciones en las cuales la una persona puede presentar ansiedad. Consta de 20 ítems para su forma estado y 20 para su forma rasgo, cada pregunta está basada en una escala de 4 puntos que van del 1 al 4.

También muestra una consistencia interna de las dos escalas (entre .83 a .92) que da un buen índice de confiabilidad. Con respecto a la validez se hizo un estudio para correlacionar el IDARE con otras tres pruebas que son: Escala de Ansiedad IPAT de Catell y Scheider, la escala de Ansiedad Manifiesta TMAS de Taylor y la lista de Adjetivos Afectivos de Zuckerman , los resultados obtenidos son los siguientes:

<b>Cuadro 1. Correlaciones entre la escala A-Rasgo del IDARE y otras medidas de la Ansiedad-rasgo</b>								
Escala de ansiedad	Mujeres universitarias (N= 126)			Varones universitarios (N= 80)			Paciente NP (N= 66)	
	IDARE	IPAT	TMAS	IDARE	IPAT	TMAS	IDARE	
IPAT	.75			.76			.77*	
TMAS	.80	.85		.79	.73		.83	.84
AACL	.52	.57	.53	.58	.51	.41	--	--

\*N= 112 para la correlación entre el IDARE y el IPAT

## 10.- PROCEDIMIENTO

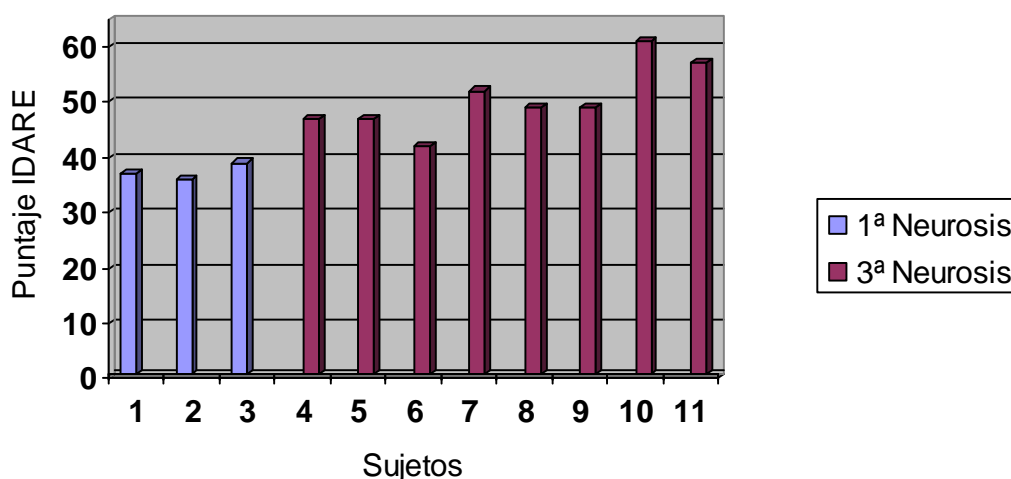
Después de plantear la pregunta de investigación y señalar los objetivos, se realizó la investigación documental y por último se hizo la aplicación individual del Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo de Charles D. Spielberger y Rogelio Díaz-Guerrero (IDARE), a un grupo de 11 alumnos (9 hombres y 2 mujeres) de la Maestría en Ciencias e Ingeniería de la Computación, con sede en el IIMAS, ubicado en Ciudad Universitaria. Después de la aplicación se le pidió a cada uno, datos como la edad, estado civil y su ocupación. Posterior a la aplicación de la prueba se realizó la calificación, captura y clasificación de los datos obtenidos del cuestionario (IDARE), tomando en cuenta al anexo 1 se obtuvo el grado de ansiedad. Por último se realizaron las tablas, gráficas y se obtuvieron las medidas de tendencia central correspondientes.



## **RESULTADOS**

Se realizó la aplicación del test IDARE a la muestra de 11 personas con un rango de edad de 20 a 30 años, quienes en ese momento tenían diversas actividades como; estudiar, trabajar, convivir con su familia, 9 de ellos son hombres y 2 son mujeres, 5 de ellos son solteros y tienen novio (a), 6 son casados y tienen por lo menos 1 hijo (ver anexo 2).

