



Universidad Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

Facultad de Psicología

ENFERMEDADES PSICOSOMÁTICAS UN ENFOQUE INTEGRATIVO

T E S I S

PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADA EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A

Dulce María Aguirre Núñez

Asesores

Lic. Gerardo Abel Chaparro Aguilera

Lic. Irma Herrera Obregón

Lic. Laura Castillo Guzmán



Los Reyes Iztacala, Estado de México 2019



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

AGRADECIMIENTOS

A mi Madre María de Lourdes Núñez y Colunga quien me enseñó a nunca darme por vencida, a luchar hasta lograr tus objetivos y que los tiempos de Dios son perfectos. Mamá donde estés GRACIAS.

A mi Padre Jorge E. Aguirre Alpuche por tu apoyo incondicional durante toda mi vida y tu gran amor, GRACIAS.

A mi Esposo Jesús Infante de la Fuente, por ser mi compañero de vida, por toda la felicidad y mi gran apoyo en este proceso. Te amo y gracias.

A mis Hijos Mauricio y Alejandro mis maestros de vida, mi grandes tesoros su apoyo fue determinante para lograrlo. Los amo infinitamente.

A mis Hermanos Lourdes y Jorge porque siempre han confiado en lo que puedo lograr y por todas las alegrías compartidas. Gracias Hermanos, los amo.

A mis tías y tíos Beatriz, Fernando, Guadalupe y Gustavo siempre impulsándome a ser mejor persona, siempre apoyándome incondicionalmente, pero además abrazándonos como sus hijos.

A todos los primos y primas que son parte indispensable de este proceso por todos los momentos de apoyo y diversión.

A todas mis amigas y amigos que me han acompañado tanto en la universidad y como en la vida. Me siento muy afortunada de tener muchísimos amigos: los de la Normal, los de la Universidad, los de la "bola", en Culiacán, los que encontrado en mi caminar y todas las extraordinarias personas de Guadalajara sin su gran apoyo al cuidar de familia y consejos no lo hubiera logrado. Todo el universo y coincidir con todos ustedes es un honor.

Gracias a todos mis Maestros y Profesores por sus enseñanzas y principalmente a mi asesor Gerardo A. Chaparro Aguilera.

A mis pacientes por permitirme estar a su servicio, como su terapeuta por más de 15 años

Dios, gracias por dejarme ser un canal para que obren tus milagros y tantas bendiciones recibidas.

Infinitas gracias!!!

ÍNDICE

| | |
|--|----|
| INTRODUCCIÓN | 1 |
| CAPÍTULO 1 FISIOLÓGÍA DE LAS EMOCIONES | 4 |
| 1.1. Sistema Nervioso | 7 |
| 1.1.1. Sistema Nervioso Simpático | 11 |
| 1.1.2. Sistema Nervioso Parasimpático | 12 |
| 1.1.3. Sistema Nervioso Entérico | 13 |
| 1.1.4. Las Neuronas | 13 |
| 1.1.5. Los Neurotrasmisores y Neuropeptidos | 17 |
| 1.2 Fisiología del Estrés | 21 |
| CAPÍTULO 2 INFLUENCIA DE LA FAMILIA, SOCIEDAD Y LA CULTURA EN LA CONSTRUCCIÓN DEL PROCESO SALUD – ENFERMEDAD. | 28 |
| 2.1. Aspecto Sociocultural | 29 |
| 2.2. Aspecto Familiar | 40 |
| CAPÍTULO 3 LAS EMOCIONES, SENTIMIENTOS Y CREENCIAS EN LA CONSTRUCCIÓN DEL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD. | 50 |
| 3.1. Funciones de las Emociones | 59 |
| 3.2. Clasificación de las Emociones | 61 |

| | |
|--|----|
| 3.3. Descripción de las Emociones | 62 |
| 3.4. Los Sentimientos | 66 |
| 3.5. Las Creencias | 67 |
| | |
| CAPÍTULO 4 EL PAPEL DEL PSICÓLOGO EN LOS PROCESOS DE SANACIÓN, UNA PROPUESTA INTEGRATIVA. | 74 |
| | |
| CONCLUSIONES | 93 |
| | |
| REFERENCIAS | 95 |

INTRODUCCIÓN

“No intentes curar el cuerpo, sin antes haber curado el alma”

Hipócrates

Un gran número de investigaciones en diferentes ámbitos de las ciencias de la salud han demostrado el impacto que tienen las emociones, pensamientos y creencias en la salud del ser humano. Las enfermedades en general son resultado de una serie de factores psicológicos, sociales y físicos. El presente trabajo pretende establecer cómo los procesos fisiológicos generados por el estrés, el entorno psicosocial del ser humano a través de las emociones y creencias colectivas; así como los pensamientos y emociones propias de cada individuo lo lleva a desarrollar enfermedades agudas y crónicas, así como el abordaje desde una perspectiva integral, como es el ser humano.

