



EDUCAR, RESTAURAR  
TRANSFORMAR

CENTRO UNIVERSITARIO "VASCO DE QUIROGA"  
DE HUEJUTLA A.C.  
INCORPORADO A LA UNAM CLAVE: 8895-25  
AV. JUÁREZ # 73, COL. JUÁREZ, HUEJUTLA, HIDALGO

## DIVISIÓN DE ESTUDIOS UNIVERSITARIOS

"LA ENFERMEDAD CORPORAL COMO  
ALTERNATIVA A LA SALUD MENTAL"

# TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

BRENDA ERENDIRA HERNÁNDEZ PÉREZ

GENERACIÓN 2004-2008

HUEJUTLA, HGO. AGOSTO 2009.



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.

## **DICTAMEN**

**NOMBRE DEL TESISISTA:** BRENDA ERENDIRA HERNÁNDEZ  
PÉREZ

**NOMBRE DE LA TESIS:** “LA ENFERMEDAD CORPORAL  
COMO ALTERNATIVA A LA SALUD  
MENTAL”

**GRADO A RECIBIR:** LICENCIATURA

**NOMBRE DE LA  
LICENCIATURA:** PSICOLOGÍA

**FECHA:** AGOSTO DE 2009

El que firma Lic. En Psic. Juan Hernández Dolores, acreditado por el Centro Universitario “Vasco de Quiroga” de Huejutla, como asesor de Tesis de Licenciatura, hace constar que el trabajo de Tesis aquí mencionado cumple con los requisitos establecidos por la División de Estudios e Investigación, para tener opción al grado de Licenciatura y se autoriza su impresión.

**ATENTAMENTE**

---

**LIC. EN PSIC. JUAN HERNÁNDEZ DOLORES**

## DEDICATORIAS

A Dios, que me enseñó que al llevarme  
a las aguas profundas  
no es para que me ahogue, sino para  
que me purifique.

A mis padres, que me enseñaron a comprender  
con cuánta seriedad debo de esforzarme para darles,  
en correspondencia, tanto como he recibido.

A Claudia e Israel, quienes me enseñaron que a pesar  
de no siempre estar, siempre están.

A mi abuelita Ángela, que me enseñó que a pesar de  
vivir en el cielo siempre tiene un tiempo  
para comer caramelos en mi corazón.

A Maru, quien me enseñó a creer en mí misma  
más allá de lo que yo estaba  
dispuesta a creer.

A mis maestros del CUVAQH,  
no por las cosas que me enseñaron  
sino por las cosas que les aprendí.

A Gaby, que me brindó su tiempo,  
paciencia, sabiduría y hasta el descanso,  
y me enseñó que las cosas siempre  
se pueden hacer mejor.

A Nay que me enseñó que el trabajo  
con los amigos  
es fructífero y divertido.

A las autoridades del ISSSTE, especialmente  
al doctor y la enfermera de medicina interna,  
por su apertura y apoyo.

A todos los que directa o indirectamente contribuyeron  
a que el resultado de este trabajo  
fuera el mejor.

# ÍNDICE

PORTADILLA

DEDICATORIA

DICTAMEN

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN

	<b>TEMAS Y SUBTEMAS</b>	<b>PAG</b>
<b>CAPÍTULO I: PRESENTACIÓN DEL PROBLEMA</b>		
1.1	Antecedentes.....	11
1.2	Justificación.....	14
1.3	Descripción del problema.....	15
1.4	Descripción del lugar.....	16
1.5	Planteamiento del problema.....	18
1.6	Interrogantes de la investigación.....	19
1.7	Objetivos.....	20
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO</b>		
2.1	Enfermedad.....	22
2.1.1	¿Qué es enfermedad?.....	22

2.1.2	Conceptos necesarios dentro de la enfermedad.....	27
2.1.3	Enfermedad corporal y enfermedad mental.....	29
2.1.4	Somatización.....	34
2.1.5	Aspectos que intervienen en la percepción de la enfermedad.....	37
2.1.6	Una nueva visión de enfermedad.....	40
2.2	Salud.....	41
2.2.1	¿Qué es salud?.....	41
2.2.2	Recursos del organismo para mantener la salud.....	43
2.2.3	Salud mental.....	46
2.3	Cuerpo, mente y vida afectiva.....	48
2.3.1	El cuerpo.....	48
2.3.2	La mente.....	53
2.3.3	Vida afectiva.....	56
2.4	La experiencia: una visión del cuerpo – mente – vida afectiva.....	63
2.4.1	Ciclo de la experiencia.....	63
2.4.2	De la enfermedad corporal a la salud mental.....	67

### **CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

3.1	Hipótesis.....	75
3.2	Variables.....	75
3.2.1	Definición de variables.....	76

3.3	Descripción de la metodología.....	77
3.4	Población y muestra.....	79
3.5	Técnicas e instrumentos utilizados.....	95
3.6	Cronograma.....	99

## **CAPÍTULO IV ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS**

4.1	Análisis crítico o partir del proceso de triangulación.....	101
4.2	Reporte de resultados.....	114
4.3	Explicaciones y teoría.....	119

## **CAPÍTULO V: DISCUSIÓN**

5.1	Sugerencias.....	122
5.2	Conclusiones.....	125

## **ANEXOS**

	Formatos de los instrumentos de recolección.....	129
	Glosario.....	140
	Bibliografía.....	142

## **RESUMEN**

El ser humano posee un lenguaje corporal que lo alerta de desequilibrios orgánicos y mentales; una de las más claras expresiones de este lenguaje es la enfermedad. Esta investigación contempla cómo el individuo con enfermedad corporal recurrente vive un proceso en el que va desarrollando una serie de recursos emocionales para enfrentar los cambios en la vida diaria y los emplea cuando existen situaciones emocionales negativas que le llevan a un desequilibrio mental. Estos recursos ayudan al individuo a comprender la relación mente-cuerpo y posibilitan un cambio en el significado de la enfermedad, obteniendo una serie de enseñanzas que le ayudan a conocerse y desarrollar su potencial humano, permitiéndole tener una mejor calidad de vida y recursos emocionales que contribuyen a su salud mental.

## **ABSTRACT**

The human being has a body language that awakes him when organic or mental disorders appear. One of the clearest expressions of this language is the illness. This research talks about the way that a person who has a chronicle body illness lives a process in which he/she is developing a set of emotional resources in order to face the challenges of everyday life, and how he uses them when those mental negative situations take him to a mental disorder. Those resources help the sick people to understand the relationship between the mind and the body which allows them to have a change in the meaning of the illness. In this way, they learn some teachings allow them to get to know themselves so that they can use their emotional resources in order to get a mental healing.



## INTRODUCCIÓN

Existe una diversidad de investigaciones sobre cómo la mente influye sobre el cuerpo, especialmente cómo las emociones negativas no expresadas se reflejan en enfermedades corporales específicas.

El interés por investigar cómo la enfermedad puede ser una alternativa para obtener la salud mental, surge de mi experiencia laboral como profesional de la salud, del cuidado continuo como enfermera, de personas con enfermedades corporales y de las experiencias de estas personas al buscar soluciones para conseguir la salud. Es frecuente que un individuo enfermo manifieste sus preocupaciones emocionales cuando se encuentra en una fase de enfermedad avanzada o complicada y que en esta situación se busque el equilibrio biológico, olvidando la intervención a nivel emocional. Ante estas situaciones y, a raíz de mi formación como psicóloga, me surge el interés por conocer cómo en la evolución de la enfermedad corporal se pueden desarrollar recursos emocionales que ayuden a las personas a conseguir una estabilidad emocional que contribuya a su salud mental y que a su vez sea una vía de recuperación de la salud corporal.

En el presente documento de investigación se describen historias de vida de los participantes, en ellas se encontrarán experiencias vitales, presentando un proceso muy interesante en el que se aprecia cómo el individuo enfermo va desarrollando características personales que le ayudan a integrar la enfermedad a la vida y, una vez que comienza la aceptación de la enfermedad, él mismo va desarrollando una serie de recursos emocionales conscientes e inconscientes que se dirigen a la autoconservación. Para que esto sea posible el individuo busca motivaciones familiares, de fe y personales que le permitan buscar el mejor estado de salud, pese a su enfermedad recurrente y la decisión de seguir en la vida. Es ésta una

investigación que proporciona alternativas en el manejo de individuos enfermos e invita a dar un nuevo significado al concepto de enfermedad que desde hace mucho tiempo se tiene como una experiencia negativa.

En el Capítulo I encontramos la presentación del problema a investigar; en él podemos revisar los estudios que han precedido a la investigación, se da una breve descripción del lugar en el que fue realizado el estudio, y presentamos los objetivos y las interrogantes que surgieron mientras se realizaba este trabajo.

El Capítulo II presenta el marco teórico que sustenta los planteamientos de la investigación, en él se desarrollan diferentes conceptos que nos permitirán entender el proceso y las conclusiones posteriores. El marco teórico entonces, nos permite puntualizar algunos elementos importantes para la comprensión del estudio, como: qué es la salud, la enfermedad, la relación cuerpo-mente y los aspectos que consideramos importantes que integran la parte emocional del individuo.

En el Capítulo III se encuentra la explicación de la metodología que se seleccionó para la elaboración de este trabajo.

El Capítulo IV está dedicado al análisis crítico de los resultados, obtenidos a través de los distintos estudios que se realizaron. Éstos se presentan en cuadros comparativos que permiten ver simultáneamente los datos obtenidos por los diferentes instrumentos aplicados para la recolección. A partir de estos resultados se hizo una triangulación que permite, por el cruce de información, algunos aspectos importantes a considerar para su seguimiento.

Finalmente, en el Capítulo V presentamos las sugerencias y conclusiones que se obtuvieron de la investigación; asimismo se señalan sus límites y los posibles caminos para una investigación posterior.

## **Capítulo I: Presentación del problema**

## 1.1 Antecedentes

El estudio de las enfermedades corporales y su relación con los procesos mentales, se remonta a la época en que Hipócrates decía que la histeria, en sus manifestaciones femeninas, era la consecuencia mental de un útero desecado; ya comprendía que los problemas sexuales interferían con la salud mental (Tordjman, 2002, p.15).

Sin embargo, el verdadero nacimiento de la medicina psicosomática data desde los estudios realizados por Sigmund Freud, con su explicación sobre la histeria, y de Wilhelm Reich. Este último, a partir de la definición de la libido, ha demostrado que la angustia se internaliza y se manifiesta en el mismo cuerpo. Reich le ha vinculado con la función del orgasmo, demostrando que un individuo incapaz de descargar su exceso de energía por medio de los tejidos genitales experimentaba invariablemente el sentimiento de angustia.

A finales del siglo XX, tras diferentes investigaciones se comienza a hablar sobre la conexión del cerebro con el cuerpo; esto quiere decir que durante los dos milenios pasados las actividades mentales y lo físico han estado separadas por una enorme barrera conceptual.

A partir de este descubrimiento se han creado nuevas terapias psicocorporales que integran la relación mente-cuerpo; se mencionan por orden cronológico las que se consideran más importantes (Alemany, 1997, p. 25), el cuerpo vivenciado y analizado para la investigación.

1) Análisis corporal de la relación, creado por André Lapierre, busca el conocimiento y la resolución de los conflictos inconscientes a través del juego simbólico, la relación corporal y su análisis verbal.

2) La Bioenergética, creada por Alexander Lowen y John C. Pierrakos, para la disolución de las tensiones musculares crónicas mediante el movimiento, la expresión emocional y su análisis.

3) La Coreenergética, fundada por John C. Pierrakos, añade a la anterior el contacto con el núcleo energético del ser humano.

4) El Focusing, creado por Eugene Gendlin, enfoca y analiza la relación entre las sensaciones corporales de los problemas y su distinta simbolización.

5) La Gestalt, creada por Fritz Perls, tiene por objetivo aclarar y aumentar la conciencia que de sí mismos tienen los clientes para liberarlos y permitirles que sigan procesando en su propia manera única y conscientemente guiada.

6) Norfoanálisis, creado por Serge Pierrot, trabaja el síntoma psicossomático en la estructura morfológica con técnicas corporales y analíticas.

7) El Psicoanálisis dinámico, de Sean Searkissoff, que tiene como objeto la resolución de los conflictos intrapsíquicos mediante el análisis de la producción verbal y el análisis corporal.

8) El Psicodrama, de Jacob Moreno, analiza las motivaciones inconscientes del sujeto que impulsaron su modo de actuar en su historia personal mediante la representación corporal de situaciones de la vida real.

9) Vegetoterapia, creado por Wilhelm Reich, busca restituir las carencias afectivas (debidas a bloqueos emocionales del sujeto en su infancia), mediante técnicas corporales que integran los contenidos psíquicos y musculares.

Es como, con el surgimiento de nuevos conceptos y terapias, la relación mente-cuerpo va tomando un auge importante en esta nueva era, donde el reto es la holantropía, es decir, estudiar el cerebro y las interrelaciones de sus funciones, el estudio del cuerpo y sus funciones interrelacionadas, así como de las interrelaciones entre cuerpo y mente; es tener un conocimiento completo del ser humano.

## 1.2 Justificación

Los procesos de salud-enfermedad están determinados por una serie de factores como edad, sexo, vulnerabilidad, nutrición, cultura, entre otros. La edad es uno de los factores que invariablemente sitúan al ser humano en una tendencia a padecer enfermedades conforme ésta avanza; muchas de ellas son de origen corporal y otras son consecuencia de un desequilibrio mental no definido.

En algunas culturas de occidente, como la huasteca hidalguense, aún se aprecia la idea de la tradición filosófica occidental, la cual entendió por muchos siglos al ser humano como un ser dividido en alma y cuerpo, dándole a este último, en la mayoría de los casos, connotaciones negativas, y representando al interior del “ser”, luchas entre los dos lados que aparentemente se consideran opuestos: el cuerpo y el alma.

Ante la imperiosa necesidad del ser humano hacia el propio conocimiento y la gestión integral de su salud física, emocional y psíquica, se buscan alternativas de comprensión que permitan descubrir cómo llegar a un equilibrio sin separar el cuerpo de la mente.

El interés de esta investigación tiene como propósito encontrar alguna vía más que permita al ser humano, enfermo corporalmente, descubrir a través de sus recursos emocionales la oportunidad de salud mental, así como también contribuir a que los especialistas encargados de preservar la salud, posean una herramienta para el reconocimiento de la vida como un proceso dinámico, que construye redes internas que unen a todos los aspectos del ser.

### **1.3 Descripción del problema**

La vida es un proceso continuo de experiencias diversas (desde el nivel celular hasta llegar al social) que se encuentran vinculadas a un patrón de continuidad que tiene forma y que, a su vez, pretende formar. Por lo tanto, la experiencia es un proceso biológico y es algo más que una serie de pensamientos provenientes del cerebro. La cultura occidental ha hecho del cuerpo algo inferior a la mente y da a las emociones una importancia menor con respecto a la razón. Sin embargo, el cuerpo que incluye una anatomía de las emociones no es un objeto; no hay dualismos de mente y cuerpo, energía y materia o energía y cuerpo, sino una estructura unificada de la que proceden los sentimientos, los pensamientos, la excitación y la actitud psicológica, en el que la expresión individual resulta de las respuestas emocionales del cuerpo.

Desafortunadamente, en la sociedad actual en la que vivimos, el dualismo entre mente y cuerpo siguen vigentes y la región Huasteca no es su excepción; partiendo de las observaciones y experiencias de campo obtenidas, existe una población en la que los individuos se encuentran padeciendo enfermedades que cada vez se presentan con más recurrencia o se hacen crónicas, los servicios de salud son cada vez mas insuficientes y los programas de prevención no dan resultado, a consecuencia de pretender dividir al individuo. De igual manera las enfermedades mentales van en aumento y los programas que se enfocan en la prevención de éstas, en realidad están al límite de pacientes con alteraciones psicológicas que requieren de tratamientos clínicos específicos.



Existe también una deficiente educación emocional entre los individuos, lo que hace que éstos se sientan divididos y no tomen conciencia de que una enfermedad corporal pueda ser una alternativa para desarrollar recursos emocionales que los lleven a un equilibrio mental; ahí precisamente radica el problema, en la dificultad visible de no conocer los recursos emocionales que les proporciona la enfermedad y que podrían ser alternativa para encontrar una homeostasis entre el aspecto mental y corporal.

#### **1.4 Descripción del lugar**

La investigación se realizó en la clínica hospital ISSSTE de la ciudad de Huejutla de Reyes Hidalgo, los antecedentes son los siguientes:

Bajo el gobierno del Lic. Adolfo Lugo Verduzco y estando en funciones como delegado estatal del ISSSTE, el Lic. Carlos Bello Sornosa, inicia sus labores la Clínica Hospital ISSSTE Huejutla, el 18 de marzo de 1988 en la Cd. de Huejutla de Reyes Hidalgo. Fungía como directora la Dra. Norma Leticia Martínez Viniegra, como subdirector, el Dr. Jesús Echeverría y como administrador, el Lic. Agustín Landeros García.

145 trabajadores de base, respaldados sindicalmente por el Lic. Ricardo Coronel Gallegos, formaron parte del primer hospital de seguridad social de segundo nivel en la Sierra y en la Huasteca Hidalguense, para dar atención a los derecho-habientes, únicamente en la consulta externa y urgencias en sus especialidades básicas de cirugía, ginecología y obstetricia, pediatría, medicina interna, oftalmología, traumatología y ortopedia.

En junio del mismo año se atiende el primer parto, y por necesidades del servicio se abre otras áreas como: quirófano, expulsión, recuperación,

CEYE (Centro de equipo y esterilización) y hospitalización, con una ocupación de 100%.

Las primeras cirugías realizadas fueron circuncisiones, hernias inguinales y umbilicales, cesáreas, ligadura de trompas y urgencias como laparotomías exploradoras y apendicetomías, en todos los turnos.

En 1990, la clínica hospital Huejutla fue afectada y a la vez sirvió de albergue y apoyo a la población damnificada por el huracán Diana, con la destacada participación del Dr. Sebastián Escobar Gamiño (qepd) en el servicio de urgencias.

En 1991, dado el brote de cólera participó en equipo con el IMSS-Solidaridad brindando atención a la población abierta.

En 1998, con la participación entusiasta de todo el personal, se certifica como “Hospital amigo del niño y de la madre”.

En diciembre del 2001 recibe el reconocimiento por haber cumplido con los requisitos para su incorporación al programa “Fortalecimiento ambiental en hospitales”.

En el año 2002 recibe el reconocimiento por el primer lugar en el premio ISSSTE a la calidad médica 2002 en el 2º nivel de atención.

En el 2004 obtiene el 1er. lugar en el premio de la calidad en salud.

En el año 2006 recibe el premio ISSSTE a la calidad a nivel nacional.

El Hospital cuenta con 7 puestos periféricos para poder atender a los derecho-habientes de la Sierra y la Huasteca, ubicados en:

- Tlanchinol, san Felipe Orizatlán, Huautla, Xochicoatlan.

- Calnali, Molango, Chapulhuacán.

Hasta el año 2009 se cuenta con un total de 41701 derecho-habientes. Actualmente es dirigida por el Dr. José Óscar Cuahtecotzi Morales, como Subdirector médico está el Dr. Adelaido Jesús Quijano Castelán, como Subdirectora administrativa, la Lic. Emma Pérez Santillán.

## **1.5 Planteamiento del problema**

Durante el desarrollo del ser humano existe una diversidad de experiencias, dentro de las que se encuentra la de enfermedad. Dicha experiencia es vivida como una alteración del organismo y no es relacionada con el aspecto emocional de la persona, además de que la mayoría de las veces, no es concebida como oportunidad para el equilibrio mental. Esta realidad permite plantear un problema, el cual al ser investigado proporcione herramientas para su posible solución, dicho planteamiento sugiere que:

Las personas de edad adulta intermedia (45-60años), con enfermedad corporal recurrente y que asisten a la Clínica Hospital ISSSTE de Huejutla de Reyes Hidalgo, manifiestan recursos emocionales que contribuyen a su salud mental.

Del anterior planteamiento surgen interrogantes de la investigación que dan paso a la inmersión al campo de estudio, con la finalidad encontrar datos que nos lleven a conclusiones concretas.

## **1.6 Interrogantes de la investigación**

¿Cuáles son los recursos emocionales más frecuentes que manifiestan las personas de edad adulta intermedia (45-60 años) con enfermedad corporal recurrente y que contribuyen a su salud mental?

¿Cuáles son los recursos emocionales más frecuentes que manifiestan las personas de edad adulta intermedia (45-60 años) con enfermedad corporal recurrente?

¿Cómo los recursos emocionales que manifiestan las personas de edad adulta intermedia (45-60 años), contribuyen a su salud mental?

## **1.7 Objetivos**

### **Objetivo General:**

Investigar los recursos emocionales más frecuentes que poseen las personas de edad adulta intermedia (45-60 años) con enfermedad corporal recurrente y que contribuyen a su salud mental, para que sea una opción más en el tratamiento que ofrecen los servicios de salud en general.

### **Objetivos Específicos**

- Identificar los recursos emocionales más frecuentes que manifiestan las personas de edad adulta intermedia (45-60 años) con enfermedad corporal recurrente.
- Analizar cómo los recursos emocionales que manifiestan las personas de edad adulta intermedia (45-60 años) con enfermedad corporal recurrente, contribuyen a su salud mental.
- Utilizar una metodología de investigación descriptiva que facilite el análisis e identificación de emociones en los sujetos de estudio y que esté encaminada a cubrir los objetivos de la investigación.

## **Capítulo II. Marco teórico**

## 2.1 Enfermedad

### 2.1.1 ¿Qué es enfermedad?

Definir el término enfermedad es tan complejo, como complejo es tener distintas ciencias que al emplearlo se encuentran finalmente relacionadas cuando éste es aplicado al ser humano como organismo, mismo que cuenta con diferentes estructuras pero que están interrelacionadas entre sí; partiendo de esto encontramos algunos conceptos múltiples:

- Es la alteración del estado de la salud normal de un ente biológico individual.
- Una enfermedad es cualquier trastorno del cuerpo o la mente que puede provocar malestar y/o alteración de las funciones normales.
- Se aplica también el término enfermedad para hacer referencia a la alteración en el ámbito moral o espiritual respecto de ciertas normas o preceptos. Extensivamente, también puede usarse en referencia a una anomalía dañosa o perjudicial en el funcionamiento de un grupo humano, como una institución, colectividad, etc.
- En la actualidad, se entiende la enfermedad como un estado en el que el funcionamiento físico, emocional, intelectual, social, de desarrollo o espiritual de una persona, está disminuido o alterado en comparación con la experiencia previa. La enfermedad tiene un efecto multidimensional que afecta distintos niveles fisiológicos. La Organización Mundial de la Salud hace especial hincapié en los factores emocionales y sociales, y así lo hace constar en la CIE-10 (Código internacional de clasificación de las enfermedades).