Gráfica



Esta gráfica muestra el grado de Neurosis obtenido de la prueba IDARE en donde sólo 3 entraron en el rango de 1° de Neurosis y los 8 restantes en el 3° de Neurosis, con lo anterior se comprueba la hipótesis planteada de que *Los factores psicológicos son los detonantes para padecer una Neurosis de Ansiedad*. Esto porque el sujeto al hacer diversas actividades de manera conjunta, se presiona para lograr con éxito cada una de ellas, aunando a esto los problemas psicológicos que tienen cada uno generando un grado de Neurosis de Ansiedad que parece tan normal en la actualidad y desencadenando hasta un 3ª de Neurosis.

## **CONCLUSIONES**

Al finalizar la investigación se puede decir que en la actualidad, la neurosis de ansiedad ya se ha convertido en un trastorno tan común adquiriendo un valor adaptativo general en la mayoría de las personas. Esto se ve representado en los resultados obtenidos del test IDARE que se aplicó a la muestra. Como lo demuestra la bibliografía recopilada, la ansiedad puede llegar a ser tan intensa y durar tanto, que se vuelve inadaptativa, diagnosticándose de manera correcta como un ‘trastorno mental’, siendo la ansiedad el síntoma que se toma en cuenta para ser el principal en el primer grado de neurosis llamándose **neurosis de ansiedad**.

Hasta ahora nunca se ha tomado en cuenta a la neurosis de ansiedad como un problema de salud grave y creciente, por parte de las autoridades en materia de salud ni de la población civil. Esto porque es demasiado sutil y está comprobado que todos la padecemos en algún momento de nuestras vidas, no se puede cambiar el mundo de un día para otro, pero sí se puede cambiar la actitud hacia el entorno en que se vive, pueden ser más responsables con sus actos civiles, mejorar de uno en uno la sociedad y por ende ayudar a las personas a ser más libres de ésta enfermedad.

Existe poca información acerca de lo que es la neurosis de ansiedad como tal, y la que se encontró la maneja como sinónimo o parte de la ansiedad generalizada. El campo más investigado es el representado por los trastornos neuróticos en algunas de sus diversas expresiones (neurosis clásicas, problemas psicosomáticos, depresiones neuróticas, etc.). A pesar de que las personas no distinguen específicamente a la neurosis de ansiedad, con el tiempo esta enfermedad ha llamado la atención en la comunidad, se va aceptando cada vez mejor la asistencia psicológica o psiquiátrica, e incluso, en el lenguaje coloquial se emplean actualmente expresiones como la de ‘estoy neurás’ la cual es una asimilación social de la neurosis.

El contrapunto negativo es que la neurosis ha sufrido cambios y se ha desdibujado su concepto, ya que ha integrado una amplia gama de trastornos, muchas veces puramente síntomas, algunos son una expresión de problemas psicosociales (conflictos generacionales, crisis matrimoniales, marginación social, etc.), cuya raíz trasciende las competencias de la psiquiatría. El término neurosis permanece desde Freud, vinculado a una interpretación excesivamente psicodinámica y psicoanalítica.

Por último, se comprobó que los factores psicológicos son los que predisponen al sujeto a presentar una **neurosis de ansiedad**, pues éstos inician cuando se sienten presionados por las diversas actividades que tienen que realizar durante el desarrollo de la etapa que están viviendo, como mantener la relación con sus seres queridos, estudiar, trabajar, formar una familia propia o tener una relación de noviazgo, todas estas actividades conforman factores emocionales, sociales y culturales, juntos influyen para padecer un trastorno del cual va a depender su estilo y calidad de vida.

## **ANEXOS**

## ANEXO 1

Puntaje obtenido	Clasificación
24 hacia abajo	Mínimo Apatía – Depresión
25 - 35	Medio Normalidad
36 - 40	1 <sup>er</sup> Grado de Neurosis
41 en adelante	3 <sup>er</sup> Grado de Neurosis

Tabla 1. Clasificación del puntaje obtenido en el IDARE, retomado de un congreso dado en el Centro Aspyc.