En general la respuesta inmunológica del cuerpo depende del nivel de estrés al que se esté sometido, por lo que se considera necesario el trabajo del psicólogo en el manejo, control y cambio de las emociones y creencias que permitan un proceso de sanación integral.

Actualmente las personas al enfrentarse a una situación de enfermedad se topan con los conceptos tradicionales de la medicina alopática donde se privilegia la parte física, pero al no encontrar una sanación física efectiva, se encuentra con una realidad complicada para encontrar nuevamente su salud, sobre todo que hay una innumerable cantidad de opciones, que por lo general cometen el mismo error de la medicina tradicional alópata de trabajar desde una área y no en forma integral.

“De la influencia del paradigma cartesiano en el pensamiento médico resulto el llamado modelo biomédico, que constituye la base conceptual de la medicina

científica moderna. Desde este momento, el cuerpo humano es visto como una máquina que puede analizarse a partir de sus diferentes partes y donde la enfermedad es el funcionamiento defectuoso de los mecanismos biológicos que se estudian desde el punto de vista de la biología celular y molecular. Por supuesto sin relación con los procesos naturales”, (Herrera y Chaparro, 2008, p.19).

El proceso salud-enfermedad es resultado de una multitud de interacciones externas psicosociales culturales y ambientales, así como internas entre cuerpo, mente y alma.

La enfermedad es única para cada individuo debido a que depende de una serie de factores entre lo destaca la forma en que vive la enfermedad teniendo como base su desarrollo sociocultural, costumbres y creencias familiares o sociales.

Elegimos permanecer en las mismas circunstancias porque nos convertimos en adictos al estado emocional que producen y a los químicos que provocan ese estado del ser. Nuestro modo de pensar afecta tanto a nuestro cuerpo como a nuestra vida. (Dispenza, 2007, p. 9).

Más allá de nuestro cuerpo las emociones juegan un papel importante en el proceso de sanación. Es importante destacar que la respuesta emocional ante un proceso de enfermedad, contribuirá a lograr que el paciente recupere su salud.

En mi práctica profesional como terapeuta alternativo durante 19 años he visto a cientos de pacientes que básicamente en su proceso de enfermedad externalizan emociones que generan una serie de respuestas tanto psicológicas, como físicas que los tienen en esa situación. Considero que el gran reto es dejar de tratar de sanar desde un punto de vista que divide al individuo y retomar la ser humano como lo que es una unidad y no solo me refiero a limitarnos al cuerpo sino a que formamos parte de un universo.

Aunque por razones prácticas y de facilitar el entendimiento del proceso de enfermedad y sanación se ha dividido en la parte física, social y emocional, finalmente pretendo generar una propuesta de trabajo integradora.

En el capítulo 1 se explica la relación entre las emociones y los procesos fisiológicos. Se ha demostrado la relación entre la mente y el cuerpo, nuestras emociones y pensamientos producen una reacción bioquímica en el cerebro, entonces el cerebro libera señales químicas que se transmiten al cuerpo, donde actúan como mensajeros el pensamiento. Los pensamientos que producen los químicos en el cerebro permiten que el cuerpo se sienta exactamente del modo en que estamos pensando. El pensamiento crea el sentimiento y entonces el sentimiento crea el pensamiento en un ciclo continuo.

El capítulo 2 se explica cómo el entorno social, cultural y familiar influye en la construcción de creencias y costumbres que generan el individuo una serie de pensamientos y emociones estresantes, sentando las bases para el desarrollo de enfermedades. En este sentido la estructura cultura, ambiental, social y familiar en que nace el ser humano va estructurando una serie de creencias sociales y familiares que de acuerdo a estas será su respuesta ante situaciones de vida.

En el capítulo 3 se desarrolla la construcción de lo psicológico a través de una descripción de las emociones, sentimientos y creencias, así como de los estados emocionales negativos crónicos como: el estrés, miedo, ansiedad, enojo y tristeza, en el desarrollo de enfermedades no solo psicosomáticas, sino también en las crónico-degenerativas y agudas.

Finalmente en el capítulo 4 se sentara una propuesta teórica para abordar las enfermedades desde un enfoque de sanación integrativo, considerando el génesis de las enfermedades desde un enfoque psiconeurosocial. Tomando en cuenta diferentes propuestas terapéuticas que nos permitan enfocar el trabajo del psicólogo desde una perspectiva holística.

1. FISIOLÓGÍA DE LAS EMOCIONES

La organización mundial de la salud define “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. (Constitución de la OMS 48ª. Edición 2014).