- Debido a que cada ser humano es único y que el componente emocional y socioambiental se añade al componente físico, se ha expresado que no existen las enfermedades sino los enfermos, por lo que cada persona tiene una forma particular de enfermar (idiosincrasia), que es diferente a otra, a pesar de padecer la misma enfermedad.
- La enfermera Joyce Travelbee, en su *modelo de relación de persona a persona* define «la enfermedad como una categoría y una clasificación», sin embargo, el término no se usa como definición de una situación de falta de salud, sino como experiencia humana calificable en términos de criterios objetivos (que se manifiestan externamente en el enfermo) y subjetivos (referentes a cómo cada ser humano se percibe a sí mismo como enfermo).
- El doctor Milton Terris plantea que, la salud no es un absoluto, sino que es un proceso continuo que puede ir desde la muerte, que sería el máximo de enfermedad, hasta el óptimo de salud.
- Para Betty Neuman (*modelo de los sistemas*), «la falta de armonía entre las partes del sistema se considera una enfermedad en diversos grados, que refleja la no satisfacción de las necesidades». Esta concepción muestra las influencias de la Teoría general de sistemas y la Teoría de la Gestalt entre otras.
- Según el doctor Ilich, se entiende el estado de salud como la capacidad de enfrentarse a la enfermedad.
- El escritor Peter Altenberg expresa que: “La enfermedad es el grito de un alma ofendida”, para hacer referencia a la enfermedad como un emergente de un conflicto psicoemocional.
- El filósofo francés Blaise Pascal dice: “La enfermedad es el lugar donde se aprende”.



La enfermedad (del latín *infirmītas*, -ātis: «no firme», «falta de firmeza») es un proceso y la situación que se sigue de afección de un ser vivo, caracterizado por una alteración de su estado esencial de salud. El proceso de enfermedad puede ser provocado por diversos factores, tanto intrínsecos como extrínsecos al organismo enfermo: estos factores se denominan *noxas* (del griego *nósos*: enfermedad, afección de la salud). (<http://es.wikipedia.org/wiki/Enfermedad>).

La salud y la enfermedad son parte integral de la vida, del proceso psicobiológico y de las interacciones medioambientales y sociales. Generalmente se entiende a la enfermedad como una entidad opuesta a la salud, cuyo efecto negativo es consecuencia de una alteración o desarmonización de un sistema a cualquier nivel (molecular, corporal, mental, emocional, espiritual, etcétera) del estado fisiológico y/o morfológico considerados como normales, equilibrados o armónicos.

“La ecología humana demuestra que la salud y la enfermedad no constituyen simples estados opuestos sino diferentes grados de adaptación del organismo al ambiente en que vive, y que los mismos factores que fomentan esta adaptación pueden actuar en sentido contrario produciendo la inadaptación que constituye la enfermedad” (San Martín, 1975, p.3).

Por ello, cuando se busca una definición de enfermedad en el individuo es necesario comprenderlo desde sus distintas dimensiones para conocer con mayor exactitud las partes de su todo, que se encuentran en desadaptación o en desequilibrio, y entonces poder determinar los diferentes grados de la enfermedad.

Para clarificar el concepto de enfermedad es necesario hablar de ésta de manera singular, porque la caracterización e identificación de variados

procesos y estados diferentes de la salud ha llevado a la consideración de un universo de distintas concepciones; de esta forma, las enfermedades y procesos subsecuentes y análogos, son entendidos como categorías determinadas por la mente humana.

Estrictamente (dentro del campo médico), las enfermedades son objeto de estudio de la Patología (del griego παθος: «afección», «sufrimiento»), que investiga las características propias de cada entidad, sus componentes y el proceso que desarrollan, en relación con la evidencia morfofisiológica que se imprime en la biología del organismo enfermo. Sin embargo, la Nosología es la disciplina encargada de gobernar la definición y clasificación de las diversas enfermedades según una normativa basada en la caracterización e identificación de los componentes y funciones que definen cada entidad nosológica como algo único y discernible del resto.

Cuando se trata del concepto de enfermedad, desde el aspecto médico, nos encontramos con la relación profunda del funcionamiento de las partes que integra un organismo, en los métodos para identificar las disfunciones de los órganos para así definir la enfermedad que se tiene, pues aún no se avanza del todo en poseer una concepción del individuo como un organismo con estructura y fisiología pero que está en relación recíproca con otros individuos, y que además está en relación con un proceso social y cultural, que intenta resolver del mejor modo que le es posible los problemas de su existencia.

Dorland (1996), define la enfermedad, desde el campo médico, como cualquier desviación o alteración de la estructura o la función normales de una parte, órgano o sistema del cuerpo, que se manifiesta por un conjunto característico de síntomas y signos cuya etiología, patología y pronóstico pueden conocerse o ser desconocidos.

En los últimos años se han realizado nuevas concepciones de los términos salud y enfermedad, uniendo campos como la fisiología y la psicología, creándose conceptos unitarios que enfatizan la concepción del ser humano como un ser en interacción con su medio. Desde la psicología médica, rama que se encarga de aplicar experiencias y conceptos propios de la psicología a la medicina, el concepto de enfermedad va encaminado hacia procesos adaptativos del organismo, como transacciones entre las fuerzas defensoras y las ofensoras, en el cual los síntomas son entendidos como intentos de restaurar un equilibrio que ha sido alterado por condiciones internas o externas; con este concepto se percibe a la persona enferma como producto de un momento biológico y psicológico, donde los factores físicos, químicos u orgánicos y los acontecimientos personales dependientes de nuestra relación con otros individuos, han coincidido en un organismo cuya historia personal determina la vulnerabilidad a los agentes ofensores.

El significado de conceptos como la enfermedad, la salud, la vida, etcétera, son definidos por cada individuo de una manera particular según su propio entendimiento y vivencia de tales conceptos. Sin embargo, cabe señalar de manera generalizada, las variaciones semánticas de un término como «enfermedad», que tiene varios sinónimos:

1. Patología
2. Dolencia
3. Padecimiento
4. Mal
5. Daño
6. Anormalidad
7. Trastorno
8. Desorden

9. Desequilibrio

10. Alteración

### **2.1.2 Conceptos necesarios dentro de la enfermedad**

Cuando se habla de enfermedad se habla de términos que, en estado de equilibrio o salud, no existen y que es necesario tener presentes para comprender mejor lo que es enfermedad. A continuación se describen los conceptos más relevantes:

*Signo:* Es aquel cambio que demuestra la existencia de algo y es justamente la prueba más objetiva de que existe una enfermedad. Generalmente el signo es observable por lo que es la prueba más viable de desequilibrio del estado de salud.

*Síntoma:* Éste es un dato subjetivo de enfermedad o situación del paciente ya que un síntoma puede presentarse en un individuo y generalmente no ser visible o bien es percibido de distinta manera en cada individuo. Así, mientras en una gripa, por ejemplo, se espera que exista un síntoma de dolor por la fiebre, suele haber pacientes que no lo manifiestan o se encuentra exacerbado.

*Agente causal:* Es la fuerza, un principio o sustancia capaz de reproducir un efecto ya sea a nivel mental u orgánico. Generalmente es el que propicia directamente la existencia de una enfermedad. Los agentes pueden ser físicos, químicos, biológicos, sociales, emocionales, culturales, entre otros.

*Enfermo:* Un enfermo es un ser humano que padece una enfermedad, sea consciente o no de su estado; es un individuo con reacciones adaptativas ante la amenaza de factores internos o externos que ponen en desequilibrio las estructuras individuales.

*Experiencia de enfermedad:* Es la vivencia de un proceso que implica cambios o modificaciones de un estado previo; se divide en cinco etapas:

1. En la que se experimenta el síntoma.
2. En la que se asume el papel de enfermo.
3. En la que se toma contacto con el agente de salud.
4. En la que el enfermo se hace dependiente del servicio de salud.
5. En la que tiene lugar la rehabilitación, recuperación o aceptación del estado de enfermedad si éste es crónico.

*Conducta de enfermedad:* En general, las «personas enfermas» actúan de una forma especial frente a su estado; los sociólogos médicos llaman *conducta de enfermedad* a tal modificación actitudinal. La conducta de enfermedad implica cómo el enfermo controla su organismo, define e interpreta sus síntomas, adopta acciones y hace uso del sistema sanitario. Existe una gran variabilidad en la forma en la que las personas reaccionan frente a la enfermedad, tanto la propia como la ajena, sin embargo, la manifestación de la conducta de enfermedad puede usarse para controlar las adversidades de la vida. La conducta de enfermedad puede convertirse en anómala cuando es desproporcionada respecto al problema presente y la persona persiste en el papel de enfermo.

### **2.1.3. Enfermedad corporal y enfermedad mental**

La medicina se encarga del estudio de las enfermedades; sin embargo, dentro de esta misma ciencia encontramos que existen dos vertientes: la primera corresponde a profesionales que se especializan en el estudio de las enfermedades de órganos y sistemas del organismo, y la segunda, en la que se especializan en la psiquiatría, se encargan del estudio de las enfermedades mentales con un fundamento neurológico. A partir de esta concepción la definición de enfermedad corporal queda limitada a esa alteración que sufre el organismo como estructura compuesta de órganos o sistemas y que su etiología –causa- es directamente causante de un conjunto de ciertos signos y síntomas característicos de una patología (enfermedad) que puede conocerse o no.

Mientras tanto la enfermedad mental según Dorland (1996) es “cualquiera de los síndromes psicológicos o de conducta, importantes clínicamente, caracterizados por síntomas de angustia o trastornos funcionales significativos. Los trastornos mentales se consideran resultado de alguna disfunción orgánica o psicológica del individuo”.

Para definir enfermedad mental es necesario recurrir a las diferentes perspectivas médicas que se tienen sobre ésta, pues la enfermedad mental en diferentes ocasiones, es considerada como cualquier otra enfermedad, la única diferencia radica en los síntomas, pues al afectar al cerebro, la primera se manifiesta en síntomas mentales mientras las otras enfermedades tienen síntomas característicos según el órgano o sistema donde se encuentre el padecimiento. Esta definición no parece estar bien fundamentada, pues una enfermedad mental puede estar ligada a una creencia del individuo y generalmente no tiene relación con el sistema nervioso del organismo, aunque en algunos casos termina dañándolo.

Otra situación en la definición de enfermedad mental desde la medicina es el dualismo que existe entre los síntomas físicos y los mentales.

Los síntomas psíquicos en la enfermedad mental se refieren a comunicaciones del paciente de sí mismo, de los demás y del medio que los rodea y no solo a las afecciones estructurales del sistema nervioso que posee un individuo. Es entonces mejor concebir al síntoma psíquico ligándolo también al contexto social y, particularmente, al contexto ético en que se formula.

La enfermedad mental también es considerada como la deformación de la personalidad, pues se atribuye a una serie de cambios en la conducta del individuo en relación con las personas que forman la sociedad. Esta definición excluye de toda forma la relación orgánica que posiblemente pueda existir en algún padecimiento mental; además se centra en designar qué conductas son las apropiadas y cuáles no, y no hay una sola norma que dicte los parámetros de anormalidad o normalidad; sin embargo, cuando se designa el término de enfermedad mental, basándose en este criterio, es necesario recurrir a conceptos psicosociales, éticos y jurídicos.

En definitiva, es necesario tener una visión integral partiendo de las diferentes ciencias que se encargan del estudio del comportamiento humano. Para nuestros fines de estudio, más que dar un concepto preciso de enfermedad mental, hay que diferenciarla de una enfermedad orgánica, a partir de que el individuo que padece una enfermedad mental tiene diferentes grados de aptitud para el autodomínio, el cual depende de la intensidad de la alteración orgánica, social y psíquica en la que éste se encuentre implicado. Dentro de la psicología existe una rama que se encarga del estudio de la conducta anormal que, de algún modo, es la que clasifica y distingue las enfermedades mentales.

La psicología anormal es la que se enfoca hacia la conducta desadaptativa, sus causas, consecuencias y tratamiento; trata sobre cómo se siente ser diferente, lo que significa serlo y cómo trata la sociedad a las personas que son consideradas distintas (Sarason, 1996, p. 2). Es materia de esta rama de la psicología el tratar los trastornos mentales; sin embargo, también se encarga de aquellas preocupaciones y características en la conducta que no interfieren de manera significativa en la vida cotidiana del paciente pero que, en definitiva, sería mejor cambiar para no poseer.

Las causas de las enfermedades mentales, al igual que en las enfermedades corporales, son múltiples y se dan a consecuencia de la interacción de diferentes factores externos e internos. David Golldberg (citado por Campayo, 1991, p.62), propone un modelo para explicar la causa de las enfermedades mentales basado en tres tipos de factores:

A) *Predisponentes*: Se refieren a la vulnerabilidad del individuo. Dentro del factor genético se encuentra la presencia de enfermedad mental antisocial, alcoholismo y la somatización entre las generaciones familiares.

Otro factor es el biológico; en él existe también una alteración corporal muy sutil que tiene que ver con la presencia de la somatización, que es muy difícil de detectar y no existen tratamientos para corregirla.

Las experiencias infantiles son otro factor, manifestadas por las carencias físicas que se tuvieron en la familia, el modelado de enfermedad de los padres y las experiencias de la enfermedad como afrontamiento, lo cual se utiliza como refugio para evitar situaciones difíciles.



- B) *Precipitantes*: Son las situaciones de estrés que el individuo tiene; entre las principales fuentes generadoras encontramos el trabajo, la pareja y los amigos
- C) *Mantenedores*: Son aquellos que pueden llevar a la enfermedad a una fase más avanzada hasta llegar a ser aguda y luego crónica, siendo los principales la ganancia secundaria, (consiste en una conducta inconsciente, positiva o negativa por la que se obtiene un beneficio) y el refuerzo social (cuando la conducta de los otros reafirma los patrones de comportamiento de un individuo).

Tanto la enfermedad corporal como la mental son situaciones en las que el individuo se encuentra en desequilibrio con todas las demás estructuras que les rodean. Para tener una amplia perspectiva de estas enfermedades a continuación se cita una clasificación de ellas.

Las enfermedades corporales se clasifican, según sus características y etiología, en:

- *Enfermedad infecciosa*: Aquella causada por algún microorganismo externo a la vez clasificado o, bien, desconocido.
- *Enfermedad genética*: Aquella en la cual existe alteración en los genes que componen a la persona; puede ser heredada o no.
- *Enfermedad nutricional*: Es aquella donde se ve alterado el estado nutricional ya sea por la calidad de la ingesta o bien por alteraciones metabólicas donde algún órgano u hormona esta alterado.
- *Enfermedad autoinmunitaria*: Son aquellas enfermedades en que el mismo sistema inmunitario produce las alteraciones y afecciones que se presentan.

- *Enfermedad degenerativa*: Es aquella enfermedad que, de manera paulatina, va generando más problemas; generalmente es controlable y no curable.
- *Enfermedad profesional*: Es la alteración que se origina en el lugar de trabajo, ya sea por accidente, por desgaste o por uso de sustancias.
- *Enfermedad oncológica*: En ella existe malformación celular produciendo, a la vez, malformaciones de los tejidos.

Una importante alternativa a la codificación de la CIE es el manual estadístico y diagnóstico de los trastornos mentales (DSM, del inglés Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) de la Asociación Psiquiátrica Norteamericana (APA). Este Manual clasifica las enfermedades mentales como a continuación se describe.

- Trastornos en la infancia, la niñez o la adolescencia
- Trastornos mentales orgánicos
- Trastorno por el uso de sustancias psicoactivas
- Trastornos del sueño
- Esquizofrenia
- Trastorno delirante (paranoide)
- Trastornos psicóticos no clasificados en otros apartados
- Trastornos del estado del ánimo (afectivos)
- Trastornos por ansiedad
- Trastornos somatoformes
- Trastornos disociativos
- Trastornos sexuales
- Trastornos ficticios
- Trastornos del control de los impulsos que no están clasificados en ninguna otra parte

- o) Trastornos adaptativos
- p) Factores psicológicos que afectan el estado físico
- q) Trastornos del desarrollo (retraso mental, trastornos generalizados y específicos del desarrollo)
- r) Trastornos de la personalidad

#### **2.1.4. Somatización**

Existe un término para definir a aquellas enfermedades que presentan síntomas corporales pero que médicamente no tienen una explicación objetiva. Este término es precisamente la *somatización*, que se define como una condición crónica en la cual se presentan numerosas quejas físicas que duran por años y ocasionan desajustes sustanciales causados por problemas psicológicos.

Robbins (199, p.264) menciona que *somatización* es un concepto usado para referirse a aquellas situaciones clínicas en las cuales los pacientes se presentan clínicamente con síntomas exclusivamente biológicos, a pesar de existir a la vez problemas psicológicos o estrés emocional demostrable.

Las definiciones anteriores nos demuestran que la *somatización* tiene sus orígenes en los procesos emocionales (ya que la naturaleza de su etiología es básicamente emocional) siendo inevitables las influencias del medio social; puede estar presente en sujetos que no tienen alguna enfermedad ni psiquiátrica, ni orgánica, pero que de alguna manera necesitan exteriorizar el estrés emocional que la psique ha reprimido por algún tiempo determinado; dicha exteriorización también tiene fines de demanda de apoyo al sujeto. Con esto se puede decir que la *somatización* es un mecanismo del individuo para manejarse ante los hechos estresantes de la vida.

Existen diversas definiciones para el concepto de *somatización*, las cuales al conjugarse asumen la existencia de dificultades psicológicas y de la vida como estresantes de la experiencia de enfermedad. La definición más utilizada para definir *somatización*, sin que esta sea entendida como un trastorno, es la propuesta por Wayne Katon (citado por Campayo, 1999, p. 44) quien la considera un idioma de malestar en el que los pacientes con problemas emocionales y psicosociales articulan su malestar, principalmente, a través de síntomas físicos.

Es importante conocer la definición y los criterios que el DSM maneja en cuanto a lo que la *somatización* se refiere, aclarando que este manual lo maneja ya como un trastorno, sobre todo por el tiempo de evolución de la enfermedad y sus características particulares. Se considera necesario conocerlo como mecanismo ante el estrés emocional. El DSM-IV (1998, pp.460-461) enuncia que este trastorno tiene como característica esencial un patrón de síntomas somáticos, recurrentes, múltiples y clínicamente significativos. Los criterios para el diagnóstico del trastorno de *somatización* son:

- A. Historia de múltiples síntomas físicos, que empiezan antes de los 30 años, persiste durante varios años y obliga a la búsqueda de atención médica o provoca un deterioro significativo social, laboral o de otras áreas importantes de la vida del individuo.
- B. Deben cumplirse todos los criterios que se exponen a continuación, y cada síntoma puede aparecer en cualquier momento de la alteración:
  - 1. Cuatro síntomas dolorosos: historia de dolor relacionada con al menos cuatro zonas del cuerpo o cuatro funciones (ejemplo: cabeza, abdomen, dorso, articulaciones. Extremidades, tórax, recto; durante la menstruación, en el acto sexual o a la micción).

2. Dos síntomas gastrointestinales: historia de al menos dos síntomas gastrointestinales distintos del dolor (ejemplo, náuseas, distensión abdominal, vómitos [no durante el embarazo], diarrea o intolerancia a diferentes alimentos).
3. Un síntoma sexual: historia de al menos un síntoma sexual o reproductor al margen del dolor (ejemplo, indiferencia sexual, disfunción eréctil o eyaculatoria, menstruaciones irregulares, pérdidas menstruales excesivas, vómitos durante el embarazo).
4. Un síntoma seudoneurológico: historia de al menos un síntoma o déficit que sugiera un trastorno neurológico no limitado a dolor (síntomas de conversión del tipo de alteración de la coordinación psicomotora o del equilibrio, parálisis o debilidad muscular localizada, dificultad para deglutir, sensación de nudo en la garganta, afonía, retención urinaria, alucinaciones, pérdida de la sensibilidad táctil y dolorosa, diplopía, ceguera, sordera, convulsiones, síntomas disociativos como amnesia, o pérdida de la conciencia distinta al desmayo).

C. Cualquiera de las dos características siguientes:

1. Tras un examen adecuado, ninguno de los síntomas del criterio B pueden explicarse por la presencia de una enfermedad médica conocida o por los efectos directos de una sustancia (ejemplo: drogas o fármacos).
2. Si hay una enfermedad médica, los síntomas físicos o el deterioro social o laboral son excesivos en comparación con lo que cabría esperar por la historia clínica, la exploración física o los hallazgos de laboratorio.

D. Los síntomas no se producen intencionalmente y no son simulados (a diferencia de los que ocurren en el trastorno ficticio y en la simulación).

A medida que los investigadores estudian las conexiones entre el cerebro, el sistema digestivo y el sistema inmunológico, estos trastornos reciben una mejor comprensión y no se deben de ver como condiciones simuladas que el paciente podría resolver a voluntad. Los síntomas son tan severos que llevan a la persona a ver un médico y a tomar medicamentos, o pueden interferir con el trabajo y las relaciones interpersonales. Por lo general, hay antecedentes de toda una vida de enfermedades, aunque no se identifique una enfermedad específica responsable de los síntomas. La intensidad de los síntomas aumenta frecuentemente con el estrés.

#### **2.1.5. Aspectos que intervienen en la percepción de la enfermedad**

Cada individuo tiene una percepción de lo que es la enfermedad, esto debido a que existen diferentes factores que intervienen en ella. Para entender estas percepciones se describirán tres aspectos básicos:

- El *aspecto experiencial*, es decir, cómo el paciente percibe y, subjetivamente, reconoce el dolor.
- Un *aspecto cognitivo*, que se refiere a cómo el individuo define e interpreta los síntomas como siendo serios o no.
- Finalmente un *aspecto conductual*, es decir, cómo el paciente reacciona al dolor, los cursos de acción que se llevan a cabo para manejar el dolor.

Mechanic (1987) menciona que la *percepción subjetiva de la enfermedad* es el resultado de factores psicológicos, psicosociales, sociológicos y culturales independiente de la base genética, psicológica o biológica de la enfermedad.

Como parte de los sistemas de significados y normas sociales, el sentirse enfermo está fuertemente influido por la cultura; es la forma en la cual determinados síntomas pueden ser diferencialmente percibidos, evaluados y actuados (o no actuados) por diferentes tipos de personas, como producto de experiencias sociales, culturales y de aprendizaje, como parte de un proceso en el cual el sentirse enfermo es sólo aspecto de un repertorio de competencias que cada individuo realiza en orden al darle sentido y hacer más manejables las experiencias nuevas e inestables.