## ANEXO 2

Sujetos	Puntaje IDARE	Grado de Neurosis	Sexo	Edad	Estado Civil	Actividades
1	37.5	1°	M	25	S	Estudia Trabaja Familia Novia
2	36.5	1°	M	27	S	Estudia Trabaja Familia Novia
3	39	1°	M	23	C	Estudia Trabaja Matrimonio 1 hijo Familia
4	47	3°	M	27	C	Estudia Trabaja Matrimonio 2 hijos Familia
5	47.5	3°	M	27	S	Estudia Trabaja Familia Novia
6	42	3°	M	28	C	Estudia Trabaja Matrimonio 2 hijos Familia



7	52	3°	M	29	C	Estudia Trabaja Matrimonio 3 hijos Familia
8	49	3°	M	27	C	Estudia Trabaja Matrimonio 2 hijos Familia
9	49	3°	M	30	C	Estudia Trabaja Matrimonio 3 hijos Familia
10	60.5	3°	F	26	C	Estudia Trabaja Familia Novio
11	57.5	3°	F	26	C	Estudia Trabaja Familia Novio

Tabla 2. Datos obtenidos.

## **BIBLIOGRAFÍA**

- Amezcuca, C. H. (2001). Introducción a las ciencias sociales. México: Nueva Imagen.
- Aparicio, S. M. (1999). Psicología General 1. Madrid: Sanz y Torres S. L.
- Bouzas, R. A. (1999). La psicología en México a fines del siglo XX. México: Talleres de papelería y publicidad impresas.
- Brody, N., y Ehrlichman, H. (2000). Psicología de la personalidad. Madrid: Prentice Hall.
- Calle, R. A. (2005). Ante la ansiedad. Madrid: Adhara.
- Chance, P. (2001). Aprendizaje y Conducta. 3<sup>a</sup> Ed. México: Manual Moderno.
- Cohen, R. J., y Swerdlik, M. E. (2006). Pruebas y evaluación psicológicas. México: Mc Graw Hill.
- Coon, D. (1999). Psicología Exploración y Aplicaciones. México: Internacional Thomson Editores.
- Davisón, G. C. (2000). Psicología de la conducta anormal. 2da. Ed. México: Limusa.
- De la Gándara, M. J., y Fuertes, R. J. C. (1999). Angustia y ansiedad. Madrid: Pirámide.
- Domjan, M. (1999). Principios de Aprendizaje y Conducta. México: Internacional Thomson Editores.
- Dueñas, M., De las Heras, J., Polaino-Lorente, A., y Rojas, E. (2002). El gran libro de los test. Madrid: Temas de hoy.

- Eguíluz, I., y Segarra, R. (2005). Introducción a la psicopatología. Barcelona: Ars Médica.
- Esquivel, F. (2000). Psicodiagnóstico clínico del año. México: Manual Moderno.
- Feldman, R. S. (2006). Psicología; con aplicaciones en países de habla hispana. 6<sup>a</sup> Ed. México: Mc Graw Hill.
- Fernández-Abascal, E. G., y Martín, D. M. (2002). Procesos psicológicos. Madrid: Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R. (2004). Evaluación psicológica; conceptos, métodos y estudio de casos. Madrid: Pirámide.
- Friedman, H. (2004). Manual de diagnóstico médico. Barcelona: Masson.
- Garaigordobil, L. M. (1998). Evaluación psicológica: bases teórico-metodológicas, situación actual y directrices del futuro. Salamanca: Amarú.
- García, G. E. (2001). Psicología General. México: Publicaciones Cultural.
- Gavino, A. (1997). Técnicas de terapia de conducta. Barcelona: Martínez Roca.
- Geertz, C. (1997). La interpretación de las culturas. Barcelona: Gedisa.
- Goldman, H. H. (2001). Psiquiatría general. 5<sup>a</sup>. Ed. México: Manual Moderno.
- Gomberoff, L. (1999). Otto Kernberg, introducción a su obra. Santiago: Mediterráneo.
- Grace, J. C. (2001). Desarrollo Psicológico. México: Prentice-Hall.