La *experiencia subjetiva de enfermedad* está influida por factores socioculturales; es el contexto sociocultural en el cual el sujeto vive, el que le da guías en términos de qué hacer cuando siente el dolor, o disconformidad de cómo expresar estos sentimientos verbalmente y no verbalmente, de quién requerir ayuda. En este sentido, cada cultura tiene su propio lenguaje del dolor; mientras que en algunos grupos sociales se espera una expresión emocional del dolor y la disconformidad, en otros es restringido. Existe evidencia que en algunos contextos socioculturales la *somatización*, entendida como la expresión aprendida de problemas psicosociales en el lenguaje del cuerpo, y la disconformidad que resulta de estos problemas, está socioculturalmente sancionada.

El uso del cuerpo como un medio de comunicación de los problemas diarios (con la pareja, hijos, trabajo, desempleo, adicción a las drogas, abuso sexual y otros) no solo es un método aceptable sino que, al mismo tiempo, es la forma más efectiva de obtener ayuda. La enfermedad llega a ser una conducta posiblemente sancionada en el intento de adaptar el sí mismo al medio ambiente sociocultural.

En síntesis, existe una definición social y cultural de los síntomas en cada contexto sociocultural en el cual los individuos interactúan. Dicha definición es aprendida a través del proceso de socialización. Durante este

proceso cada persona aprende acerca de las posibles causas de las enfermedades, las expectativas de rol de su familia y de los proveedores de salud y las normas sociales que definen su conducta en la situación de enfermedad.

En el proceso cognitivo son interpretados los síntomas del cuerpo, y el individuo le atribuye a ellos significados específicos. La interpretación y el significado que el individuo le atribuye a los síntomas o malestares son influidos por diferentes variables tales como las experiencias previas personales con el síntoma, las experiencias familiares o de otros significados, modelos aprendidos, creencias y normas sociales. Todos estos factores no solo influyen en la percepción del individuo sino que al mismo tiempo moldean cómo reaccionará a los síntomas como resultado de su proceso cognitivo. La definición social ayuda a dar sentido a las sensaciones físicas y emocionales difusas introduciéndolas en patrones, los cuales son reconocibles para la persona que se siente enferma y para aquellos que lo rodean.

De igual manera, la conducta que asume el individuo al percibirse enfermo es otra forma de enfrentar la experiencia de sentirse enfermo. Así como la percepción, el significado y la evaluación son moldeados socioculturalmente, el modo de comportarse para enfrentar la enfermedad es también influida por el contexto sociocultural en el cual el individuo lleva a cabo su vida diaria. Si su conducta de enfermarse es sancionada positivamente, entonces se espera que la persona asuma el rol de enfermo.



### 2.1.6. Una nueva visión de enfermedad

La enfermedad es vista normalmente como algo negativo que lleva a realizar un paréntesis en la vida, ya que hay que poner atención en desaparecer los síntomas que la enfermedad produce. Un individuo normalmente está en la expectativa de no enfermarse, en no perder la salud, pues lo ve como una calamidad e incluso como producto de una mala suerte; por supuesto, como anteriormente se ha visto, estas ideas que se tienen de enfermedad son producto de la influencia sociocultural que nos rodea, sin embargo es más común que la enfermedad sea rechazada y se huya de ella.

Pues bien, en los últimos años los científicos han combinado el estudio de la psicología, de la biología, de la anatomía y de la fisiología obteniendo así un estudio global del ser humano, de aquí se deduce otra visión muy diferente de lo que es *enfermedad*. En el cambio que se está generando en cuanto a ella, se está dando mucho énfasis al estudio global del ser humano, muchos investigadores han estado trabajando para que este estudio integral se realizara. Desde tiempo atrás, se ve a la *enfermedad*, más que como algo negativo, como una oportunidad de poder atender no solo los síntomas que nos causan molestia (y que muchas veces detienen el quehacer de la vida cotidiana) sino todo aquello que causa algunos desequilibrios, desde diferentes partes (social, cultural, biológico, psíquico).

Otra de las partes integradoras de una nueva visión de la enfermedad es que no se limitan las causas a agentes externos sino que un individuo puede enfermar si tiene alteraciones con el ambiente, las conductas, las capacidades, las creencias, las carencias, los anhelos y valores, la identidad, lo espiritual, lo emocional, lo biológico o lo físico y que, independientemente donde se encuentre la alteración que causa la enfermedad, todos los demás estratos de alguna manera se ven alterados.

Así, cuando la enfermedad es vista no solo desde una sola perspectiva y se hace una introducción de los estratos mentales, son éstos mismos los que pueden llevar a la salud. Al respecto, Jung (citado por Fleche, 2005, p.9) refiere que, “la enfermedad es el esfuerzo que la naturaleza hace para curar al hombre. Por lo tanto, podemos aprender mucho de la enfermedad para encontrar el camino de regreso a la salud, y lo que al enfermo le parece indispensable rechazar contiene el verdadero oro que no ha sabido encontrar en ninguna otra parte”.

De acuerdo con lo anterior, la enfermedad también es oportunidad de conocimiento, un conocimiento de nuestra personalidad, de las maneras en que manifestamos simbólicamente todo lo que a nuestra psique aqueja y las alternativas en que se es capaz de retornar a un equilibrio traducido como salud.

## **2.2 SALUD**

### **2.2.1 ¿Qué es salud?**

Dorland (1993, p. 712) define a la *salud* como un estado de bienestar óptimo físico, mental y social, y no sencillamente la ausencia de enfermedad. También puede definirse como el nivel de eficacia funcional y/o metabólica de un organismo tanto a nivel micro (celular) como macro (social).

La *salud* se convierte en una tendencia normal de cualquier organismo viviente, es decir, la vida tiene un objetivo central el cual es la *salud*. Es importante aclarar que el concepto de *salud* no se basa de ningún modo en el concepto de enfermedad ya que si la *salud* estuviera limitada al concepto

de la ausencia de enfermedad, entonces ella se hace de algún modo negativa.

Definitivamente, poder conceptualizar la *salud* es tan amplio como hablar de la vida misma pues su significado depende de la visión que se tenga de un organismo viviente y de la relación de éste con su entorno. El concepto de *salud* es y ha sido integrador pues incluye diferentes dimensiones del ser humano, ya que así se tiene una visión integral de los organismos y, por lo tanto, una concepción más completa del término estudiado.

La *salud humana* también es conceptualizada a partir de una dimensión dinámica ya que no se presenta como una condición estable sino que se comporta como un proceso de cambios y fluctuaciones constantes. Aún así se mantiene una visión integradora, como refiere González (1991, p. 71) “La salud del ser humano es un estado dinámico de equilibrio dentro de su ser, equilibrio físico, mental y espiritual”.

Para definir *salud* es necesario hacer referencia a otro concepto vinculado con ella, la *homeostasis*. Esta es esa tendencia a la estabilización en estados corporales normales (medio interno) del organismo; es esa propiedad esencial de toda vida, que continúa gracias a la operación de innumerables sistemas de control y equilibrio. Con todo esto, se puede decir que la *salud* del ser humano es un equilibrio dinámico en todos los niveles que posee el individuo, de sus relaciones con el medio ambiente, con los demás hombres y con su espiritualidad.

### 2.2.2 Recursos del organismo para mantener la salud

El ser humano es una unidad compleja de diferentes capacidades; dentro de éstas, se encuentra aquella capaz de conseguir o mantener una salud óptima. Todo individuo, por constitución biológica y física, tiene una estructura capaz de autorregularse; cuando existe la necesidad de curación éste activa todo su potencial para poder conseguirlo.

Existen diferentes recursos del organismo para mantener el equilibrio, sin embargo sólo se explicarán algunos de ellos.

***Autorreparación natural:*** Como anteriormente se comentó, el ser humano por naturaleza tiende a la conservación; un organismo en sí se ocupa básicamente de conservarse.

Al hablar de autorreparación natural se hace referencia a esa capacidad que tiene el organismo de conservar en funcionamiento y en constante renovación las células corporales. Cada día en el cuerpo mueren millones de células que son remplazadas por otras que, una vez realizado su trabajo, morirán también para dar paso a otras nuevas células.

Lo anterior podemos observarlo en el crecimiento de las uñas y el cabello, al producirse una descamación a la hora de rascar la piel. Pero no sólo las células de la piel se reparan, también se van reparando diariamente las células pancreáticas, la mucosa del estómago lo hace cada tres días, los glóbulos de la sangre cada diez días y las proteínas del cerebro se cambian en menos de un mes. Un ejemplo visible de la autorreparación se da cuando una herida o una fractura, el organismo mismo crea células que hacen nuevo tejido, vemos entonces el proceso de cicatrización, los huesos vuelven a estar completos y de nuevo en función. Esto es conocido como la plasticidad celular.

Actualmente se escucha mucho de las células madre; éstas son otra forma de autorregulación pues tienen la capacidad de dar origen o diferenciarse de los diferentes tejidos que componen el organismo; tienen también el poder de autorenovarse a sí mismas pues no necesitan de ningún estímulo para duplicarse; son aquellas que tienen la información precisa de la composición de cada uno de nuestros órganos y sistemas.

**La plasticidad neuronal:** es esa propiedad que emerge de la naturaleza y del funcionamiento de las neuronas cuando éstas establecen comunicación, y que modula la percepción de los estímulos con el medio, tanto los que entran como los que salen. Aún cuando las neuronas son las únicas células irremplazables del organismo también tienen la parte de conservación para poder hacer su comunicación más efectiva y son capaces de permanecer en dicho cambio para así evitar el desequilibrio ante el mismo estímulo.

**Sistema inmunológico:** Este sistema es el encargado de reconocer las células y las sustancias que otros sistemas del cuerpo son incapaces de reconocer. Para poder entender cómo actúa este sistema, González (1991, p.97, 98) lo explica de la siguiente manera: “El sistema inmunológico, delicadamente cuidadoso de proteger la salud, percibe cuanto puede ponerla en peligro. En consecuencia, capta los cambios bioquímicos en nuestro cuerpo, sustancias tóxicas, microorganismos, hormonas, emociones, conductas, alimentación, o la combinación de algunos de estos factores. Las células encargadas del trabajo que hace el sistema inmunológico, son las diversas clases de células T ya que quien dirige su trabajo es el Timo, una glándula ubicada en el pecho la cual dirige todos los procesos que lleva a cabo el sistema inmunológico; es la glándula que proporciona la maduración y las tareas de las células T.”

**La farmacia interior.** Este aspecto se refiere a que todo lo descrito anteriormente no sería posible sin las sustancias que el cerebro secreta y la información que envía hacia todo el cuerpo para lograr la autorreparación. En el cerebro se encuentran muchos neurotransmisores los cuales se parecen a los fármacos realizados químicamente en un laboratorio. Así, Stahl (1998, p. 14) refiere que es posible que el cerebro produzca incluso su propio antidepresivo, su propio ansiolítico y sus propios alucinógenos. Los fármacos imitan, a menudo, al neurotransmisor natural del cerebro. Con frecuencia se descubren los fármacos antes que el neurotransmisor natural.

Es evidente que el cerebro se comunica con el cuerpo y lo controla por medio de ese flujo constante de mensajeros químicos; es así cómo el cerebro y cada célula nerviosa se comportan como una farmacia que entrega drogas poderosas para influenciar y controlar nuestros estados de ánimo, pensamientos y funciones corporales.

En relación a esta farmacia interior, González (1991, p. 101-102) refiere que “las células nerviosas de la formación reticular contienen la sustancia llamada encefalina, cuya inyección hace desaparecer el dolor en la misma forma en que lo hace la morfina. La encefalina probablemente sea el neurotransmisor que participa en la transmisión sináptica en estos centros cerebrales reticulares. La morfina actúa por consiguiente, imitando la acción de la encefalina al estimular las células nerviosas que hacen desaparecer las reacciones a estímulos traumáticos, incluyendo los fenómenos subjetivos de dolor. Este es el programa del cerebro para reducir el dolor”.

Lo anterior son solo algunos aspectos de conservación y autorreparación del cuerpo humano, pues en lo que se refiere al cerebro aún se desconoce mucho de lo que es capaz para mantener la salud en el organismo.

### 2.2.3 Salud mental

La salud mental es un concepto que se refiere al bienestar emocional y psicológico del individuo, en el cual éste puede utilizar sus capacidades cognitivas y emocionales, funcionar en sociedad, y resolver las demandas ordinarias de la vida diaria.

Según la OMS, no existe definición oficial para la salud mental. Las diferencias culturales, evaluaciones subjetivas, y la competición de teorías profesionales, hacen difícil definir a la salud mental. La mayoría de los expertos convienen que la salud mental y las enfermedades mentales no son contrarias. En otras palabras, la ausencia de un desorden mental reconocido, no es necesariamente un indicador de contar con salud mental.

Para fines de esta investigación, es necesario hacer referencia a algunos postulados de aquellos modelos de psicología que ven a la salud mental como una buena satisfacción de las necesidades que cada individuo tiene. Al hablar de salud mental es necesario tener cubiertas las necesidades psicológicas, que son aquellas en donde los individuos ejercitan o desarrollan habilidades, ya que esto proporciona a la gente una motivación natural para aprender y crecer, para desarrollarse en una forma saludable, el cubrir tales necesidades es también necesario, pues llevará a transformar al yo mediante la diferenciación y la integración. Estas necesidades psicológicas son según Reeve (2003, p. 96) la autodeterminación, la competencia y el gregarismo.

La *autodeterminación* se refiere a la necesidad de elección y decisión de qué hacer, cómo y cuándo dejar de hacerlo. Una persona satisface la necesidad de autodeterminación cuando las decisiones que toma están guiadas por sus intereses, preferencias y creencias; por el contrario, esta necesidad no se ve satisfecha cuando las decisiones están influenciadas por

una fuerza exterior que hace pensar, sentir o comportarse en formas particulares.

La *competencia* es aquella necesidad psicológica en la que el individuo necesita interactuar de manera efectiva con su entorno, y este deseo de ser eficaz se extiende a todos los aspectos de la vida. Lleva a los individuos a buscar y superar desafíos óptimos que son retos apropiados para un desarrollo saludable.

El *gregarismo* es la necesidad que se refiere a establecer lazos y vínculos emocionales estrechos con otras personas, lo cual refleja el deseo de estar emocionalmente relacionado e involucrado de manera interpersonal en relaciones cálidas.

No obstante lo anterior, es evidente que un individuo no consigue la salud mental sólo cubriendo dichas necesidades, también es necesario cubrir otras, como lo propone Maslow (citado por Di Caprio, 1997, p. 364) “únicamente cuando todas las necesidades inferiores son satisfechas, puede la persona a empezar a experimentar las necesidades de auto actualización. Las necesidades inferiores mismas están dispuestas en una jerarquía; en un orden de potencia y prioridad están las necesidades fisiológicas, las necesidades de seguridad, las necesidades de amor y pertenecer, y las necesidades de estima”.

Una vez que las anteriores necesidades están cubiertas entonces se da un desarrollo en el cual es posible alcanzar la salud mental; al respecto, Maslow (citado por Di Caprio, 1997, p. 364) expresa que un hombre es mentalmente sano cuando, primero -y lo más importante de todo-, hay una fuerte convicción de que él tiene una naturaleza esencial propia, alguna estructura psicológica que puede ser tratada y discutida en forma análoga a su estructura física; de que tiene necesidades, capacidades y tendencias



basadas genéticamente (algunas de las cuales son características de toda especie humana, cortando a través de todas las líneas culturales), y que algunas son únicas para el individuo.

En segundo lugar, se halla la concepción de que un desarrollo pleno, sano, normal y deseable consiste en la actualización de esta naturaleza, en satisfacer estas potencialidades y en desarrollar la madurez a lo largo de líneas de esta naturaleza oculta, furtiva y vaga , desarrollándose desde el interior en vez de ser formada desde el exterior.

Y es así cómo, al cubrir necesidades, el ser humano puede ir desarrollando una salud mental de manera continua; sin embargo, no hay que perder de vista que esta salud mental no está desligada en ningún momento de la estructura corporal que es, finalmente, un medio privilegiado por el cual podemos exteriorizar dicha salud alcanzada o bien el desequilibrio que pudiera existir.

## **2.3. Cuerpo, mente y vida afectiva**

### **2.3.1. El cuerpo**

Al igual que los temas anteriores, hablar del cuerpo se vuelve complejo, ya que podemos conceptualizarlo desde su simple composición estructural o unirlo con cada una de las partes con las que se encuentra interrelacionado; sin embargo, es necesario tener una visión general del cuerpo desde su composición orgánica, pues esto nos va ayudando a tener una conciencia más completa en la pertenencia de nuestro organismo y

saber entonces cómo actúa, cómo se organiza, cuáles son sus funciones y, asimismo, sus verdaderas posibilidades.

El cuerpo está compuesto por una unidad funcional básica que es la célula. Aproximadamente hay 75 billones de células en cada cuerpo humano, la mayor parte están vivas y casi todas pueden reproducirse; por tanto, sostienen la continuidad de la vida.

Los espacios entre las células están llenos de líquido extracelular. Este líquido se llama *ambiente interno del cuerpo*, y en él viven las células. Las funciones de la mayor parte de los órganos del cuerpo tienen como finalidad conservar condiciones y concentraciones físicas constantes de las sustancias disueltas en este ambiente interno. Este estado de constancia en el ambiente interno se llama *homeostasia*. El líquido del ambiente interno se mezcla constantemente por todo el cuerpo mediante el bombeo de la sangre desde el corazón por todo el sistema circulatorio; la difusión de líquido se realiza tanto hacia el exterior como hacia el interior por las membranas capilares, que permiten el intercambio entre la parte del líquido extracelular de la sangre que se llama plasma, y la parte de los espacios entre las celulares titulares, denominada líquido intersticial.

Cada sistema orgánico del cuerpo desempeña su función específica en la *homeostasia*. Por ejemplo, el sistema respiratorio controla las concentraciones tanto de oxígeno como de dióxido de carbono en el ambiente interno. El riñón elimina los productos de desecho de los líquidos corporales, a la vez que controla las concentraciones de los diferentes iones. El aparato digestivo actúa sobre los alimentos y los transforma para obtener los nutrientes apropiados para el ambiente interno. Músculo y esqueleto brindan soporte y locomoción al cuerpo de modo que éste pueda procurar la satisfacción de sus necesidades, en especial obtener los alimentos y los líquidos necesarios para el ambiente interno. El sistema nervioso inerva los

músculos y regula las funciones de muchos órganos internos; funciona en concordancia con el sistema respiratorio para controlar las concentraciones del dióxido de carbono y del oxígeno. El sistema endocrino regula la mayor parte de las funciones metabólicas del cuerpo, incluso los ritmos a los que ocurren las reacciones químicas celulares y las concentraciones de glucosa, grasas y aminoácidos en los líquidos corporales; y, por último, la síntesis de nuevas sustancias requeridas por las células. Incluso el sistema reproductor desempeña una función en la *homeostasia*, porque produce nuevos seres humanos y, por tanto, nuevos ambientes internos según los anteriores envejecen y mueren.

Después de revisar las generalidades del cuerpo como organismo, es evidente que la mayoría de los seres humanos no tenemos conocimiento de lo que es nuestro cuerpo interno, como dice Thérèse Bertherat (1997, p.55) “no sabemos cómo actúa cada parte de nuestro cuerpo en relación con las otras ni sabemos tampoco cómo se organizan y cuáles son sus funciones y sus verdaderas posibilidades”.

Se desconoce también que el cuerpo es más que una estructura donde se alojan los órganos y sistemas que forman al ser vivo, es más que nosotros y nuestro cuerpo. Lamentablemente, para muchos individuos es algo desconocido, extraño e inclusive algo con el que se tiene distancia; llega a convertirse en algo que tiene relación con la persona por lo que hay que adornarlo, tratarlo bien y energetizarlo, pero aún no es una manera óptima de relacionarnos con él, pues se convierte en un objeto de cuidado y de consumo. Es verdad que la visión que anteriormente se tenía del cuerpo ha cambiado porque de alguna manera ya le ponemos atención, sin embargo, es solo una atención enfocada a su cuidado desde la moda cultural y el negocio empresarial. Así, entonces, cuidamos al cuerpo y lo atendemos para tener vivencias gratificantes donde no haya cabida al dolor, la fatiga o el

malestar. Otro objetivo de este cuidado del cuerpo es el hecho de que pueda ser admirado; el ser humano invierte para tener un cuerpo que pueda dar prestigio y una imagen como la sociedad lo exige. También se le da un valor instrumental, pues es considerado medio para conseguir ciertos fines. A pesar de todo lo anterior, aún no tenemos una comunicación con nuestro cuerpo cuando éste nos pide, de alguna otra forma como la enfermedad, algo que necesita.

Cuando el ser humano se comunica con el cuerpo sólo para satisfacer sus necesidades es cuando lo manipula y lo convierte en un objeto, esto nos muestra que ya el problema central no es la separación (que anteriormente se hacía entre mente y cuerpo) sino que hay un nuevo reto: el recuperar el cuerpo como lo que realmente es, un cuerpo en cada individuo que sólo es capaz de habitarlo y de autoposeerlo él mismo.

Entonces el cuerpo es, como bien lo describe Thérèse Bertherat (1997, p. 13) “nuestro cuerpo es nosotros mismos. Él es nuestra única realidad aprehensible. No se opone a la inteligencia, a los sentimientos, al alma. Los incluye y los alberga. Por ello, tomar conciencia del propio cuerpo significa abrirse el acceso a la totalidad del propio ser porque el cuerpo y el espíritu, lo psíquico y lo físico, incluso la fuerza y la debilidad, representan, no la dualidad del ser, sino una unidad”.

En lo anterior podemos apreciar claramente que el cuerpo no es divisible, por eso es importante comenzar a tener una atención más cercana a él, como el hecho de conocer su lenguaje, relacionarse con su sabiduría orgánica, saber escucharlo, saber qué le pasa, qué nos pide; todo esto en un proceso de aprendizaje continuo. Este aprendizaje se dará a partir de que podamos saber que somos nuestro cuerpo y entonces ir conociendo desde dentro y, como afirma Alemany (1996, p. 109), “caerás en la cuenta de que tu cuerpo es una posesión unipersonal, que te vale a ti, te expresa a ti,

se comunica primero contigo mismo y sólo después con otros, que somatiza tus líos de forma única y tú mejor que nadie eres el que mejor los puede entender”.

El cuerpo tiene una forma sencilla de comunicarnos lo que nos está sucediendo, pero la forma en que vivimos con él no nos ayuda a escuchar los mensajes que nos da, por ello la importancia de vivir el cuerpo desde dentro, pues el ir viviendo de esta manera nos lleva a una búsqueda de autocomprensión ya que vamos entendiendo al cuerpo y sus conexiones. Vamos entonces siendo capaces de entender lo que nuestro cuerpo va formulando para comunicarnos, pero desde antes de que los símbolos que utiliza aparezcan. Con esto daríamos paso a la entrada de conceptos que normalmente separamos, como la *salud* y la *enfermedad*, y entonces podemos ir teniendo un registro de la realidad significativa lo que nos permitiría tener una fuente de análisis de crecimiento y de cambio, es importante no perder de vista que el conocimiento que vamos obteniendo es desde dentro de nosotros, desde lo que se siente, sin la intervención de los patrones aprendidos, solo guiarnos por todas esas sensaciones experimentadas al interior. Y entonces, como lo dice Keleman (1997, p. 18),” si eres un cuerpo vivo, nadie puede decirte cómo has de sentir el mundo. Y nadie puede decirte qué es la verdad, pues tú mismo la sentirás. El cuerpo no miente”.

Es importante la toma de conciencia de nuestro cuerpo, ya que al entender su lenguaje estamos entendiendo la vida misma que nos sucede, nuestro comportamiento va cambiando y las conductas que presentamos ante situaciones específicas (como podrían ser la salud y la enfermedad) van haciéndonos comprender nuestras sensaciones, expresiones, emociones y deseos y, sobre todo, vamos estableciendo un mejor contacto con nosotros mismos; nos permite también establecer nuevos contactos con los otros.

Como seres humanos debemos aceptar que tenemos un cuerpo, que somos un cuerpo e incluso que nuestra única verdad objetiva y concreta consiste en ser un cuerpo. Al final, cuando no tomamos en cuenta a nuestro cuerpo y decimos de nosotros mismos que somos pensamiento, sentimiento y raciocinio, sólo lo decimos para hacernos, para inventarnos. Y claro que somos eso y más, y aunque la mayor parte de las veces no es posible, es esencial sentir en nuestro cuerpo quiénes somos, qué somos, porque justamente es el cuerpo el que se encarga de decir nuestra identidad y cómo nos sentimos sin necesitar de las palabras para expresarlo.

### **2.3.2 La Mente**

Para poder hacer una delimitación funcional del tema de la *mente*, es necesario saber a qué nos referimos. Según Dorland (1993, p. 470), “la mente es la facultad o función del cerebro por medio de la cual el sujeto se percata del medio que lo rodea y de su distribución en el espacio y el tiempo, que le permite además experimentar sentimientos, emociones y deseos, lo mismo que prestar atención, recordar, razonar y decidir”.

Para poder tener una mente sana, que pueda experimentar de una manera optima los sentimientos, emociones y deseos así como para cooperar en la creación de un pensamiento claro y útil y poder prestar atención, recordar, razonar y decidir, es necesario conocer las cuatro cualidades básicas que caracterizan una mente sana:

- **Potencia mental:** Es la capacidad de concentrarse cuando uno lo desea, con toda la intensidad que se quiere y durante todo el tiempo que se quiere.
- **Flexibilidad mental:** Es la capacidad de pasar de un modo de pensamiento a otro. Con esto se flexionan los conceptos, se cambia el

rumbo de las ideas y se lleva a la *mente* a adoptar posturas no habituales, a fin de explorar posibilidades nuevas.

- **Resistencia mental:** Es la capacidad de mantener a un nivel incrementado de actividad sin distraerse ni desalentarse. Es la capacidad de persistir, de llegar al final del recorrido.
- **Coordinación mental:** Es la posibilidad de dirigir el pensamiento, de tal modo que le permita ocuparse de varias cosas a la vez, mantenerse equilibrado frente a la incertidumbre, aprender por el simple amor al conocimiento y aspirar a ideales más altos.

Es evidente que lo anterior nos permitirá ejercer y mantener en forma todos aquellos elementos que la *mente* lleva a cabo de manera funcional y desde su punto de vista aislado; sin embargo, tanto la *mente* como el cuerpo no son entidades separadas si no que están en relación con todo lo demás que compone a un ser humano, entonces nuestro trabajo es conocer de qué manera ella se relaciona con todo el organismo y conocer cómo se va formando en los individuos.

Finkler (1986, p.19- 20) señala que “la vida mental comienza por las sensaciones. Estas son determinadas por estímulos recibidos por los órganos internos y externos (los sentidos). Las sensaciones pasan a través de los conductos nerviosos para poder desembocar en el tronco encefálico. Ahí son sumariamente seleccionadas y enviadas a los centros corticales correspondientes. En estos centros son interpretadas y reciben un sentido significativo para el sujeto con el nombre de percepción. La percepción representa, además, el primer impacto significativo de una realidad objetiva cualquiera sobre la sensibilidad cognoscitiva del hombre. A consecuencia de este impacto, el sujeto hace suya la experiencia subjetiva de una realidad. A partir de las percepciones, el córtex cerebral elabora realidades cognoscitivas más complejas, que llamamos ideas, pensamientos,

conceptos, fantasías, representaciones y demás. El producto elaborado es tanto más rico cuanto mayor es la inteligencia. Se puede expresar mediante el lenguaje verbal o no verbal para comunicarlo a otros”.

Expresar ideas, pensamientos, raciocinios, le permite también a la persona organizar de forma racional su universo interior a través de proyectos y de la elaboración de los mismos en el espacio y en el tiempo.

“El pensamiento lógico y el raciocinio constituyen el ápice de la actividad mental e intelectual propiamente dicha. Son resultado de la combinación inteligente de imágenes, ideas, fantasías y recuerdos. De la cualidad de las ideas, imágenes, fantasías, conceptos y recuerdos y de la inteligente combinación de tales elementos deriva la cualidad del pensamiento, este es otro elemento que compone a la mente”. (Finkler, 1986, p. 20)

La *mente* tiene una serie de elementos básicos que van conjugándose para que el ser humano adquiera las experiencias de su medio, es necesario no perder de vista la importancia que ella tiene en cuanto a que la actitud interior tiende a expresarse en forma de actitud exterior y todo esto comienza desde la percepción que primero surge como producto de la elaboración elemental de las sensaciones, para luego poder darle significado.

Así la *mente* es un elemento importante para la interacción del ser humano y su medio.



### 2.3.3 Vida afectiva

El ser humano está estructurado con elementos que le van conformando su organismo así como su forma de ser e interactuar con el mundo. Él se distingue de los animales por ser un ser racional, pero también por poseer una *vida afectiva*. Este nivel de personalidad de los individuos es muy complejo; sin embargo, para poder entender la *vida afectiva* de los seres humanos es importante comprender los fenómenos psíquicos que componen la componen. Así, dentro de este aspecto encontramos cuatro tipos de fenómenos psíquicos: El humor o estados de ánimo, las emociones, los sentimientos y las pasiones.

La diferencia entre estos fenómenos psíquicos radica en su intensidad, persistencia y en la mayor o menor implicación de aspectos somáticos o cognitivos. Así, Gimeno-Bayón (1996, p.102) describe que:

- El *humor* hace referencia a estados de ánimos duraderos, muy ligados a afectos y ritmos biológicos. Constituye algo así como la atmósfera interior de la persona. También esta atmósfera puede ser influida o provocada por experiencias externas al sujeto.
- Las *emociones* consisten en experiencias afectivas intensas, pasajeras, bruscas y agudas, con un fuerte componente somático.
- Los *sentimientos* son estados afectivos más estructurados, complejos y estables que las emociones, menos intensos que éstas, y con menos implicación fisiológica.
- Las *pasiones* constituyen fenómenos afectivos que tienen la estabilidad del sentimiento y la intensidad de la emoción, y en los que se da una fuerte carga del nivel cognitivo.

Es preciso comentar que aún cuando los *sentimientos* tienen una menor implicación fisiológica, al momento de expresarlos se pueden hacer por un

fuerte comportamiento somático, lo que nos indica que las *emociones*, pero aún más los *sentimientos*, son los que estarán entrando en juego para el manejo de los efectos de la salud-enfermedad.

Cada persona tiene una peculiar organización de su vida afectiva. Esta originalidad depende en parte de su especificidad fisiológica y en parte de las experiencias vividas que le hacen interpretar la realidad decodificando los mensajes en forma peculiar. En el caso del *humor* básico de la persona, es esa tendencia a un estado de ánimo alegre o triste, las *emociones* normalmente se clasifican por las áreas según que hagan referencia a la vitalidad, a la individualidad de la persona o a su tendencia a trascenderse saliendo hacia fuera de sí mismo, las que les llaman *emociones transitivas*. También se habla de *emociones básicas* (presentes ya desde el nacimiento), que no necesitan de aprendizaje y son la rabia, el miedo y la alegría, esto según algunos autores y existen otros que añaden la tristeza, el afecto o la sexualidad.

Allport, (Citado por Gimeno-Bayón, 1996, p. 103), define la *emoción* como “un estado excitador del organismo y son signos de que las cosas no marchan bien o una seguridad de que se produce un repentino e inesperado progreso hacia un objeto”. Con esta definición queda claro que las emociones tienen una estrecha relación con las motivaciones ya que tanto unas como otras son fuentes de movimiento, como su etimología indica, y constituyen una fuerza energética psicofísica que nos impulsa hacia unos determinados comportamientos.

La respuesta emocional esta íntimamente ligada a la corporal, en especial al sistema nervioso periférico autónomo, al sistema endocrino y al sistema energético, e incluye manifestaciones somáticas específicas para cada emoción, que pueden consistir en reacciones de tipo circulatorio, secretoras, hormonales, respiratorias, vasomotoras e intestinales o gástricas.

También la *emoción* y el pensamiento se relacionan e interfieren mutuamente, aunque no se puede decir que una aparece y continúa otra o que haya una relación de causalidad fija, en realidad los tres niveles, somático, afectivo y cognitivo, interaccionan entre sí en forma compleja.

Los *sentimientos*, en tanto que estados afectivos persistentes, pueden aparecer como eco de las emociones, pero son distintos de éstas, que más que estados son movimientos que tienen su principio y final. Mientras las emociones son modos de sentirse afectado por el mundo exterior, el sentimiento es el modo en que nos proyectamos sobre él desde nuestra afectividad, es por ello que hacia una misma persona podemos sentir rabia y al mismo tiempo afecto y respeto por ella. Los *sentimientos* tienen un carácter más global que las *emociones* y en ellos unificamos vivencias subjetivas parciales. También los *sentimientos* se suelen clasificar por áreas temáticas. Lersch (citado por Gimeno-Bayón 1996, p. 104), los distingue según, se refieran a la experiencia de estar vivo (sentimientos de la vitalidad), de tener una realidad individual (sentimientos del Yo) o a la integración de un conjunto más vasto (sentimientos cósmicos).

En cuanto a la pasión se refiere, ésta se utiliza también para describir una emoción o afecto muy extremados hacia algo o alguien.

Los cuatro tipos de fenómenos afectivos se influyen mutuamente y van dotando a la experiencia interna de una coloración cambiante. En tanto el nivel afectivo escapa a nuestra elección consciente y nos aparece más bien como sobrevenido en mayor o menor grado, podemos intervenir en él sólo de manera indirecta, mediante decisiones que afectan al nivel somático o al nivel cognitivo.

La vida se convierte en una continua experiencia en la cual estamos haciendo, pensando y sintiendo, aunque nosotros conscientemente sólo nos

percatemos de un único hecho. Esto ocurre continuamente; la dinámica del proceso emocional se lleva a cabo cuando vemos que determinadas sensaciones procedentes del mundo exterior, abren en nosotros una dinámica neurológica que necesita ser complementada para ajustar nuestro organismo al desequilibrio creado por dicha sensación. Según Gimeno-Bayón (1996, p. 108), en el desarrollo del ser humano se distinguen cuatro emociones básicas que tienen un talante positivo y están puestas al servicio de la vida:

- El miedo, en tanto que respuesta psicofisiológica al peligro, sirve para alertarnos y preservar nuestra integridad mediante la huida.
- La rabia, como reacción psicobiológica ante el daño, nos impulsa a destruir a lo que causa ese daño para recuperar nuestro bienestar y autoconservarnos mediante la agresión.
- La tristeza, respuesta a la sensación de pérdida, nos lleva a la restricción de nuestros límites, mermados por el vacío de dicha pérdida y nos permite replegarnos en tanto que nos reajustamos a una realidad disminuida, mediante el encerramiento en nosotros mismos o aislamiento.
- La alegría, como reacción a la satisfacción, nos impulsa a expandirnos hacia delante en nuevos proyectos y contactos, a lanzar nuestra vitalidad hacia el crecimiento, mediante el movimiento de explosión.

En el sentido estricto de esta investigación, la vida afectiva tiene una importancia relevante para los procesos de salud–enfermedad, por ello es necesario hacer mención de que, para poder conservar la salud, o de alguna manera buscar el equilibrio, cuando la salud lo ha perdido se requiere desarrollar una *madurez emocional* que nos ayude en el proceso de la *homeostasis*. Para tener una *madurez emocional* no es preciso tomar al pie de la letra, todas las sugerencias instintuales que se hacen, pues si cada vez

que tenemos miedo, por ejemplo, escapamos corriendo, seguramente perderemos ocasión de hacer cosas interesantes. E igual ocurre con las respuestas instintuales correspondientes a las otras *emociones*. Lo que en un contexto primario es utilitario y positivo, puede ser limitador y destructivo en un ambiente más complejo, que necesita y ofrece otras opciones más sutiles e integradoras del bienestar individual y comunitario. A veces, será entonces adecuado inhibir las respuestas instintuales.

Pero la inhibición de esas respuestas y su sustitución por otras que cierren correctamente el proceso psicofisiológico que se abrió con la emoción, sólo se puede realizar en base a un correcto aprendizaje emotivo; ello es posible si se aprende bien a sustituir la respuesta instintual, mecánica, por otras como las siguientes:

- En lugar de *huir*, cuando se tiene miedo, se puede pedir protección o buscarla en su interior mediante el uso de sus recursos, o pedir que se le reafirme en su autoconfianza, según las ocasiones.
- En lugar de *agredir*, cuando se tiene rabia, se puede pedir al otro que cambie su conducta dañina.
- En lugar de *encerrarse en sí mismo* ante la pena de una pérdida, se puede pedir consuelo,
- En lugar de *explotar*, cuando se tiene alegría, se puede compartir con otros la satisfacción obtenida.

Para poder hacer esta sustitución es necesario un aprendizaje en el que vayamos conociendo todas las partes que nos integran como seres humanos; también es necesario integrar a este aprendizaje una serie de valores los cuales tienen que ir en relación con la petición de protección, la aceptación de los propios límites, la petición de cambio de conducta dañina, la aceptación de los límites propios y ajenos, la petición de consuelo, la aceptación de los límites de la vida -en especial con la aceptación de la

muerte- y, finalmente, en relación con el compartir, la aceptación del valor propio y el ajeno.

En consecuencia, puede existir en la vida del ser humano un aprendizaje distorsionado y, por lo tanto, no tener una madurez emocional adecuada que, además, contribuya a que la enfermedad se genere o se mantenga. Estos aprendizajes son adquiridos, en la mayoría de las ocasiones, desde la infancia pues en la familia se observa qué clase de expresiones emocionales son toleradas, premiadas, prohibidas o ignoradas. Cada familia tiene su cultura emocional propia, además de la típica de cada país. Así, algunas de estas distorsiones emocionales que se generan en los individuos y alteran el equilibrio mental y corporal son las siguientes (Cfr. Gimeno-Bayón 1996, p. 114):

- No tener la capacidad de tomar conciencia de las sensaciones, o de alguna de ellas. Es un nivel muy profundo y poco frecuente.
- No tener conciencia de las emociones. Es esa persona catalogada como fría, que no siente. Es como si hubiera cerrado la llave general del sistema afectivo a raíz de aprendizajes restrictivos o experiencias traumáticas. El caudal emotivo se desvía a los otros niveles: hacia el movimiento corporal externo o la agitación física de la persona activista, bien hacia la agitación mental, o hacia la somatización si se desvía hacia la autoagresión corporal.
- No tener conciencia de alguna de las emociones básicas. La decisión inconsciente de suprimir las que eran prohibidas ha llevado a la persona a la pérdida de capacidad para identificarlas. También aquí el caudal retenido se desviará a la agitación mental o física o a la somatización; aunque también puede desviarse hacia otra emoción básica permitida, que se hará desproporcionadamente grande, o hacia

otro tipo de emoción diferente como los celos, la vergüenza, la culpa, la ingratitud, entre otras, que no corresponda a la situación presente.

- No expresar las emociones, o algunas de ellas, aunque se tiene conciencia de las mismas. Aquí la persona está menos bloqueada, puesto que el proceso llega más lejos sin interrupción, pero sus relaciones quedan limitadas a disfrazar u ocultar facetas importantes de su afectividad por miedo al rechazo o como medio de manipulación inconsciente.
- No actuar las emociones, a alguna de ellas. Aquí la persona se permite incluso la expresión verbal emocional pero no la actividad correspondiente a cada una de ellas.
- Descontrolarse emocionalmente. La persona actúa de forma desproporcionada, destructiva o inadecuada al contexto.
- Retraerse. Lo que comúnmente se conoce como engancharse en alguna situación emocional no resuelta en el pasado, cuando un estímulo presente evoca aquel momento. La persona responde a lo que ocurrió y no a lo que ocurre, confundándose y confundiendo.
- La persona que fabrica sentimientos manipulativos mediante la búsqueda de sensaciones que corresponden a un tipo de emoción o emociones. Aquí la emoción pierde fuerza somática y gana en estabilidad.

Todas estas distorsiones suelen ser vividas por el sujeto con toda inocencia, tomándolas como experiencias básicas y genuinas sin conciencia alguna de su manipulación. En su origen fueron la respuesta inteligente de un niño que tiene pocas opciones y quiere lograr su equilibrio orgánico, evitando el dolor y buscando el bienestar.

## **2.4 La experiencia: una visión del cuerpo-mente-vida afectiva**

Para poder abordar la relación que existe entre los niveles que forman al ser humano, es importante tener una base que nos permita observar al individuo en estos diferentes niveles y de manera conjunta, y es en la experiencia cotidiana que se muestra nuestra conducta e integra todos esos niveles en forma dinámica insertándolos en el tiempo. Esta experiencia que se abordará es la sugerida por la gestalt, ya que es esa noción de *íntegro, completo*. Esta orientación se refiere a la gestalt como la unidad definitiva de experiencias, que incluyen la parte física que depende de la percepción de nuestro cuerpo, por supuesto sin hacer a un lado la parte referente a la mente y su vida afectiva.

En la gestalt, refiere González Núñez (1999, pp.89-90), “la experiencia es la que permite al individuo entrar de nuevo en contacto con su ser rechazado. No basta saber en el sentido de explicar; para que la persona conozca su propio poder, llegue a confiar en sí misma, conduzca a lo que realmente es, se enfrente de manera eficaz al mundo sin renunciar a lo que es valioso, hay que ofrecerle experiencias”.

### **2.4.1Ciclo de la experiencia**

“Los individuos son seres dinámicos, inteligentes, organizados y creativos, con una energía propia que le permite actuar en forma individual, con un conjunto sistematizado de expectativas elaboradas a partir de la propia experiencia, preparado para dar respuestas que pueden ser somáticas, emocionales, cognitivas, motrices, entre otras y que tienden a confirmar la experiencia anterior. Cada ser humano es un sistema abierto, concreto, irrepetible, con su propia personalidad y su capacidad de cambio,



en la búsqueda de su propia autorrealización”. (Gimeno-Bayón, 1996, p. 149-150)

Las cualidades anteriormente descritas, hacen que el ciclo de la experiencia sea posible; entendemos por ciclo de la experiencia aquel proceso dirigido a lograr el objetivo final de la necesidad de ese momento, remite al contacto, implica vivencia y resolución total de algún asunto inconcluso y consta de varias etapas, en las que se puede apreciar la relación del cuerpo-mente-vida afectiva de un individuo.

Las fases del ciclo de la experiencia y sus implicaciones son las que se describen a continuación (Cfr. Gimeno-Bayón, 1996, pp. 153-157):

**A. Fase de sensaciones:** El proceso se inicia a partir de un conjunto de estímulos o información del interior o del exterior, esta información es captada por los sentidos (cuerpo) formando una sensación a nivel corporal.; la información no interesante se pierde o se archiva como potencial que se retoma más tarde (mente). Las sensaciones procedentes del interior pueden partir de un desequilibrio en la *homeostasis* física (cuerpo) o como falta de cariño, de atención y otras, convirtiéndose el cuerpo una caja de resonancia de todo nuestro ser. La selección de información puede ser consciente o inconsciente (mente). El conjunto de sensaciones aparece como un todo global experiencial.

**B. Fase de percepción o toma de consciencia:** Las sensaciones (cuerpo), son interpretadas y se les atribuye un significado determinado (mente-vida afectiva). En la atribución de significado está implicada la identificación como correspondiente a una necesidad o

deseo que suponemos subyace, el nivel cognitivo con la interpretación (mente), y el movimiento afectivo con la emoción (vida afectiva), interaccionan juntos (mente-vida afectiva).

**C. Fase de implicación y valoración:** Se realiza una jerarquización y se valora los distintos procesos de manera consciente o inconsciente; establece prioridades (mental); se realiza una movilización emocional de los procesos cognitivos y elementos valorativos para la satisfacción de los deseos y necesidades (mental-cuerpo-vida emocional).

**D. Fase de planificación y movilización para la acción:** Se realiza una identificación de las distintas opciones que se tienen para la solución y se elige alguna, se utilizan elementos emotivos como la excitación, la pulsión y los sentimientos, así como cognitivos y energéticos, como la imaginación, además de elementos volitivos. Es en esta fase donde se hace la elección del modo concreto de satisfacción de la necesidad o deseo, en base a las expectativas o marco de referencia anticipatorio del individuo (mente-cuerpo-vida afectiva).

**E. Fase de realización praxica de la acción:** Se lleva a cabo el establecimiento de un contacto concreto; es la realización praxica de la acción, propiamente dicha, esta puede ser muy complicada como la negación de lo que sucede o muy simple como el hecho de mirar, tocar u oler. Se trata de realizar un cambio que puede ser interno - como el frenar el hambre-, externo -como peinarse- o mixto -como la

necesidad de comunicar y compartir con otros (mental-corporal-vida afectiva)-.

**F. Fase de realización o contacto:** Encuentro intenso entre un aspecto del ambiente y el sujeto (corporal). Es el momento central del proceso ya que es el contacto concentrado y ajustado entre el organismo y ambiente que permitirá el logro del deseo o la satisfacción de la necesidad; existe además una vinculación significativa, fusión o intercambio comunicativo (mental-corporal-vida afectiva).

**G. Fase de satisfacción:** En esta fase se ha obtenido justamente aquello que se deseaba o necesitaba y tanto la necesidad como el deseo dejan de presionar, es el momento de calma, de equilibrio (*homeostasis*), de relajación; se hace conciencia de la satisfacción pues se ha logrado el objetivo (mental-corporal-vida afectiva).