- Gregory, R. J. (2001). Evaluación psicológica: historia, principios y aplicaciones. México: Manual Moderno.
- Griffa, M. C., y Moreno, J. E. (2005). Claves para una psicología del desarrollo. Buenos Aires: Lugar.
- Gross, R. D. (2004). Psicología; la ciencia de la mente y la conducta. 3ª Ed. México: Manual Moderno.
- Halgin, R. P., y Krauss, W. S. (2004). Psicología de la anormalidad. 4ª. Ed. México: Mc Graw Hill.
- Hardy, L. T., y Jackson, H. R. (1998). Aprendizaje y cognición. 4ª. Ed. Madrid: Prentice Hall.
- Helzer, J. E., y Hudziak, J. J. (2003). La definición de la psicopatología en el siglo XXI, más allá del DSM-V. Barcelona: Psiquiatría Editores.
- Hernández, S. R., Fernández-Collado, C., y Baptista L. P. (2006). Metodología de la investigación. 4ª Ed. México: Mc Graw Hill.
- Hollander, E., y Simeon, D. (2004). Guía de trastornos de ansiedad. Madrid: Elsevier España.
- Kupfer, D. J., First, M. B., y Regier, D. A. (2004). Agenda de investigación para el DSM-V. Barcelona: Masson.
- Larsen, R. J., y Buss, D. M. (2005). Psicología de la personalidad. 2ª Ed. México: Mc Graw Hill.
- Lerner, H. (2005). El miedo y otras emociones indeseables. Barcelona: Oniro.

- Lewis, R. W. (1997). La técnica de la psicoterapia. New York: Traducciones de la Universidad Iberoamericana.
- Livingstone, C. (2004). Guía de bolsillo de la clasificación CIE – 10. Madrid: Medica-panamericana
- López, F., Etxebarria, I., Fuentes, M. J., y Ortiz, M. J. (1999). Desarrollo afectivo y social. Madrid: Pirámide.
- López-Ibor, A. J. J., y Valdés, M. M. (2005). DSM-IV-TR. Barcelona: Masson.
- Machleidt W., y Bauer M. (2004). Psiquiatría, trastornos psicósomáticos y psicoterapia. España: Masson.
- Millon, T. (2006). Trastornos de personalidad en la vida moderna. Barcelona: Masson.
- Morris, C. G. (1997). Introducción a la Psicología. 9ª Ed. México: Prentice-Hall.
- Morris, C. G. (2001). Psicología. México: Prentice-Hall.
- Morris, C. G., y Maisto, A. A. (2005). Psicología. 12ª Ed. México: Prentice may.
- Ontiveros, T., y Peralta, T. V. (1999). Sociología 1. México: Quinto Sol.
- Papalia, D. (1997). Desarrollo humano. México: Mc. Graw-Hill.
- Pérez, A. M. (2003). Las cuatro causas de los trastornos psicológicos. Madrid: Universitas.
- Philippe, J. (2002). Psicosis, perversión, neurosis. Buenos Aires: Amorrortu.

- Piedrola, A. (2000). La salud y sus Determinantes. Madrid: Mc Graw Hill.
- Prado, H. H. (2000). Corrientes posmodernistas de la psicología. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Rice, F. (1997). Desarrollo humano, estudio del ciclo vital. México: Prentice Hall.
- Roca, B. M. (2002). Trastornos neuróticos. Barcelona: Psiquiatría Editores.
- Santrock, J. W. (2004). Introducción a la psicología. México: Mc Graw Hill.
- Sédat, J. (2003). Sigmund Freud; pensamiento y conceptos. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Sinelnikoff, N. (1999). Las psicoterapias, inventario crítico. Barcelona: Herder.
- Sroufe, L. (2000). Desarrollo emocional. México: Oxford University Press.
- Vallejo-Nájera, J. A. (1998). Guía práctica de psicología. Madrid: Temas de hoy.
- Vallejo, R. J. (2003). Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría. 5ª Ed. Barcelona: Masson.
- Vallejo, R. J., y Ferrer, C. G. (2000). Trastornos afectivos: ansiedad y depresión. Barcelona: Masson.
- Vallejo, R. J., Sánchez, P. L., Díez, Q. C., y Menchón, M. J. M. (2004). La neurosis de angustia en el siglo XXI. Barcelona: Ars Médica.
- Worchel, S. y Shebilske W. (1998). Psicología; fundamentos y aplicaciones. 5ª Ed. Madrid: Prentice Hall.

Zepeda, H. F. (2003). Introducción a la psicología. México: Prentice Hall.