**H. Fase de finalización del proceso:** Es el momento de retirada natural de la energía, abandono del contacto, de alejamiento y separación; comienza el fluir normal y sano, espontáneo cuando la satisfacción ha tenido lugar a la finalización de un proceso, después surge otra sensación, necesidad o deseo que se manifestara en forma de motivación o vibración y que iniciará un nuevo proceso (mente-cuerpo-vida afectiva).

## **2.4.2 De la enfermedad corporal a la salud mental**

La enfermedad corporal es una oportunidad de crecimiento y aprendizaje para el ser humano; para que esta enfermedad se convierta en aprendizaje es necesario tomar conciencia de lo que sucede cuando nuestro cuerpo enferma y todas las implicaciones estructurales del organismo que entran en el desarrollo de ésta.

La enfermedad lleva cierto proceso para desarrollarse, primero el individuo está sometido a un conflicto externo, el cual se convierte inmediatamente en un conflicto interno.

Siguiendo a Fléche (2005, p.50). “Nuestras vidas cotidianas están llenas de conflictos, más o menos importantes, más o menos dramáticos, esta abundancia es comparable a la siembra de estrellas en el cielo nocturno, donde se forman constelaciones. Es evidente que cualquier conflicto, no tiene por que causar una enfermedad”.

Para que un conflicto nos provoque enfermedad es necesario que afecte a todas las realidades del ser vivo, esto quiere decir que tienen que verse afectada la parte corporal, mental, vida afectiva y la energética.

El conflicto tiene un aspecto dramático, pues es algo que desequilibra al ser humano, lo estresa; se trabaja en el interior, a veces de manera inconsciente, aunque lo hace sin pausa y estalla antes de lo que uno puede pensar. También tiene un aspecto inesperado ya que se convierte en una desagradable sorpresa para la que nadie está preparado; es subjetivo e incontrolable, aparece en un instante, pero nos enfermamos lentamente. Hay un antes y un después, es decir, que quizá la persona sí pueda visualizar la situación pero no es posible saber la manera en que se vivirá. Ocurre también la existencia de un silencio emocional sobre el conflicto, por

una razón o por otra; el sentimiento unido a él se vive a solas, pues se suele compartir el conflicto mismo, pero el sentimiento, el cómo nos sentimos, es lo que no compartimos o expresamos y entonces queda en nosotros y sólo para nosotros.

Dice Fléche (2005, p.50) “Hay personas que tienden a no expresar sus problemas por educación, porque quieren solucionarlos solos, para no molestar a los demás o porque tienen la creencia que no deben exteriorizar sus problemas”.

Todo lo anterior son creencias que ponen en muchas dificultades y que aíslan a la persona en cuestión, es una ley fundamental: lo que no se expresa se imprime.

Es importante expresar lo que se experimente como resultado de las emociones generadas por el conflicto, que muchas veces, también por nuestra educación y cultura, no expresamos, ya que al bloquear el sentimiento, experiencia o información se genera el desencadenamiento de enfermedades.

Una opción importante para poder expresar esas experiencia, como lo indica Goleman (1997, p. 52) es la amistad; “Otro estado mental muy importante es la amistad o, en términos psicológicos, la conexión social; hasta que punto una persona tiene muchos amigos o personas que le proporcionan apoyo emocional”.

Continuando la idea de Fléche (2005, p.51) “La importancia de la palabra es notable, somos el conjunto de nuestras palabras, y cualquier enfermedad es una palabra, no dicha por la boca, sino por el cuerpo, la palabra que es un poco virtual, tiene un poder real”.

El punto en cuestión es darle solución al conflicto ya que el conflicto genera un desequilibrio y la naturaleza se va preocupando por encontrar de nuevo la *homeostasis* perdida y por lo tanto dice Fleché (2005, p. 51): “El estado de salud no es precisamente un estado, sino un dinamismo, un movimiento de adaptación permanente o real, tenemos necesidades fundamentales que son estables, que no cambian, y existe una realidad exterior que cambia continuamente, por lo tanto, si no encontramos una solución consiente y voluntaria, la biología se encarga de encontrar una solución inconsciente e involuntaria”.

Con todo lo descrito anteriormente se puede señalar que la enfermedad corporal nos puede llevar hacia una salud mental ya que, cuando un individuo se encuentra enfermo corporalmente, sucede todo ese proceso anteriormente descrito, sin embargo el individuo no es consciente de él, y sucede que sólo hace consciencia de una realidad presente: el hecho de que está enfermo. Si el individuo comienza a indagar en la búsqueda del conflicto entonces encontrará el tipo de solución que le dio a éste, y que evidentemente no fué el más adecuado, lo cual lo llevo a no resolverlo a nivel mental y afectivo traduciéndolo en enfermedad.

Una vez que el individuo es consciente de esto comenzará a buscar alternativas que lo lleven a obtener mejores soluciones, lo cual estará dando un equilibrio mental -por ende también a nivel corporal- y posteriormente la eliminación de las enfermedades. Por supuesto, esto no es un proceso sencillo, pues se requiere de un aprendizaje constante y un cúmulo de experiencias en torno a lo que sucede en cada ciclo de experiencia que se realiza durante la vida.

Otra forma de oportunidad que la enfermedad corporal presenta, para tener una salud mental, es aquélla en la que los síntomas se convierten en una llamada de atención; si dicha llamada no es atendida se convierte en

una enfermedad o en una complicación de la enfermedad. Al respecto Dethlefsen & Dahlke (1998, p. 19) refieren que “cuando en el cuerpo de una persona se manifiesta un síntoma, éste (más o menos) llama la atención interrumpiendo, con frecuencia bruscamente, la continuidad de la vida diaria. Un síntoma, es una señal que atrae la atención, interés y energía y, por lo tanto, impide la vida normal; un síntoma nos reclama atención, se quiera o no. Esta interrupción que nos parece llegar de afuera nos produce una molestia y desde ese momento no tenemos más que un objetivo: eliminar la molestia; el ser humano no quiere ser molestado, y ello hace que empiece la lucha contra el síntoma; la lucha exige atención y dedicación: el síntoma siempre consigue que estemos pendientes de él”.

Lamentablemente la educación y la cultura provocan que los individuos no tengan la consciencia de este llamado, entonces se asiste al médico para atender esos síntomas y de alguna manera silenciar al cuerpo sin poner el mínimo de atención a lo que éste nos está diciendo. Es evidente que un síntoma es el resultado del lenguaje del cuerpo el cual pugna por la indagación, para entonces eliminar la causa y no el síntoma; es entonces necesario fijar la atención en lo que pudiera estar generando el síntoma, es ir más allá del mismo síntoma.

Dethlefsen & Dahlke (1998, p. 21) lo resumen especificando que la enfermedad es un estado que indica que el individuo, en su conciencia, ha dejado de estar en orden o armonía.

Una vez que el individuo tiene el conocimiento de lo que en realidad es el síntoma, se presenta la oportunidad de poder equilibrar su estado mental que lo lleve a obtener experiencias que le den recursos para entender los conflictos de su mente traducidos en un lenguaje de su cuerpo. Según Guevara Escobar (2007, p. 9) existen tres importantes lenguajes que el ser humano requiere aprender:

1. *El lenguaje de la razón*, que nos facilita la comunicación intersubjetiva, que a su vez nos permite comunicarnos con otros individuos y comprendernos, nos aporta el tesoro de la comunicación intersubjetiva.
2. *El lenguaje de las emociones* que nos aporta dos grandes tesoros, la felicidad y el éxito, como lo sostienen los estudios de la inteligencia emocional; con él aprendemos a dar uso inteligente a cada una de las emociones que sentimos.
3. *El lenguaje del cuerpo*, éste nos proporciona el gran tesoro de la salud.

Por tanto, si aprendemos a prestar atención a las señales o síntomas de nuestro cuerpo, podemos aprender de una enfermedad algo que nos ayudará a alinearlos de nuevo con nuestro potencial de bienestar.

Un factor importante en el dinamismo de la salud-enfermedad son los estados mentales que, por lo regular, dirigen el estado emocional de los individuos. Goleman (1997, p. 44) refiere que “el nuevo descubrimiento de los últimos cinco o diez años es que los estados mentales pueden afectar la fuerza del sistema inmunitario y cardiovascular; los estados aflictivos que se han estudiado son la ira o la hostilidad y la depresión, que no solo incluye la tristeza, sino también la autocompasión, la culpa y la impotencia; que abarca la agitación, el nerviosismo y la ansiedad; y la represión o la negación de la ansiedad. Los estados benéficos son la calma, el optimismo, la seguridad, la felicidad y la bondad”.

Lo anterior ayuda a vislumbrar otra alternativa entre salud-enfermedad ya que, si un individuo durante su vida presenta constantes enfermedades que lo hacen frenar consecuentemente su vida cotidiana, sería necesario que, más que revisar las causa de sus frecuentes enfermedades, revise los estados mentales en los que más frecuentemente se encuentra su vida



afectiva, pues si encuentra un equilibrio en el manejo de sus estados mentales, utilizando o incorporando aquellos que proporcionan estados benéficos, entonces su cuerpo mejorará y tendrá un bienestar mental adecuado.

El estado en el que nuestro cuerpo se encuentre, será otro factor que repercute en la salud mental, al respecto Tony Buza (2004, p.151) refiere que “solo a finales del siglo XX se realizó el asombroso descubrimiento que reveló la íntima conexión de cuerpo y mente. Un vínculo caracterizado por una total y compleja integración: lo que afecta a tu cuerpo repercute profundamente en tu cerebro y viceversa”.

Así, si un individuo entrena su cerebro, influye positivamente sobre su cuerpo, y si entrena su cuerpo, influye positivamente sobre su cerebro. Para poder tener un cuerpo sano es necesario contemplar la forma física que el cuerpo posee, este se apoya sobre cuatro puntos importantes: La postura, el ejercicio aeróbico, la flexibilidad y la fuerza.

Postura: Una postura correcta representa el perfecto equilibrio del cuerpo - que consiste en una alineación del esqueleto-, permite la fluidez de movimientos y proporciona una sobredosis de energía vital. A menudo se habla de estado de reposo equilibrado para indicar la postura que nos permite pasar rápidamente de la inercia a la acción, o de una actividad a otra, teniendo una respuesta de nuestro cuerpo más acertada; nuestro estado mental permanece en un mejor estado de equilibrio.

Ejercicio aeróbico: Existe una relación fundamental entre el entrenamiento físico, la estabilidad emocional y el estado de alerta en la mente. En primer lugar, potenciar la resistencia física hace que el cuerpo sea menos propenso a cometer errores, mentales o físicos; una buena oxigenación y bienestar físico permiten un buen estado psicológico.

Flexibilidad: Tener un cuerpo flexible significa poseer unas articulaciones que se puedan mover libremente en todas direcciones para las que han sido diseñadas. La flexibilidad del cuerpo facilita también la transmisión de los mensajes del sistema nervioso a todas las áreas de tu organismo, sin encontrar los obstáculos provocados por la rigidez muscular y la tensión.

Fuerza: La fuerza muscular es un elemento fundamental de tu salud y consiste en la habilidad de todos los músculos y sistemas musculares; la fuerza ayuda a fortalecer los huesos, mejora la funcionalidad, potencia las capacidades para desarrollar cualquier tarea física durante la rutina diaria, reduce las probabilidades de lesión, aumenta la autoestima, suscita el respeto a los demás y aumenta el bienestar mental.

Con lo anteriormente descrito, se puede apreciar que, de igual manera que la mente influye en nuestro cuerpo, también tenemos la posibilidad de mantener un estado óptimo de salud mental a través del cuerpo, y así poder ir avanzando siempre en el conocimiento y las posibilidades que poseemos como seres humanos.

Todas las proposiciones que se pueden hacer con respecto a la enfermedad corporal como una alternativa a la salud mental, se encierran en no dividir al ser humano, sino verlo como una totalidad inseparable, como bien lo refiere Acevedo (verano 2007, p. 7), “el enfermo no es simplemente un cuerpo y ni siquiera un simple ser viviente, es una persona, es decir, un ser dotado de espiritualidad, inteligencia, concepto de sí mismo y del mundo, con un proyecto de vida y con una responsabilidad frente a su propio destino y de su entorno. El enfermar del hombre no es la avería de una máquina, de ahí la necesidad de ocuparse de las distintas dimensiones del enfermar humano”. “Si no soy dueño de mis sensaciones no puedo procesar mis sentimientos” Héctor Salama Penhos.

## **Capítulo III: Metodología de la investigación**

### **3.1 HIPÓTESIS**

Hipótesis de investigación: Los recursos emocionales que manifiestan las personas de edad adulta intermedia con enfermedad corporal recurrente sí contribuyen a su salud mental.

Hipótesis nula: Los recursos emocionales que manifiestan las personas de edad adulta intermedia con enfermedad corporal recurrente no contribuyen a su salud mental.

### **3.2 VARIABLES**

**VI:** Enfermedad corporal recurrente

**VD1:** Recursos emocionales

**VD2:** Salud mental

**VD3:** Edad adulta intermedia

### **3.2.1 DEFINICIÓN DE VARIABLES**

VI: Enfermedad corporal recurrente: Se refiere a cualquier desviación o alteración de la estructura o la función normales de una parte, órgano o sistema del cuerpo, que se manifiesta por un conjunto característico de síntomas y signos cuya etiología, patología y pronóstico pueden conocerse o ser desconocidos. La enfermedad recurrente tiene como característica particular que sólo se puede controlar, más no tiene cura, normalmente sigue un patrón genético no modificable.

VD1: Recursos emocionales: Se refiere al capital dinámico y energético que poseen las personas, y que son útiles para la resolución de problemas y el enfrentamiento de crisis cuando éstas aparecen. Los recursos emocionales son aquellos que van a dar la pauta a que el ciclo de la experiencia se resuelva de una manera adecuada.

VD2: Salud mental: Se refiere al bienestar emocional y psicológico del individuo, en el cual éste puede utilizar sus capacidades cognitivas y emocionales, funcionar en sociedad y resolver las demandas ordinarias de la vida diaria.

VD3: Edad adulta intermedia: En sentido cronológico, es la edad de un ser humano comprendida entre los 40 y 65 años de edad.

### 3.3 DESCRIPCIÓN DE LA METODOLOGÍA (FORMA Y TIPO)

En la presente investigación se utilizará una *metodología cualitativa*, ya que el tema y el objetivo planteados sólo se lograrán con esta herramienta. Hernández, Fernández y Baptista (metodología de la investigación, capítulo 3) definen a la *metodología cualitativa* como un “conjunto de prácticas interpretativas que hacen al mundo visible, lo transforman y lo convierten en una serie de representaciones en forma de observaciones, anotaciones, grabaciones y documentos y que tiene por meta, describir, comprender e interpretar los fenómenos, a través de las percepciones y significados producidos por las experiencias de los participantes”.

El tema central de investigación elegido se refiere a los recursos emocionales que poseen personas enfermas. La temática en cuestión tiene un carácter subjetivo, la forma metodológica *naturalista e interpretativa*, arrojará datos para la comprensión de este trabajo, ya que evalúa el desarrollo natural de los sucesos, en lugar de iniciar con una teoría particular. Además, estudia el mundo social y en este proceso desarrolla una teoría consistente en observar lo que ocurre, por lo que, mediante este estudio la realidad se define a través de las interpretaciones de los participantes de la investigación con respecto a sus propias realidades.

Otra razón por la que se opta por utilizar esta forma metodológica es que por las características del tema elegido en esta investigación no es posible obtener datos estadísticos que nos sean de utilidad para cubrir los objetivos; será más fructífero aplicar la forma cualitativa a éste ya que así se podrá explorar de manera dinámica los rasgos que se buscan en las personas implicadas en la investigación y obtener una perspectiva general del tema de estudio planteado.

En la investigación cualitativa el investigador se enfoca, como lo señalan Hernández, Fernández y Baptista en las vivencias de los participantes, manifestadas a través de experiencias, emociones, significados y otros aspectos subjetivos. De esta manera se introduce en las experiencias individuales y por medio de eso el investigador construye realidades y sobre todo llega al conocimiento. Su propósito consiste en reconstruir la realidad tal y como la observan los actores de un sistema social previamente definido, por lo que el tipo de diseño de investigación elegido para este trabajo será narrativo, el cual consiste básicamente en obtener datos de las historias de vida y experiencias de las personas implicadas en la investigación, para posteriormente describirlas y analizarlas.

Si consideramos que el tema de investigación del presente documento trata primordialmente de los recursos emocionales que manifiesta una persona enferma, entonces el diseño narrativo se convierte en el marco de investigación que más le beneficia, pues facilitará la inmersión inicial y profunda en el ambiente, estancia en el campo, recolección de datos, análisis de datos y generación de teoría.

Los diseños narrativos, como lo indica el autor arriba mencionado, tienen una diversidad de sistematizaciones que llevan a un estudio de este tipo, dentro de los cuales se estudian pasajes o épocas de la historia de vida de los participantes. Para obtener los datos que se requieren, es necesario indagar en los participantes, su historia de vida a partir de que la enfermedad se vuelve recurrente, así como la manera en que han vivido esta parte. Para obtener los datos, el diseño narrativo propone alternativas de técnicas de investigación que serán elegidas para la recolección de información veraz, de tal manera que sea de utilidad para el proceso de triangulación.

### 3.4 POBLACIÓN Y MUESTRA

La muestra sobre la cual se recolectarán los datos, se ha elegido conforme a las características que se quieren conocer del tema planteado. Como anteriormente se hizo referencia, el problema de investigación es de carácter subjetivo, por lo que los datos que se obtuvieron son directamente de las experiencias generadas en el transcurso de la vida de los individuos que participaron.

Para hacer la invitación a los participantes en esta investigación fue necesario también que la muestra se convierta en homogénea por lo cual se seleccionaron voluntarios con características específicas que apuntaran a lo que se pretendía conocer del problema.

Las características específicas que se requirieron de los participantes voluntarios fueron:

- Adultos en edad intermedia (45-60 años)
- Con enfermedad corporal recurrente
- Derechohabientes de la clínica del ISSSTE de Huejutla

Al obtener el primer contacto directo dentro del campo de trabajo, se seleccionaron 5 voluntarios los cuales cubrieron las características antes mencionadas y, por lo tanto, el perfil idóneo para la investigación. Para la selección se utilizó un formato de observaciones (ver anexo 1) en el cual se registraron los datos específicos del perfil de cada participante; la forma de registro se tomó de los ejemplos que señalan Hernández, Fernández y Baptista para los diferentes tipos de observación, dentro de la investigación. El objetivo del formato fue registrar los datos obtenidos del *lenguaje digital y*



*analógico* de los participantes; según la *teoría de la comunicación humana* de Watzlawick, el *lenguaje digital* es el aspecto relativo del contenido de la comunicación y se transmite a través de códigos, es el lenguaje verbal, mientras que el lenguaje *analógico* es el aspecto relativo a la relación, es el lenguaje no verbal que incluye no sólo los movimientos corporales, sino posturas corporales, miradas, gestos y estados emocionales.

Los datos de las observaciones que se obtuvieron de los participantes fueron los siguientes:

## OBSERVACIÓN INICIAL

Estudio sobre las emociones que manifiestan las personas de edad adulta intermedia con enfermedad corporal recurrente y que contribuyen a su salud mental.

Objetivo: Identificar a los sujetos que participarán en esta investigación, observando sus manifestaciones emocionales y su lenguaje, tanto digital como analógico, dentro del consultorio médico.

Participante 1:

Fecha: 6 de marzo de 2009

Hora: 11:00 A.M

Observación número: Uno

Participantes: médico, enfermera, paciente (G.L.G) y observadora.

Lugar: Consultorio de cirugía general de la Clínica Hospital ISSSTE de Huejutla.

1. Temas principales. (Resumen de lo que sucede durante la consulta médica): En cada consulta de este servicio el médico realiza el mismo procedimiento, el cual consiste en la revisión del expediente del paciente próximo a entrar. En esta ocasión se trata de una paciente de sexo femenino de 58 años de edad, de tez blanca, cabello rizado y corto, de estatura media con edad aparente de acuerdo a la edad cronológica, con buen estado de higiene personal y vestimenta acorde a la edad y sexo. Después de que el médico realiza una serie de preguntas del estado general de salud de la paciente, éste refiere que se tiene que llevar a cabo una cirugía para la extracción de cálculos biliares. La paciente manifiesta en su rostro cierto relajamiento porque será operada, esto pronto cambia cuando se le informa que será en un tiempo aproximado de tres meses. Ella hace una serie de muecas manifestando disgusto y dice que si ya esperó 15 años, 3 meses no son nada. La paciente presta mucha atención al procedimiento preoperatorio que el médico describe. Al término de estas indicaciones la paciente manifiesta una serie de gestos al tiempo que explica al médico sus síntomas ocasionados por otra enfermedad. El tono de voz empleado y sus movimientos reflejan necesidad de tranquilidad, a lo que el médico responde dándole un nuevo medicamento para el control del cuadro presentado. La paciente hace una serie de

preguntas que el médico y la enfermera responden amablemente y paulatinamente ella refleja menor ansiedad, deja caer su cuerpo sobre la silla, se incorpora de nuevo con la intención de expresar tranquilidad y a la vez, fuerza para seguir. Se levanta, da las gracias satisfecha por la consulta recibida y se despide.

2. Explicaciones o especulaciones, hipótesis de lo que sucede en el consultorio: La paciente entra al consultorio con una angustia que refleja en el cuerpo y en el tono de voz, además de referirlo en sus comentarios. El médico, al darse cuenta del tiempo esperado para su cirugía, trata de tranquilizarla otorgando una fecha de intervención, sin embargo, esta tranquilidad sólo es momentánea al saber que la cirugía se llevará a cabo 3 meses después. El médico, al no poder proporcionar otra alternativa a la paciente, opta por tranquilizarla con ayuda de información pertinente para el procedimiento quirúrgico. En realidad, ni el médico ni la enfermera atienden la parte emocional de la paciente, de alguna manera sólo dan paliativos que sirve como sostén aparente mientras la paciente puede ser atendida.
  
3. Explicaciones alternativas. (Reporte de la situación por parte de la enfermera): La enfermera refiere que la paciente es constante en sus consultas pese a los tiempos de espera entre una y otra cita. El médico observa a una paciente tranquila, y que su malestar reciente es provocado por una infección dolorosa, y que a pesar de contar con una serie de padecimientos no tiende a quejarse mucho en la consulta.

4. Siguiendo los pasos en la recolección de datos: Al tratarse de una paciente en edad adulta intermedia, con enfermedades recurrentes como epilepsia, diabetes, hipertensión, cálculos vesiculares y herpes, se convierte en un sujeto de estudio que cubre el perfil de esta investigación, por lo que se le invita a participar; al aceptar se comienza con entrevistas de historia de vida, para obtener datos que contribuyan a realizar la investigación.

5. Implicaciones de las conclusiones:

- Investigar qué recursos emocionales presenta la paciente y si éstos contribuyen a su salud mental.
- Determinar si es el dolor físico y emocional lo que esta paciente utiliza como recurso para poseer paciencia y fortaleza para continuar enfrentando la enfermedad.

Participante 2:

Fecha: 8 de marzo de 2009

Hora: 12:00 A.M

Observación numero: Uno

Participantes: Médico, enfermera, paciente (S.F.B) y observador.

Lugar: Consultorio de medicina interna de la clínica hospital ISSSTE de Huejutla.

1. Temas principales. (Resumen de lo que sucede durante la consulta médica): En este consultorio de medicina interna se revisan a los pacientes con enfermedades crónicas o que tienen un proceso largo de evolución y que se mantienen estables y en control. El procedimiento de consulta se realiza revisando el expediente para valorar el tratamiento que se tiene con el paciente y recordar el caso clínico del mismo, posteriormente se le pide al paciente que ingrese. En esta ocasión se trata de una persona del sexo masculino, tez morena, alto, aliñado, con vestimenta normal, con edad aparente acorde a la cronológica (48 años). El paciente entra saluda y se sienta, el médico le pregunta cómo se ha sentido y él con una mirada tranquila y una posición corporal que transmite serenidad responde que bien, que le han funcionado bien los medicamentos y que con el complemento de dieta que lleva, hasta ahora marcha bien. Se trata de un paciente con hipertensión y alcoholismo ambas enfermedades controladas, el médico le receta los mismos medicamentos, el paciente sin hacer preguntas y solo refiriendo que se siente bien, espera sus recetas, agradece la atención prestada y se retira.

2. Explicaciones o especulaciones, hipótesis de lo que sucede en el consultorio: Al ser un paciente con una enfermedad recurrente controlada, conoce el proceso que se lleva a cabo en las revisiones de rutina, por lo que se observa a un paciente tranquilo y conciso en la consulta, cerciorándose en todo momento que las indicaciones del médico no sean modificadas, se nota atento y observador. Le miden la presión, situación que no lo altera pues refiere que lleva un buen control, al obtener sus recetas, solo las revisa para llevar la cantidad exacta de medicamentos pide su próxima cita y se retira.
  
3. Explicaciones alternativas. (Reporte de la situación por parte de la enfermera): La enfermera refiere que el paciente normalmente viene tranquilo esperando buenos resultados en su visita médica, normalmente viene sólo por su buen control que lleva de la enfermedad; el médico refiere que se trata de uno de los pocos pacientes con los que el anclaje médico es bueno, pues hasta ahora el resultado de su estabilidad se debe al seguimiento constante de las instrucciones médicas pese a que fue un paciente irregular, ya que se atendía hasta el momento de llegar a urgencias con un descontrol total de la enfermedad
  
4. Sigüientes pasos en la recolección de datos: Al tratarse de un paciente en edad adulta intermedia, con enfermedades recurrentes como son la hipertensión y alcoholismo, se convierte en un buen sujeto de estudio; se le invita a participar en la investigación, al aceptar se comienza con entrevistas de historia de vida para obtener datos que contribuyan a realizar la investigación.

5. Implicaciones de las conclusiones:

- Investigar qué recursos emocionales presenta el paciente y si estos contribuyen a su salud mental.
- Si la disciplina lleva al paciente a mantener estable su enfermedad y qué recursos ha utilizado para pasar del descontrol al control de la enfermedad.

Participante 3:

Fecha: 17 de marzo de 2009

Hora: 12:00 p.m

Observación numero: Uno

Participantes: Médico, enfermera, paciente (T.H.D) y observador.

Lugar: Consultorio de medicina interna de la clínica hospital ISSSTE de Huejutla.

1. Temas principales. (Resumen de lo que sucede durante la consulta médica): En cada consulta de este servicio el médico realiza el mismo procedimiento, el cual consiste en la revisión del expediente del paciente próximo a entrar. En esta ocasión se trata de una paciente de sexo femenino de 52 años de edad, de estatura media, tez morena y cabello teñido y a medio rizar, con vestimenta humilde pero aseada y aliñada, con edad aparente mayor a la cronológica. La paciente tiene un diagnóstico de síndrome de ansiedad y dolor de cabeza crónico de 10 años de evolución. Ingresa al consultorio y se sienta manifestando

ansiedad, pues constantemente se truenan los dedos; le comenta al médico que no se le quita el dolor y le describe las características de la molestia señalando en cada una de las partes en donde éste se registra; mientras, el médico le cuestiona si tiene alguna preocupación que la mantenga en ese estado, a lo que ella responde que no; el médico hace un gesto y le comenta que en realidad ella medicamente no tiene nada y que su enfermedad es psicológica, a la paciente le cambia el rostro y hace una mueca de desconcierto y de insatisfacción por no obtener más información de lo que le sucede, el médico le da medicamento de control a lo que ella recibe con indiferencia, da las gracias y se retira diciendo que le gustaría saber qué enfermedad padece para sentirse mejor.

2. Explicaciones o especulaciones, hipótesis de lo que sucede en el consultorio: Se observa cómo a pesar de que el médico está convencido de que la paciente tiene una enfermedad somatomorfa, no disminuye de ninguna manera la ansiedad con que entra esta paciente, al contrario al ser tan tajante, aumenta en la señora aún más su estado de ansiedad al saber que no tiene nada; sin embargo sí le dan medicamentos lo que le hace pensar que puede seguir buscando por esta vía hasta tener un diagnóstico que tenga relación con la alteración de un órgano o sistema y no sea producto de su mente.
  
3. Explicaciones alternativas. (Reporte de la situación por parte de la enfermera): La enfermera refiere que la paciente lleva mucho tiempo asistiendo al médico y que la han canalizado con diferentes especialistas y actualmente no se le ha encontrado el origen de su



padecimiento, reportan que es producto de una ansiedad no controlada, y ningún médico la ha canalizado con el psicólogo.

4. Siguiendo pasos en la recolección de datos: Al tratarse de una paciente en edad adulta intermedia, con enfermedades recurrentes diagnosticadas de síndrome de ansiedad y dolor crónico progresivo, se convierte en un buen sujeto de estudio, por lo que se le invita a participar en la investigación; al aceptar se comienza con entrevistas de historia de vida para obtener datos que contribuyan a realizar la investigación.

5. Implicaciones de las conclusiones:

- Investigar qué recursos emocionales presenta la paciente y si estos contribuyen a su salud mental.
- Si la preocupación constante por encontrar una enfermedad física le impide ver la enfermedad, o la alternativa de salud en un proceso psicológico.

Participante 4:

Fecha: 19 de marzo de 2009

Hora: 11:00 A.M

Observación numero: Uno

Participantes: Médico, enfermera, paciente (M.R.F) y observador.

Lugar: Consultorio de medicina interna de la clínica hospital ISSSTE de Huejutla.

1. Temas principales. (Resumen de lo que sucede durante la consulta médica): En cada consulta de este servicio el médico realiza el mismo procedimiento el cual consiste en la revisión del expediente del paciente próximo a entrar. En esta ocasión se trata de una paciente de sexo femenino de 52 años con diabetes mellitus de 6 años de evolución, con estatura media, tez morena y cabello teñido, con edad aparente menor a la cronológica. Entra al consultorio y comienza a explicar sus malestares, se le observa nerviosa, ansiosa y con poca atención, no contesta las preguntas del médico, el cual ya enojado, le pide a la paciente que conteste única y específicamente lo que se le pide, se observa a la paciente con ansiedad y con la mirada evadiendo al médico, observando el techo todo el tiempo, le refiere al médico que tiene un dolor en los riñones él le comenta que no son los riñones; ella al referirse al dolor vuelve a repetir en 2 o 3 ocasiones que le duele el riñón, el médico la detiene en su discurso, “mire por eso se enferma diga que le duele la espalda por que allí le puede doler muchas cosa y no solo el riñón”; la paciente se observa molesta y opta por escuchar al médico, el cual le da una serie de solicitudes de

laboratorio y sus recetas, la paciente pide su próxima cita, el médico le pregunta si tiene problemas, ella responde que si, el médico hace gestos y solo le comenta que por favor no se preocupe por nada que eso no le ayuda y la despide, la paciente sale con gesto de conformismo.

2. Explicaciones o especulaciones, hipótesis de lo que sucede en el consultorio: Se observa a una paciente con demasiada angustia y ansiedad, reflejada en el discurso y en su expresión corporal, la cual aumenta al darse cuenta que el médico no le ayuda a calmarla sino al contrario la aumenta. Se le nota la necesidad de hablar de sus preocupaciones y estados emocionales utilizando como vía sus enfermedades, sin éxito alguno al ser limitada al consejo de no preocuparse por nada. La limitación en la expresión de las emociones conduce a las personas a encontrar respuestas que ayuden a disminuir su angustia momentánea, sin embargo, las emociones reprimidas se reflejan en las enfermedades corporales.
3. Explicaciones alternativas. (Reporte de la situación por parte de la enfermera): La enfermera refiere que el médico suele preocuparse por el aspecto emocional sólo en contadas situaciones, sin embargo el tiempo es una limitante para atenderlos de una manera individualizada. La paciente siempre suele querer hablar de sus problemas y no contesta lo que se le pide por lo que genera molestia en el médico.
4. Sigüientes pasos en la recolección de datos: Al tratarse de una paciente en edad adulta intermedia, con enfermedades recurrentes

como la diabetes mellitus, osteopenia y colesterol alto, se convierte en un buen sujeto de estudio, por lo que se le invita a participar en la investigación; al aceptar se comienza con entrevistas de historia de vida para obtener datos que contribuyan a realizar la investigación.

5. Implicaciones de las conclusiones:

- Investigar qué recursos emocionales presenta la paciente y si estos contribuyen a su salud mental.
- Si la enfermedad es vía para el equilibrio mental y opción para verbalizar las emociones y preocupaciones

Participante 5:

## OBSERVACIÓN INICIAL

Fecha: 18 de marzo de 2009

Hora: 11:00 A.M

Observación numero: Uno

Participantes: Médico, enfermera, paciente (L.M.F) y observador.

Lugar: Consultorio de cirugía general de la clínica hospital ISSSTE de Huejutla.

1. Temas principales. (Resumen de lo que sucede durante la consulta médica): En cada consulta de este servicio el médico realiza el mismo procedimiento el cual consiste en la revisión del expediente del paciente próximo a entrar. En esta ocasión se trata de una paciente de sexo femenino de 40 años de edad, tez blanca, cabello muy corto, de estatura baja, con edad aparente menor a la cronológica, con buen estado de higiene personal y vestimenta acorde a la edad y sexo. La paciente entra al consultorio y saluda con mucha seguridad, misma que refleja corporal y verbalmente; refiere al médico que se ha sentido muy bien y que está siguiendo todas las indicaciones. El médico revisa los estudios y la paciente comenta que ella es muy valiente y dedicada; solicita su cita, las recetas para el medicamento, da las gracias y se retira. Realmente es la consulta más corta observada hasta el momento. La paciente fue sometida a una operación para la extracción de un meningeoma y su tratamiento subsecuente es quizá de por vida.

2. Explicaciones o especulaciones, hipótesis de lo que sucede en el consultorio: La paciente entra al consultorio, saluda, se sienta, muestra una seguridad total, dominio de la situación y nada de angustia. Ha cursado la licenciatura en enfermería, situación que podría estar generando dicha seguridad pues, el saber de lo que está sucediendo la tiene en este estado; además, el éxito en una operación complicada requiere de un estado emocional óptimo el cual se refleja en el lenguaje corporal de la paciente, indicando un equilibrio mental satisfactorio.
  
3. Explicaciones alternativas. (Reporte de la situación por parte de la enfermera): La enfermera refiere que pese a la complicada intervención que tuvo la paciente, los resultados son muy buenos y, aunque la operación no se llevó a cabo en la clínica, se creía que su caso era muy difícil y quedarían demasiadas secuelas, sin embargo su estado emocional contó mucho para el éxito de ésta.
  
4. Sigüientes pasos en la recolección de datos: Al tratarse de una paciente en edad adulta intermedia, con enfermedad recurrente de: proceso de extracción de meningeoma, se convierte en un buen sujeto de estudio por lo que se le invita a participar en la investigación; al aceptar se comienza con entrevistas de historia de vida para obtener datos que contribuyan a realizar la investigación.

5. Implicaciones de las conclusiones:

- Investigar qué recursos emocionales presenta la paciente y si éstos contribuyen a su salud mental.
- Si son los recursos emocionales los que contribuyen al éxito del tratamiento y control de la enfermedad

### 3.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS

Para llevar a cabo la selección de instrumentos o técnicas que nos arrojarán los datos que cubran lo planteado en el problema de investigación, es necesario seguir el marco referencial de investigación, el cual fue descrito con anterioridad y corresponde a un diseño narrativo; de acuerdo a las características que posee este diseño, se contempla, dentro de su sistematización, una serie de instrumentos que facilitan la obtención de los datos y que de igual forma servirán para realizar el proceso de triangulación de los datos obtenidos.

Los instrumentos o técnicas que tienen una mayor viabilidad, tomando en cuenta el carácter subjetivo que tienen las emociones en las personas, son los siguientes: la observación, entrevista de historia de vida, grupo de enfoque y los documentos, registros, materiales y artefactos que ayuden a completar la información.

La *técnica de observación*, es el estudio profundo de los procesos, situaciones o circunstancias de los participantes, así como en su lenguaje digital o analógico. En esta etapa, la observadora debe mantener un papel activo así como una reflexión permanente, prestar atención a los detalles de los eventos e interacciones; es necesario registrar lo obtenido durante la observación, de manera que la información obtenida sea tratada con mayor precisión (Ver anexo 2).

La *entrevista* de historia de vida, como lo explican Hernández, Fernández y Baptista, se refiere a una serie de preguntas que se realizan a



los participantes, referente a esas experiencias particulares que han vivido y que son el tema de la investigación; tales experiencias incluyen los sentimientos y las emociones que se reflejaron como consecuencia de un suceso (Ver anexo 3).

El *Grupo de enfoque* consiste en reunir a los participantes de la muestra elegida para realizar una conversación en torno al tema central del problema de investigación del cual queremos obtener datos; este grupo debe estar conducido por un especialista que puede ser el propio investigador. Para su realización es necesario contar con un formato que sirva de guía; éste y el número de sesiones dependerán de lo que se persigue como objetivo, las características que poseen los participantes y propiamente del planteamiento del problema (Ver anexo 4-6)

Otros instrumentos son aquellos que corresponden a documentos, registros, materiales y artefactos que sean fuentes de obtención de datos, ya sea que existan, que los elaboren los participantes o que los proporcionen otras personas. Para elegirlos se considerarán solo aquellos que arrojen datos respecto al planteamiento del problema.

El *Proceso de triangulación* inicia al realizar una observación de las personas que asisten a la clínica y que están detectadas con un historial médico largo por la recurrencia de enfermedades; aquí se obtendrán observaciones referentes a su comportamiento durante la consulta y lo que expresan los médicos tratantes. Posteriormente se realizarán las entrevistas de historia de vida que nos arrojarán datos de cómo la enfermedad corporal ha evolucionado en cada uno de estos participantes y de qué manera han

modificado su estado anímico a través del tiempo. Durante la aplicación de esta entrevista se considerarán las observaciones previamente realizadas y se seguirá utilizando este recurso.

La entrevista de historia de vida será semiestructurada para que el investigador tenga la oportunidad de indagar en la vida del participante y pueda obtener calidad en los datos, más que cantidad. Después de tener la narración de las observaciones y las entrevistas se revisarán las coincidencias en información y se detectarán los recursos emocionales que han presentado los participantes de acuerdo a la evolución de su enfermedad y si éstos han servido para cambiar positivamente algún aspecto de su vida.

Posterior a las entrevistas, se convocará a los participantes a que se congreguen en una serie de sesiones que constituirá el grupo de enfoque, aquí se tratarán temas que generen una plática de experiencias y opiniones con respecto a si la enfermedad les ha permitido experimentar emociones que los hayan llevado a cambiar aspectos en su vida de manera positiva; el investigador continuará utilizando el recurso básico de la observación.

Al término de las sesiones que se lleven a cabo dentro del grupo de enfoque se analizarán los datos obtenidos y se determinarán aquellos recursos emocionales que manifiestan las personas con enfermedad corporal recurrente y si existe influencia de éstos en la contribución de un mejoramiento de su salud mental. Los datos que se obtengan se cotejarán con las entrevistas individuales y las observaciones realizadas con anterioridad, las cuales se unificarán para elaborar una nueva conclusión que

será narrada, de manera que esto, a su vez, se triángule con la información obtenida a partir de los documentos, registros o artefactos que se puedan conseguir y que arrojen información importante de cada uno de los pacientes.

Finalmente, una vez realizada esta triangulación se redactará una nueva narración que será el material para elaborar el análisis crítico para la descripción de resultados de la investigación y finalmente llevar a cabo las sugerencias y conclusiones.

### 3. 6 CRONOGRAMA

AÑO (2009) MES	ACTIVIDAD							
	CAPITULO UNO	CAPITULO DOS	CAPITULO TRES	RECOLECCIÓN DE DATOS CAPITULO CUATRO	ANÁLISIS DE DATOS CAPITULO CUATRO	CAPITULO CINCO	ANEXOS	INTEGRACIÓN Y ENTREGA
ENERO								
FEBRERO								
MARZO								
ABRIL								
MAYO								
JUNIO								
JULIO								
AGOSTO								

## **Capítulo IV. Análisis de los resultados**

#### 4.1 ANÁLISIS CRÍTICO A PARTIR DEL PROCESO DE TRIANGULACIÓN

UNIDAD SIGNIFICATIVA	MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS		
RECURSOS EMOCIONALES	HISTORIAS DE VIDA	OBSERVACIÓN	GRUPOS DE ENFOQUE
	<p>Al realizar el análisis de las historias de vida se encontró que las personas que padecen una enfermedad recurrente manifiestan una serie de recursos emocionales a lo largo de la experiencia de enfermedad, dichos recursos se encuentran influenciados por la cantidad de patologías, su gravedad y la repercusión de estas en la vida cotidiana de los individuos.</p>	<p>En lo que corresponde a la observación, tanto en la inmersión al campo de estudio, como en el desarrollo de cada uno de los participantes en las diferentes formas de recolección, se obtuvieron datos de la comunicación no verbal referentes a la expresión de recursos emocionales como la fortaleza, la aceptación, la fe, la esperanza, la confianza, la voluntad y el amor.</p>	<p>Al analizar los datos obtenidos de las actividades que se llevaron a cabo en los grupos de enfoque, se concluye que los sujetos de estudio pertenecen a una educación y cultura donde la expresión de emociones no es concebida como algo importante, esto generaba en los sujetos cierta dificultad para expresar información ligada a emociones, sin embargo al hacer dinámicas, la información es de experiencias emocionales.</p>

<b>UNIDAD SIGNIFICATIVA</b>	<b>MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS</b>		
<b>RECURSOS EMOCIONALES</b>	<b>HISTORIAS DE VIDA</b>	<b>OBSERVACIÓN</b>	<b>GRUPOS DE ENFOQUE</b>
	<p>Uno de los recursos emocionales que se presentan con mayor frecuencia es la fortaleza, la cual, en algunos casos, refieren los participantes que es una característica que ya se posee y en otros se manifiesta en la medida en que se va enfrentando la enfermedad. La fortaleza es un recurso de gran utilidad para enfrentar los problemas que por consecuencia trae la enfermedad, además de que es necesaria para llegar a la aceptación de su estado de salud.</p>	<p>Los recursos se observaron a través de gestos como la sonrisa, el tono de voz con mayor energía vital, el brillo de los ojos, el contacto visual, una postura corporal relajada, coherencia en el discurso, que complementaban la información verbal que expresaban los participantes. Estos también se observaron cuando el sujeto de estudio se convirtió en observador al llevarse a cabo la entrevista a un familiar.</p>	<p>Al ser analizada la información se confirma que los recursos emocionales que han desarrollado con mayor frecuencia, los participantes, son la fortaleza en primer lugar, seguida de la aceptación de la enfermedad, este recurso se encuentra fuertemente apoyado por la fe y la esperanza que tienen depositada en sus creencias religiosas, así como la confianza surgida a partir de esta fe.</p>

<b>UNIDAD SIGNIFICATIVA</b>	<b>MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS</b>		
<b>RECURSOS EMOCIONALES</b>	<b>HISTORIAS DE VIDA</b>	<b>OBSERVACIÓN</b>	<b>GRUPOS DE ENFOQUE</b>
	<p>Otro recurso frecuente entre los participantes es la fe, pues ellos manifiestan en sus discursos, la necesidad de recurrir a alguien de manera incondicional que les sostenga. La fe desencadena y fortalece la esperanza y la confianza, sobre todo cuando el individuo se motiva a seguir enfrentando la enfermedad.</p> <p>Dos recursos emocionales más, con mayor frecuencia entre los participantes son la voluntad y el amor.</p>	<p>Cabe señalar que en dichas entrevistas se observó con claridad como los familiares cumplen una función muy importante en el desarrollo de recursos emocionales en las personas enfermas, es el grado de apoyo familiar determina de manera contundente el pronto o tardío desarrollo de recursos. En la participación de los sujetos de estudio en las actividades que se realizaron en los grupos de enfoque también se observó la coincidencia en la comunicación.</p>	<p>La voluntad y el amor también son recursos manifestados en las sesiones grupales, siendo la voluntad un recurso indispensable para el óptimo desarrollo de otros recursos y que se genera a partir de la autoestima y del amor que se consiga de otras personas. Aquí se refleja como el apoyo familiar es indispensable para desarrollar recursos de manera adecuada.</p>



UNIDAD SIGNIFICATIVA	MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS		
RECURSOS EMOCIONALES	HISTORIAS DE VIDA	OBSERVACIÓN	GRUPOS DE ENFOQUE
	<p>Cuando se consigue la fuerza de voluntad entonces los demás recursos que se necesitan se consiguen como consecuencia fortalecida, además, por el amor propio y de seres queridos.</p> <p>La fuerza de voluntad de los participantes se encontró vinculada al motivo de vida que tienen, y que en la mayoría de los casos son los hijos y los nietos, siendo estos últimos los que les permiten generar aun más fuerza.</p>	<p>La comunicación observada fue la no verbal al estar narrando sucesos en la cual era evidente la manifestación de los recursos emocionales antes mencionados, a través de gestos y movimientos corporales. De igual manera en las historias de vida, se observaron algunos recursos menos frecuentes como el servicio, la empatía, tolerancia y sobre todo el humor.</p>	<p>De acuerdo con lo observado, los sujetos cuyas familias se encontraban distantes, presentaban un número mayor de enfermedades, también presentan mayor dificultad para expresar aquellos recursos emocionales que poseen, además de encontrarse más reflexivos al escuchar a otros y darse cuenta de posibilidades que si poseen ellos y que no habían hecho conciencia.</p>

UNIDAD SIGNIFICATIVA	MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS		
RECURSOS EMOCIONALES	HISTORIAS DE VIDA	OBSERVACIÓN	GRUPOS DE ENFOQUE
	<p>La información obtenida a través de las historias de vida nos muestra que los recursos emocionales más frecuentes que manifiestan las personas con enfermedad recurrente son: La fortaleza, aceptación, fe, esperanza, confianza, voluntad y amor. También se manifestaron otros recursos que son específicos de cada historia de vida entre los que se encuentran: humor, culpa, servicio, empatía, prevención, decisión y tolerancia.</p>	<p>Un dato más obtenido a través de las observaciones, corresponde a cómo los sujetos de estudio al compartir en grupo van reflexionando sobre sus experiencias de vida a través de las de otros participantes y elaboran conclusiones acerca de los recursos emocionales, de los cuales no estaban conscientes y que han desarrollado a partir de la experiencia de enfermedad, así como de enseñanzas que han adquirido durante el proceso.</p>	<p>Aquellos participantes con un apoyo familiar favorable, manifestaban con más tranquilidad los recursos obtenidos así como el reconocimiento del desarrollo de los mismos.</p> <p>Se infiere que los recursos emocionales que se manifiestan más frecuentemente son la fortaleza, la aceptación, la fe, la esperanza, la confianza, la voluntad y amor.</p>

<b>UNIDAD SIGNIFICATIVA</b>	<b>MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS</b>		
<b>RECURSOS EMOCIONALES</b>	<b>HISTORIAS DE VIDA</b>	<b>OBSERVACIÓN</b>	<b>GRUPOS DE ENFOQUE</b>
	Para el desarrollo de estos recursos es necesario que exista un apoyo familiar óptimo, pues en aquellos pacientes que expresaban ser apoyados por seres queridos tenían más recursos y mejor desarrollados a diferencia de aquellos con poco apoyo.	Es importante describir que en la observación que se realizó en el primer contacto dentro del campo de investigación, se obtuvo diversos datos acerca de cómo cada individuo manifiesta el recurso emocional mayor desarrollado al estar recibiendo la consulta médica, y que en la mayoría es la aceptación de la enfermedad.	Dentro de este trabajo grupal, los participantes utilizaron recursos emocionales menos frecuentes, y que hicieron muy evidentes al interactuar en las diferentes dinámicas de las sesiones, dichos recursos corresponden al humor, el servicio y la empatía.

<b>UNIDAD SIGNIFICATIVA</b>	<b>MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS</b>		
<b>CONTRIBUCIÓN A LA SALUD MENTAL</b>	HISTORIAS DE VIDA	OBSERVACIÓN	GRUPOS DE ENFOQUE
	Al obtenerse los recursos emocionales más frecuentes entre los sujetos de estudio con enfermedad corporal recurrente, se analiza como contribuyen a la salud mental, y de acuerdo a lo obtenido en las historias de vida uno de los recursos emocionales que se desarrollan es la fortaleza que utilizan para enfrentar la realidad que experimentan al saberse enfermos, esto les produce un equilibrio mental al cambiar actitudes negativas posibles y hacer cambios positivos en su estilo de vida.	En las observaciones se constata como los recursos emocionales que manifestaron los sujetos de estudio han contribuido a su salud mental y se refleja en la manera en que los sujetos se desenvuelven durante las narraciones acerca de lo que han ganado con la enfermedad, sus expresiones corporales reflejan como la fortaleza es uno de los recursos, pues no solo han tenido que enfrentar el saberse enfermos sino todas las consecuencias que esto trae, además de enfrentar los problemas cotidianos de la vida.	Los resultados del grupo de enfoque demuestran que los recursos emocionales que se manifiestan con frecuencia en personas con enfermedad recurrente, si contribuyen a la salud mental de los mismos y estos se reflejaron en cada una de las actividades que se desarrollaron en las sesiones. Al invitarlos a compartir de diferente manera su experiencia de enfermedad, se dieron cuenta que, el recurso de la fortaleza les ha permitido realizar cambios en su forma de ser y los lleva a tener equilibrio mental.

<b>UNIDAD SIGNIFICATIVA</b>	<b>MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS</b>		
<b>CONTRIBUCIÓN A LA SALUD MENTAL</b>	HISTORIAS DE VIDA	OBSERVACIÓN	GRUPOS DE ENFOQUE
	Lo anterior genera una mejor estabilidad emocional, en la medida que la fortaleza se presenta existe también la aceptación de la enfermedad, lo que contribuye a su salud mental, al reducir la angustia generada por saberse enfermos y pueden observar con mayor claridad las estrategias que deben de llevar a cabo para mantener controlada su patología.	Los sujetos de estudio son individuos que tienen como mínimo 5 años con la enfermedad, por lo que se observa en su discurso la aceptación de la enfermedad y eso contribuye a su salud mental; pues se observa a personas integradas a sus actividades, con preocupaciones diversas y no solo de enfermedad. También se observa a individuos que han recurrido a la fe y esperanza en cuestiones de tipo religioso generándoles bienestar emocional y mental.	Cuando la persona ha reconocido la capacidad de salir adelante apoyada en su fortaleza, y experimenta un nuevo desequilibrio, conoce, por experiencia, que cuenta con el recurso de la fortaleza para seguir adelante. Sin embargo, la fortaleza necesita el apoyo de la fuerza de voluntad con que disponga el individuo para visualizar respuestas positivas sobre su salud.

<b>UNIDAD SIGNIFICATIVA</b>	<b>MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS</b>		
<b>CONTRIBUCIÓN A LA SALUD MENTAL</b>	<b>HISTORIAS DE VIDA</b>	<b>OBSERVACIÓN</b>	<b>GRUPOS DE ENFOQUE</b>
	La fe y la esperanza son recursos que aparecen como los más fuertes aliados para la salud mental pues todos aquellos problemas generados a partir de un proceso de enfermedad en los individuos, tanto físicos como emocionales son sustentados por las creencias religiosas que se tienen o que se adoptan en estados desesperados, encontrando así tranquilidad y por lo tanto mejoría en la salud física.	Se observó a individuos con una calidad aceptable de autoestima contribuyendo también a su salud mental, con la conciencia de que las acciones emprendidas son únicamente para su bienestar, aunque por discurso comenten que lo hacen por un hijo, nieto u otro familiar, que finalmente funcionan como motivos de vida para sostener la fuerza de voluntad que emplean para seguir adelante.	Comentan los sujetos de estudio que ellos consideran que la aceptación de la enfermedad y la incorporación de ésta en la vida, les ayuda a tener una visión diferente sobre la realidad para lograr una mejor calidad de vida. La fe y la esperanza son motores para mantener una armonía mental y espiritual, y brinda a los sujetos la oportunidad de encontrar la protección y alivio, de las consecuencias de la enfermedad, así como de las situaciones diarias.

<b>UNIDAD SIGNIFICATIVA</b>	<b>MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS</b>		
<b>CONTRIBUCIÓN A LA SALUD MENTAL</b>	<b>HISTORIAS DE VIDA</b>	<b>OBSERVACIÓN</b>	<b>GRUPOS DE ENFOQUE</b>
	A medida que esta fe y esperanza toman fuerza y la persona constata resultados, es frecuente que recurra a estos soportes, sobre todo a la fe para calmar las angustias que le genera la enfermedad o cualquier tipo de problemas, surgiendo así la esperanza de que todo esté mejor. El grado de voluntad que tenga el individuo para ir buscando situaciones positivas en medio de la enfermedad, produce en él una autonomía que se manifiesta en actitudes diferentes hacia la vida.	En los sujetos de estudio se observó que van utilizando el recurso emocional del amor; cuando se quieren a sí mismos y logran tener controlada la enfermedad y fortalecen este recurso con lo que reciben de apoyo familiar, llevándolos a un estado mental que les beneficia para seguir confiando y continuar adelante.  Una situación emocional desfavorable que desencadena la enfermedad, puede ser una herramienta muy importante para volver a adquirir el equilibrio mental.	En diversas ocasiones concluyen que la enfermedad influye en el desarrollo del amor hacia los demás, hacia la vida, hacia lo que tienen y hacia ellos, que de alguna manera se han seguido amando pues siguen con vida. También existe un cambio a nivel personal con el desarrollo de la empatía, la autoestima y la reflexión, lo que ha permitido reconocer las habilidades para tratar de alcanzar una vida de mejor calidad.

<b>UNIDAD SIGNIFICATIVA</b>	<b>MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS</b>		
<b>CONTRIBUCIÓN A LA SALUD MENTAL</b>	HISTORIAS DE VIDA	OBSERVACIÓN	GRUPOS DE ENFOQUE
	<p>También es reflejado en un mejor desarrollo como ser humano, obteniendo con esto avances sustantivos en su estado de salud mental.</p> <p>El desarrollo de la confianza y del amor contribuyen a la salud mental puesto que los sujetos de estudio van desarrollando empatía, autoestima, toma de decisiones y amor a la vida que lo proyectan en sus comentarios: “nadie valora lo que tiene hasta que lo ve perdido”.</p>	<p>Lo anterior funciona en los individuos como factor de desarrollo de la enfermedad, sin embargo el déficit de salud que puedan presentar sirve para que tomen conciencia de la situación emocional no controlada, y pongan menos fuerza en esta y así reducir su repercusión en alguna complicación de la enfermedad. Es entonces cuando el sujeto comprende que lo que le afecta a la mente tendrá consecuencias sobre el cuerpo y viceversa, controlando el estado de estrés, angustia y preocupaciones vanales.</p>	<p>Estas situaciones que contribuyen a la salud mental de los individuos, están determinadas también por ciertos conflictos emocionales que han favorecido al desarrollo de la enfermedad corporal y mental.</p> <p>Cuando la persona comprende la relación existente entre mente y cuerpo, es entonces cuando hay una verdadera contribución a su salud mental.</p>



<b>UNIDAD SIGNIFICATIVA</b>	<b>MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS</b>		
<b>CONTRIBUCIÓN A LA SALUD MENTAL</b>	HISTORIAS DE VIDA	OBSERVACIÓN	GRUPOS DE ENFOQUE
	<p>En general se notan sujetos con cambios trascendentales en su personalidad y en la manera en que enfrentan la vida y una actitud de recuperar o disfrutar lo que antes no le daban el valor correspondiente.</p> <p>Se concluye que, los cambios más notables que han tenido los sujetos de estudio a partir de la experiencia de enfermedad son aquéllos que tienen relación con las situaciones emergentes para tener una mejor calidad de vida.</p>	<p>Es importante aclarar que esto no se lleva a cabo de manera profunda, va ocurriendo paulatinamente y en algunas ocasiones el equilibrio mental se obtiene al final de una crisis de enfermedad, un ejemplo claro es cuando una persona que tiene diabetes se encuentra ante un problema que le genera angustia y estrés, este factor desencadenante emocional provoca en el organismo un aumento de glucosa y este a su vez puede provocar una parálisis facial.</p>	<p>Aquí también se vio reflejo la poca importancia que se le brinda al aspecto emocional, que los lleva a tener un proceso más lento hacia la salud mental, considerando los puntos de vista de los involucrados en esta evaluación, solicitan, que los encargados de los servicios de salud deberían de considerar la relación mente-cuerpo para encontrar de manera rápida y eficaz soluciones para el beneficio de la población enferma.</p>

<b>UNIDAD SIGNIFICATIVA</b>	<b>MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS</b>		
<b>CONTRIBUCIÓN A LA SALUD MENTAL</b>	<b>HISTORIAS DE VIDA</b>	<b>OBSERVACIÓN</b>	<b>GRUPOS DE ENFOQUE</b>
	<p>Algunos de los cambios sobresalientes son el replanteamiento de la vida, acciones de prevención, atención de las emociones, conocimiento de la relación cuerpo mente, control de estrés y angustia ante problemas personales con la familia, en el trabajo y sociales.</p> <p>Existe una estrecha relación entre las situaciones emocionales que desencadenaron la enfermedad y el grado que alcanzan de salud mental.</p>	<p>El individuo va rehabilitándose y tomando conciencia de la repercusión que tiene la mente en el cuerpo y en el tiempo de recuperación, como el cuerpo va consiguiendo su equilibrio de acuerdo al estado mental que posee.</p> <p>Después de este proceso el individuo desarrolla recursos emocionales que repercuten directamente en el equilibrio mental.</p>	<p>También comentan que la experiencia de individuos, como en su caso, pueden ser población en potencia para formar grupos de ayuda y contribuir en la enseñanza de la relación mente-cuerpo y en el cambio de una nueva concepción de enfermedad.</p>

## 4.2 REPORTE DE RESULTADOS

El resultado obtenido del análisis crítico sugiere que las personas en edad adulta intermedia que presentan enfermedad corporal recurrente y fueron sometidos a investigación, manifiestan una serie de recursos emocionales a partir de saberse afectados por una enfermedad, debido a la constante revisión médica y con tratamientos medicamentosos de por vida. El tiempo de aparición de estos recursos depende del tiempo de evolución de la enfermedad y de los problemas que el sujeto tenga en las demás áreas de su vida; sin embargo, al realizar el análisis se logró conocer una serie de recursos emocionales que fueron los más frecuentes entre los sujetos de estudio:

- Fortaleza
- Aceptación
- Fe
- Esperanza
- Confianza
- Voluntad
- Amor

Estos recursos emocionales van apareciendo progresivamente; en primera instancia aparece la *fortaleza*, recurso que es necesario para que el sujeto pueda enfrentar lo que significarán los alcances de la enfermedad en todos los aspectos de la vida; es aquí donde aparece un elemento más que es la *voluntad*, cuando el sujeto decide si continúa en la vida o si deja que la enfermedad se agrave y se da por vencido. Cuando la fuerza de voluntad del sujeto es adecuada, como en el caso de los individuos estudiados, ellos comienzan a resolver las situaciones que tienen que modificar en los

diferentes aspectos de la vida, para entonces, conscientes de los cambios, dar paso a la *aceptación*, lo que les permite integrar la enfermedad en la vida.

Otro recurso emocional que presentan frecuentemente es la *fe* y la *esperanza*. Consideramos la *fe*, como la fuerza que permite a la persona apoyarse en ella; en su mayoría se recurre a la *fe religiosa*, sin embargo también existen otras creencias que les apoyan y les permiten sentirse o no fortalecidos, como las ideas o ejemplos de personas significativas o que tienen autoridad sobre ellos. También la cultura, las costumbres y la sociedad juegan un papel importante en el desarrollo de esta confianza. Este recurso lo utilizan cuando ya la angustia y el agobio son demasiado en sus vidas o cuando buscan la explicación de todas sus enfermedades y problemas.

El *amor* y la *confianza*, como recursos emocionales, son desarrollados en el individuo al momento de elegir por la vida y buscar alternativas para ir viviendo con la enfermedad. La autoestima suele aumentar en estos individuos pues saben la importancia de cuidarse y deciden de alguna manera seguir viviendo porque se aman y son amados.

El desarrollo de los recursos emocionales se encuentra influenciado por el grado de apoyo familiar que exista hacia el individuo enfermo. Si existe apoyo familiar óptimo, el individuo desarrolla de manera más firme los recursos emocionales antes mencionados, a la vez que se genera un importante crecimiento personal. Mientras tanto, este proceso se hace más lento cuando el apoyo es escaso o nulo y el individuo suele utilizar o no sus recursos, además de que tienden a tener periodos de inestabilidad emocional que les provocan crisis de la enfermedad corporal. Estas crisis de enfermedad tienen una función importante en el desarrollo emocional del individuo pues, al percatarse de que los problemas y el estrés son causantes

de estas situaciones, entonces se hacen conscientes de los recursos emocionales que poseen y así se fortalecen y emplean diferentes situaciones de su vida diaria.

Los recursos emocionales tienen, además, una importante contribución en la salud mental del individuo, quien, después de una experiencia de enfermedad va desarrollando características personales que le permiten ir cambiando los estilos de vida que comúnmente había llevado, así como modificar las creencias o enseñanzas que no le benefician para tener una vida con más calidad y más plena. En esta etapa en la que el individuo se encuentra recapitulando su vida, los recursos emocionales que manifiesta, lo ayudan a tener una visión más clara para hacer aquello que no había logrado y a valorar más la vida que aún tiene.

Entre las contribuciones más significativas que estos recursos emocionales proporcionan a la salud mental del individuo se encuentran las siguientes:

- Reconocimiento de emociones positivas y negativas.
- Mejoramiento en el manejo de emociones.
- Relación mente-cuerpo como unidad en constante interacción.
- Revaloración de la vida y de lo que se tiene.
- Mejoramiento de la comunicación interpersonal.
- Superación personal.

- Cambio positivo del estilo de vida.
- Cuidado corporal y mental.
- Capacidad de resolución de problemas.
- Desarrollo de la autoestima.
- Desarrollo de la empatía.
- Capacidad en la solución de problemas.
- Desarrollo de una vida con espíritu.
- Desarrollo de creencias religiosas.

El equilibrio mental que va consiguiendo el individuo con enfermedad recurrente está influenciado por la situación desencadenante de la enfermedad de tipo emocional. En los sujetos investigados se encontró que la enfermedad o enfermedades que presentan tienen un antecedente ligado a un conflicto emocional como el estrés, la angustia, el desamor, el coraje, la desilusión, la preocupación, entre otros; una vez que la enfermedad aparece los sujetos se ven obligados a buscar el equilibrio mental que les ayude a conseguir un equilibrio corporal y recuperar la salud o el control de la enfermedad.

Es importante aclarar que toda esta secuencia de sucesos entre la aparición de los recursos y la repercusión en la salud mental no es vista tan claramente por el sujeto; existen casos en los que pese a que el sujeto no es consciente de esto el organismo va buscando de manera natural su equilibrio, incluso alterando aún más su *homeostasis*, obligando al individuo

a separarse de situaciones emocionales que no le benefician, y es poco a poco que el individuo capta los mensajes que su cuerpo emite para entonces manifestar cambios en las actitudes personales y conseguir el equilibrio mental.

Pese a que los individuos sometidos a la investigación no tienen un conocimiento de sus emociones, por su cultura, educación y creencias, fue posible analizar los recursos emocionales que manifiestan frecuentemente y cómo es el proceso que cada uno de éstos siguen para contribuir a su salud mental.

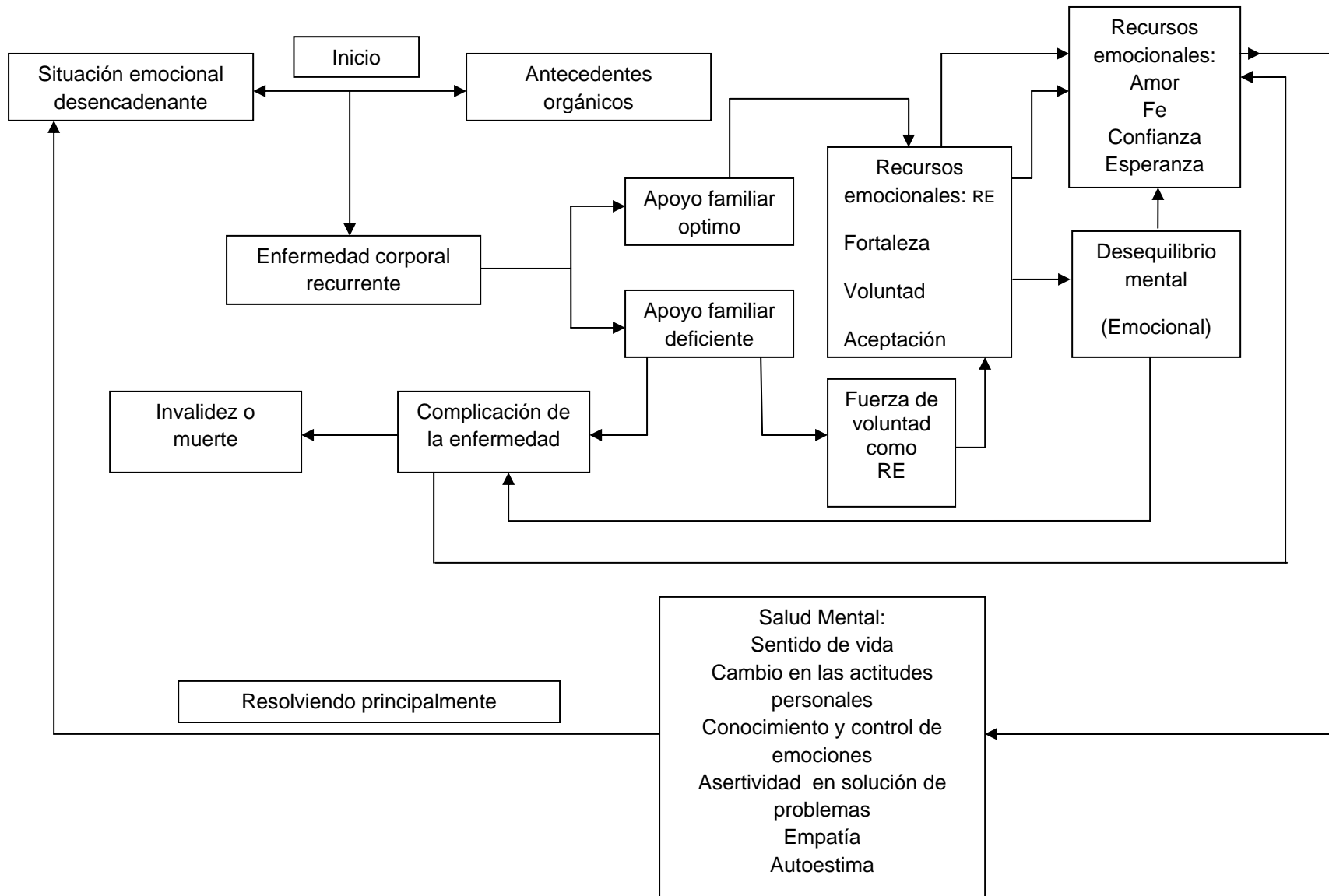
### 4.3 EXPLICACIONES Y TEORÍA: CICLO DE LA EXPERIENCIA

Considerando y aplicando la teoría existente, podemos describir lo obtenido en la investigación con el ciclo de la experiencia, determinando una constante relación mente-cuerpo-vida afectiva del individuo con enfermedad corporal recurrente, en el cual se aprecia el desarrollo de recursos emocionales y cómo éstos contribuyen a la salud mental.

Situación: Individuo diagnosticado con enfermedad corporal recurrente:

<p><u>Fase de sensaciones:</u> Al saberse enfermo el individuo presenta sensaciones corporales provocadas por las emociones negativas experimentadas.</p>	<p><u>Fase de percepción o toma de consciencia:</u> El individuo identifica que la negatividad ante la enfermedad diagnosticada le provoca aún mayor malestar corporal.</p>	<p><u>Fase de implicación y valoración:</u> El individuo elige tener una actitud positiva y aceptar su enfermedad para realizar acciones que beneficien a su salud.</p>	<p><u>Fase de planificación y movilización para la acción:</u> El grado de voluntad del individuo ayuda a desarrollar una serie de recursos emocionales que contribuyen a su salud mental, además de elegir medidas terapéuticas para controlar la enfermedad.</p>
<p><u>Fase de realización práctica de la acción:</u> Se desarrollan recursos emocionales como: la fortaleza, aceptación, fé, esperanza, confianza, voluntad y amor, y los utiliza para mantener un equilibrio cuerpo-mente.</p>	<p><u>Fase de realización o contacto:</u> El individuo experimenta desequilibrio mental, utiliza los recursos emocionales desarrollados para regresar al equilibrio</p>	<p><u>Fase de satisfacción:</u> Se consigue la homeostasis corporal y mental por lo que deja de ser una constante preocupación.</p>	<p><u>Fase de finalización del proceso:</u> El individuo continúa con su vida cotidiana reestructurada y adaptada a un nuevo estilo de vida más saludable.</p>





## **Capítulo V. Discusión**

## 1.1 SUGERENCIAS

De los resultados obtenidos en la investigación surge información que puede aplicarse en diferentes ámbitos, y ser útil a diferentes prácticas profesionales. A continuación se ponen a consideración, importantes sugerencias de aplicación:

**Ámbito de la salud:** La investigación realizada beneficia directamente a este ámbito pues es aquí donde se capta a la población físicamente enferma, por lo que se sugiere que dentro del tratamiento médico el paciente asista a grupos de apoyo en los cuales pueda expresar sus malestares emocionales y, a su vez, pueda fortalecer y darse cuenta de los recursos emocionales que posee.

En general, las clínicas que pertenecen al sector salud cuentan con grupos donde se apoya generalmente a diabéticos o hipertensos, por medio de actividades ocupacionales y charlas para que conozcan ampliamente la enfermedad así como las repercusiones emocionales de dichos padecimientos; sin embargo, la sugerencia va dirigida a realizar grupos con pacientes de distintas enfermedades para que puedan compartir sus experiencias y se den cuenta de la parte positiva que tiene la enfermedad y de qué manera ésta puede contribuir a su salud mental.

En este mismo ámbito se sugiere que se realicen campañas de salud mental para ir sensibilizando a la población de la importancia que tiene la mente y de sus repercusiones en el organismo si ésta se encuentra en

desequilibrio. Quizá convendría agregar en la cartilla de salud, que ya existe, el apartado referente a la salud mental. Esta acción tendría que llevarse a cabo desde el nivel preventivo, pues es el momento y el lugar adecuado para aprender a controlar las enfermedades que tienen una fuerte carga emocional; apoyaría además para que los individuos que experimentan una enfermedad se atiendan a nivel físico y emocional.

**Ámbito de la educación:** En este ámbito se sugiere que en la educación básica se pueda proporcionar a los alumnos una asignatura en la cual se fomente el autoconocimiento, sobre todo el manejo de aspectos emocionales y su repercusión en el organismo, para ir cambiando el concepto que tienen de enfermedad y adquieran así una visión del crecimiento personal.

También se sugiere la presencia de un psicólogo que oriente a aquellos alumnos que presenten alguna enfermedad recurrente, para fortalecer o desarrollar recursos emocionales que les ayuden a entender mejor lo que les sucede. A nivel de prevención se sugiere, además, que los alumnos que reciben ayuda gubernamental con el programa de Oportunidades, incluyan en su cartilla de salud la atención integral (bio-psico-social) necesaria para contribuir al conocimiento de la relación mente-cuerpo; lo anterior contribuiría a que los individuos conozcan los recursos emocionales que tienen para enfrentar las enfermedades que puedan tener en la adultez y que las vean como oportunidad de crecimiento personal; se considera, por lo tanto, que las complicaciones serían menos.

**Ámbito económico:** Se sugiere que el gobierno invierta un capital mayor en el sector salud con la finalidad de fortalecer el nivel primario de atención y se puedan incluir campañas de salud mental para difundir el conocimiento de la

relación mente-cuerpo entre la población, además de ir prestando atención a la parte emocional de los pacientes enfermos y contribuir a su pronta rehabilitación. Esto traería como consecuencia económica, una reducción de gastos en los niveles secundarios y terciarios de atención hospitalaria, así como sociedades más sanas.

**Ámbito profesional:** En este ámbito se hace referencia primordial a aquellos profesionistas de las áreas correspondientes a las ciencias biológicas y humanidades como médicos, enfermeras, trabajadores sociales, psicólogos, educadores, sociólogos, pedagogos, entre otros, para que, desde sus áreas, consideren al ser humano como una unidad cuerpo-mente y que, en el ejercicio de su profesión, apliquen estrategias encaminadas a cubrir las necesidades de ambas partes y las unifiquen en un mismo objetivo que sería el bienestar del individuo.

También se sugiere que dentro de la preparación de estos profesionales exista una mayor formación en el aspecto humano de manera que puedan ser más cercanos y posean herramientas de ayuda emocional aplicables en sus áreas de trabajo.

**Sugerencias de investigación:** Se sugiere, especialmente a los alumnos del Centro Universitario Vasco de Quiroga de Huejutla, que realicen investigaciones en torno a la temática planteada por ejemplo:

- Influencia de la cultura en los estados emocionales de un individuo enfermo
- Recursos emocionales que desarrollan las personas enfermas de zonas rurales.

- El papel del psicólogo en el desarrollo de recursos emocionales de enfermos hospitalizados.
- Tanatología: como alternativa a la salud mental y corporal

Finalmente, se sugiere a toda aquella persona que revise este trabajo de investigación, examinar en su persona los recursos emocionales con los que cuenta para enfrentar la enfermedad y si ésta le proporciona oportunidad de conocer más su aspecto emocional, además de valorar la integración de mente-cuerpo y qué grado de equilibrio está viviendo entre ambos.

## 1.2 CONCLUSIONES

El origen de las enfermedades en el con enfermedad corporal recurrente tiene un aspecto emocional y un aspecto corporal; en la medida que éste va incorporando la enfermedad a su vida, desarrolla una serie de *recursos emocionales* que le ayudan a conseguir una *homeostasis* corporal y mental. Los recursos se van presentando en diferentes momentos, sin embargo, al final los que se manifiestan frecuentemente son los que corresponden a la *fortaleza, aceptación, fe, esperanza, confianza, voluntad y amor*.

Estos *recursos emocionales* contribuyen a la salud mental del individuo, ya que éste percibe a la enfermedad como una oportunidad de cambiar aspectos de su vida que no le benefician; son, además, una forma de alertarse ante problemas o actitudes que perjudican su bienestar psíquico;

cuando esto sucede emplea los recursos emocionales desarrollados para volver al equilibrio que él necesita.

Con esta investigación se obtienen evidencias sobre la estrecha relación que existe en el binomio cuerpo-mente; se reconoce que la enfermedad corporal es una alternativa para que el individuo sea consciente de su constitución como ser humano y tenga un crecimiento personal que se refleje en una mejor calidad de vida. Así también, se hace cada vez más necesario el atender al individuo desde estas dos partes que integran la unidad de un ser vivo.

Resulta interesante concluir que aún cuando se trate de un individuo que no tenga educación emocional o que no le favorezca una cultura -donde se le niega importancia a este aspecto-, el cuerpo, en conjunto con la mente, utiliza situaciones como la enfermedad recurrente para conseguir la *homeostasis* que necesita, a la vez que será medio para enseñar al individuo la parte emocional por la que está compuesto. Esto lleva al individuo a tener una nueva concepción de la enfermedad, ya que deja de verla como algo catastrófico para darle una connotación positiva y percibirla como un medio de aprendizaje.

Por otra parte, se concluye que con lo obtenido en la investigación se cubren los objetivos planteados pues se identifican los recursos emocionales más frecuentes que manifiestan las personas en edad adulta intermedia, con enfermedad corporal recurrente, y se analiza cómo estos recursos contribuyen a la salud mental.

Finalmente se comprueba que la hipótesis establecida en la investigación es verdadera al encontrar recursos emocionales en los individuos investigados y que dichos recursos contribuyen directamente a la salud mental.



## **Anexos**

## **Anexo 1: FORMATO DE OBSERVACIÓN**

### OBSERVACIÓN INICIAL

Estudio sobre las emociones que manifiestan las personas de edad adulta intermedia con enfermedad corporal recurrente y que contribuyen a su salud mental.

Objetivo:

Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Observación no. : \_\_\_\_\_

Participantes: \_\_\_\_\_

Lugar: \_\_\_\_\_

1. Temas principales. (Resumen de lo que sucede durante la consulta médica)
  
2. Explicaciones o especulaciones, hipótesis de lo que sucede en el consultorio.
  
3. Explicaciones alternativas. (Reporte de la situación por parte de la enfermera)
  
4. Sigüientes pasos en la recolección de datos.
  
5. Implicaciones de las conclusiones

## Anexo 2: FORMATO DE OBSERVACIÓN

### OBSERVACIÓN GENERAL.

Objetivo: Indagar sobre las emociones que manifiestan las personas de edad adulta intermedia con enfermedad corporal recurrente y que contribuyen a su salud mental.

Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Observación no.  
: \_\_\_\_\_

Participantes:

---

Lugar:

---

Observación general (narración de sucesos relevantes):

### **Anexo 3: GUIA DE ENTREVISTA**

Entrevista de historia de vida

Objetivo: Investigar sobre las emociones que manifiestan las personas de edad adulta intermedia con enfermedad corporal recurrente y que contribuyen a su salud mental.

Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Lugar: \_\_\_\_\_

Entrevistador (a): \_\_\_\_\_

Entrevistado (a): \_\_\_\_\_

Edad:                      Sexo:                      Padecimiento recurrente:

Domicilio:                      Ocupación:

Religión:                      Escolaridad:

Características de la entrevista: Es una entrevista semiestructurada con una duración de 1 hora aproximadamente, los datos obtenidos en esta entrevista son totalmente confidenciales, con finalidad de investigación.

Preguntas:

1. ¿Cuándo inicia su enfermedad?
2. ¿Cómo se sentía emocionalmente al inicio de su enfermedad?
3. ¿Existe algún hecho que haya sido importante en el inicio de su enfermedad?

4. ¿Existe algún hecho importante que desencadene los cuadros recurrentes de su enfermedad?
5. Si existe un desencadenante: ¿Qué pasaba cuando se presentaba este hecho antes del inicio de la enfermedad?
6. ¿Qué significa estar enfermo?
7. ¿Qué sentimientos positivos y negativos, son los que experimenta a partir de su enfermedad?
8. ¿Ha cambiado su forma de ser a partir de su enfermedad?
9. ¿Qué ha descubierto de positivo en su enfermedad?
10. ¿Qué ha aprendido de usted mismo a través de su enfermedad?
11. ¿Cuál cree que es su motivación principal para seguir viviendo?
12. Cuando por su enfermedad se encuentra mal, ¿qué emociones experimenta?
13. ¿Qué reacciones tiene su familia ante la enfermedad que presenta?
14. ¿Cómo han sido las relaciones con su familia antes y después de su enfermedad?
15. Actualmente ¿Cómo se siente emocionalmente, con la enfermedad que presenta?

## Anexo 4: GUÍA DE TÓPICOS PARA GRUPOS DE ENFOQUE

(ABIERTA)

Grupos de enfoque

Objetivo: Obtener información acerca de las emociones que manifiestan las personas de edad adulta intermedia con enfermedad corporal recurrente y que contribuyen a su salud mental.

Fecha:

Sesión número:

Facilitador:

Tópicos:

1. ¿Qué enfermedades prevalecen entre los participantes?
2. ¿Cuánto tiempo llevan asistiendo al centro de salud por su enfermedad?
3. ¿Cuáles son los periodos de asistencia al médico?
4. ¿Toman medicamentos de por vida?
5. ¿Cuáles son los sentimientos que se experimentaron al inicio de la enfermedad?
6. ¿Cuáles fueron los sentimientos que prosiguieron al estar constantemente en el médico?
7. ¿Se obtuvo apoyo por parte de la familia?
8. ¿De quienes se encontró más apoyo?
9. ¿En algún momento se encontraron enfrentando la enfermedad sin apoyo de nadie?
10. ¿Qué sentimientos surgían?
11. A partir de presentar la enfermedad, ¿Han tenido cambios en su forma de vivir la vida?
12. ¿Ha cambiado su carácter o su forma de ser?
13. ¿Ha experimentado emociones nuevas?
14. ¿Cómo visualizan la vida?
15. ¿Ha realizado cosas o acciones que tenían pendientes?

## Anexo 5: AGENDA DE SESIÓN DEL GRUPO DE ENFOQUE

Estudio sobre las emociones que manifiestan las personas de edad adulta intermedia con enfermedad corporal recurrente y que contribuyen a su salud mental.

Objetivo: Crear un ambiente de confianza entre los participantes para recabar información que sean fuente de datos para la investigación en proceso.

Fecha: 9 de mayo de 2009

Sesión número: 1

Facilitador: Brenda E. Hernández Pérez

Número de integrantes: Cinco sujetos de estudio

ACTIVIDAD	OBJETIVO	DESARROLLO	TIEMPO
Dinámica de relajación.	Disminuir la ansiedad de los participantes.	Se pide que respiren y que sigan las instrucciones del facilitador.	10 minutos.
Dinámica de presentación.	Presentar a los participantes entre sí y fomentar la apertura a la participación.	Escribir en una hoja: soy una persona que... y anotar características que los identifican, desde nombre hasta formas de ser.	10 minutos.
Dinámica para compartir (Papa caliente).	Conocer qué enfermedades padecen y compartirlas.	Se hace pasar un objeto y quien se quede con el cuando se indique fin, participa.	20 minutos.
Dinámica para detectar emociones.	Conocer que emociones se han presentado a lo largo y durante la enfermedad.	Se les da una hoja con una serie de emociones que eligen según sea el caso y comparten.	20 minutos.

ACTIVIDAD	OBJETIVO	DESARROLLO	TIEMPO
Debate de ideas.	Obtener información de visiones positivas o negativas de enfermedad.	El facilitador invita a defender la idea de la enfermedad como negativa o como positiva; los participantes deciden con qué grupo participar.	30 minutos.



## AGENDA DE SESIÓN DEL GRUPO DE ENFOQUE

Estudio sobre las emociones que manifiestan las personas de edad adulta intermedia con enfermedad corporal recurrente y que contribuyen a su salud mental.

Objetivo: Obtener información de la experiencia de enfermedad en cuanto al desarrollo de recursos emocionales y la contribución de estos en la salud mental.

Fecha: 16 de mayo de 2009

Sesión número: 2

Facilitador: Brenda E. Hernández Pérez

Número de integrantes: Cinco sujetos de estudio

ACTIVIDAD	OBJETIVO	DESARROLLO	TIEMPO
Dinámica de apertura.	Fomentar la integración y confianza grupal.	Se les pide que se saluden con diferentes partes del cuerpo.	10 minutos.
Dinámica lluvia de experiencias.	Obtener información acerca de los motivos de vida ante la enfermedad.	Se da una introducción a manera de reflexión para el comienzo de las participaciones.	30 minutos.

ACTIVIDAD	OBJETIVO	DESARROLLO	TIEMPO
Dinámica la ronda.	Obtener características personales ganadas a partir de la experiencia de enfermedad.	Se les pide a los participantes que en orden de ronda enuncien características obtenidas a partir de la enfermedad.	20 minutos.
Cierre.	Conocer qué experimentan los participantes al compartir sus experiencias de enfermedad.	Se les pide a los participantes que narren brevemente cómo se sintieron al expresar sus experiencias de enfermedad y escuchar la de los otros.	10 minutos.

## AGENDA DE SESIÓN DEL GRUPO DE ENFOQUE

Estudio sobre las emociones que manifiestan las personas de edad adulta intermedia con enfermedad corporal recurrente y que contribuyen a su salud mental.

Objetivo: Obtener información de la experiencia de enfermedad en cuanto al desarrollo de recursos emocionales y la contribución de estos en la salud mental.

Fecha: 23 de mayo de 2009                      Sesión número: 3

Facilitador: Brenda E. Hernández Pérez

Número de integrantes: Cinco sujetos de estudio

ACTIVIDAD	OBJETIVO	DESARROLLO	TIEMPO
Dinámica de apertura.	Fomentar la integración y confianza grupal.	Se les pide a los participantes que hagan una fila y se den masaje unos a otros.	10 minutos.
Dinámica pinta tu enfermedad.	Reafirmar la información obtenida a lo largo de las sesiones de grupo.	Se les pide a los participantes que en una hoja dibujen con formas y colores lo que se ha significado la enfermedad y que compartan.	20 minutos.
Dinámica escríbele a tu enfermedad.	Obtener más información de la actitud de los participantes ante la enfermedad.	Se les pide a los participantes que se imaginen, que su enfermedad es una persona y le tienen que escribir agradeciendo o reclamándole lo que han vivido desde que apareció.	20 minutos.
Cierre.	Dar cierre al trabajo de expresión de experiencias de vida.	Se les pide a los participantes que expresen qué significó compartir de esta manera su enfermedad.	20 minutos.

## **Anexo 6: REPORTE DE SESIÓN DEL GRUPO DE ENFOQUE**

Reporte

Estudio sobre las emociones que manifiestan las personas de edad adulta intermedia con enfermedad corporal recurrente y que contribuyen a su salud mental.

Participantes:

Fecha y duración de la sesión:

**INFORMACIÓN DEL DESARROLLO DE LA SESIÓN**

**ANOTACIONES Y OBSERVACIONES RELEVANTES  
DURANTE LA SESIÓN**

## Glosario

**Ansiolítico:** Se dice del medicamento que calma los síntomas de la ansiedad.

**Diplopía:** Alteración en la percepción visual que consiste ver dos imágenes de un solo objeto.

**Enfermedad recurrente:** Se refiere a cualquier desviación o alteración de la estructura o la función normales de una parte, órgano o sistema del cuerpo, que se manifiesta por un conjunto característico de síntomas y signos cuya etiología, patología y pronóstico pueden conocerse o ser desconocidos. La enfermedad recurrente tiene como característica particular que sólo se puede controlar más no tiene cura, normalmente sigue un patrón genético no modificable.

**Etiología:** Estudio o teoría de los factores que causan enfermedad.

**Extrínseco:** Que no pertenece a la naturaleza de algo sino que es añadido.

**Homeostasis:** Tendencia a la estabilización en estados corporales normales (medio interno) del organismo.

**Intrínseco:** Que es propio de algo por sí mismo, que constituye la sustancia de algo.

**Ion:** Átomo o conjunto de átomos que han ganado o han perdido, por electrólisis o bajo la acción de radiaciones, uno o varios electrones.

**Metabolismo:** Suma de los procesos físicos y químicos por medio de los cuales se produce y conserva la sustancia viva organizada; también transformación por medio de la cual queda energía disponible para que la emplee el organismo.

**Morfofisiológica:** Función, forma o estructura de un organismo, órgano o parte.

**Neurotransmisor:** Cualquiera del grupo de sustancias liberadas por la excitación del axón terminal de una neurona presináptica del sistema nervioso central o periférico y que viaja a través de la hendidura sináptica para excitar o inhibir la célula diana.

**Organísmico:** Referente a cualquier cosa viviente individual sea animal o vegetal.

**Patología:** Rama de la medicina dedicada a la naturaleza esencial de las enfermedades, especialmente los cambios estructurales y funcionales en tejidos y órganos del cuerpo que producen o son causados por enfermedad.

**Plasticidad:** Que tiende a reconstruir tejidos o a restaurar una parte perdida.

**Práxica:** Práctica, acción o conjunto de acciones tendientes a transformar el mundo.

**Somatización:** Conversión de experiencias o estados mentales en síntomas orgánicos.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Acevedo, G. (2007). *Enfermar humano y resiliencia*. En: Prometeo: fuego para el propio conocimiento. No. 51. Pág. 5-15. México. Impreso en Lito Laser.
2. Alemany, C. & García, V. (1996). *El cuerpo vivenciado y analizado*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
3. Bertherat, T. & Bernstein, C. (1997). *El cuerpo tiene sus razones: Autocura y antigimnasia*. México: Paidós.
4. Buzan, T. (2004). *Tu mente en forma*. Barcelona: Urano.
5. Dethlefsen, T. & Dahlke, R. (1993). *La enfermedad como camino: Un método para el descubrimiento profundo de las enfermedades*. Barcelona: Plaza Janés.
6. Dorland, (1993). *Diccionario Medico de Bolsillo*. Madrid: Interamericana.
7. DSM – IV – TR: *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. (2003). Barcelona: Masson.
8. Finkler, P. (1986). *Cuerpo sano y mente sana*. Madrid: Ediciones Paulinas.

9. Fleche, C. (2005). *El cuerpo como herramienta de curación: Descodificación psicobiológica de las enfermedades*. Barcelona: Ed. Obelisco.
10. García, C. (1993). *Usted no tiene nada*. México: Océano.
11. Gimeno – Bayón, C. (2002). *Comprendiendo como somos: Dimensiones de la personalidad*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
12. Goleman, D. (1997) *La salud emocional: Conversaciones con el Dalai Lama sobre la salud, las emociones y la mente*. Barcelona: Kairós.
13. González, N. (1999). *Psicoterapia de grupo*. México: Manual Moderno.
14. González, L. (1991). *Salud nuevo estilo de vida*. México: Front.
15. Hernández, Fernández y Bapista, (2006). *Metodología de la investigación*. México: Mc Graw Hill.
16. Keleman, S. (1997). *Anatomía emocional: La estructura de la experiencia somática*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
17. Keleman, S. (1997). *La experiencia somática: Formación de un yo personal*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
18. Kirmayer & Robbins, (1993). Somatización, [www.fasco.uchile/publicaciones/moebio/04/silvestre.htm](http://www.fasco.uchile/publicaciones/moebio/04/silvestre.htm)



19. Mechanic. (2009) Somatización y percepción subjetiva, <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/101/10100407.pdf>
20. Papalia, D. Wendkos, S. & Duskin, R. (2004). *Desarrollo humano*. México: Mc Graw Hill
21. Reeve, J. (2003). *Motivación y emoción*. México: Mc Graw Hill
22. San Martin, H. (1975). *Salud y enfermedad*. México: Prensa Medica Mexicana.
23. Sarason, I. & Sarason, B. (1996). *Psicología anormal*. México: Prentice Hall.
24. Stahl, S. (1998). *Psicofarmacología esencial*. Barcelona: Ariel neurociencia
25. Tordjman, G. (2002). *Cómo comprender las enfermedades psicosomáticas*. Barcelona: Gedisa