La forma en que sentimos las emociones y pensamos impacta directamente a nuestro cuerpo, los estados emocionales intensos o crónicos generan un nivel alto de actividad en el sistema nervioso, provocando un impacto significativo en el funcionamiento de cuerpo. “La alta activación psicológica puede estar asociada con un cierto grado de inmunodepresión, lo que nos vuelve más vulnerables al desarrollo de enfermedades infecciosas (como la gripe, herpes, etc.) o de tipo inmunológico (lupus eritematoso, esclerosis múltiples, etc.)”, (Rodríguez y Del Pino, 2011 agosto 15, p. 1).

Las emociones y los pensamientos provocan que se genere una serie de elementos fisiológicos que alteran el funcionamiento de los órganos. La generación de neurotransmisores implica cambios en los niveles hormonales y así se empiezan una serie de cambios fisiológicos que alteran el desempeño del organismo, lo mantienen en un estado de alerta ante la situación.

La emoción es un estado afectivo como respuesta a un estímulo externo que se manifiesta en cambios fisiológicos y endocrinos. Paul Ekman, de la Universidad de California, define: “La emoción es un conjunto de modificaciones corporales estandarizadas e involuntarias utilizadas para la sobrevivencia, como una respuesta”. Además en base a sus investigaciones menciona que existen expresiones faciales para cuatro de ellas (temor, ira, tristeza, placer) que son reconocidas por personas de todo el mundo. (Goleman, 1997, p. 331 y 332).

La emoción desde las neurociencias es definida como patrones de respuestas químicas y neuronales cuya función es contribuir al mantenimiento de la

vida de un organismo. Por lo que podemos decir que este es su papel fundamental. La emoción está biológicamente determinada, es automática y estereotipada. “Las emociones son impulsos para actuar, planes instantáneos para enfrentarnos a la vida que la evolución nos ha inculcado. La raíz de la palabra “emoción” es *motere*, del verbo latino “*moveré*”, además del prefijo “*e*” que implica “alejarse”, lo que sugiere que en toda emoción hay implícita una tendencia a actuar”, (Goleman, 1997, p. 24).

Goleman Daniel (1997) indica que en medida que avanzan las investigaciones se obtienen más detalles sobre la respuesta fisiológica que cada emoción principal desencadena, (pp. 25 y 26):

- Con la ira, la sangre fluye a las manos, y así resulta más fácil tomar un arma o golpear a un enemigo: el ritmo cardiaco se eleva y un aumento de hormonas como la adrenalina genera un ritmo de energía lo suficientemente fuerte para originar una acción vigorosa.
- Con el miedo, la sangre va a los músculos esqueléticos grandes, como las de las piernas, y así resulta más fácil huir, y el rostro queda pálido debido a que la sangre deja de circular por él. Al tiempo, el cuerpo se congela, aunque solo sea por un instante, tal vez permitiendo que el tiempo determine si esconderse sería una reacción más adecuada. Los circuitos de los centros emocionales del cerebro desencadenan un torrente de hormonas que pone al organismo en alerta general, haciendo que se prepare para la acción y la atención se fija en la amenaza cercana.
- Entre los principales cambios biológicos de la felicidad hay un aumento de la actividad en un centro nervioso que inhibe los sentimientos negativos y favorece un aumento de la energía disponible, y una disminución de aquellos que generan pensamientos inquietantes. Pero no hay un cambio determinado de la fisiología salvo una tranquilidad que hace que el cuerpo se recupere más rápidamente del despertar biológico de las emociones desconcertantes.

- El amor, los sentimientos de ternura y la satisfacción sexual dan lugar a un despertar parasimpático: el opuesto fisiológico de la movilización “lucha o huye” que comparten el miedo y la ira. La pauta parasimpática también llamada respuesta de la relajación, es un conjunto de reacciones de todo el organismo, que genera un estado general de calma y satisfacción, facilitando la cooperación.
- El levantar las cejas en expresión de sorpresa permite un mayor alcance visual y también que llegue más luz a la retina. Esto ofrece más información sobre el acontecimiento inesperado, haciendo que resulte más fácil distinguir con precisión lo que está ocurriendo e idear el mejor plan de acción.
- La expresión de disgusto es igual en el mundo entero y envía un mensaje idéntico: algo tiene un sabor o un olor repugnante, o lo es en sentido metafórico. Tiene en un sentido muy primitivo tapar las fosas nasales para evitar los olores desagradables.
- Una función importante de la tristeza es ayudar a adaptarse a una pérdida significativa, como la muerte de una persona cercana, o una decepción grande. La tristeza produce una caída de la energía y el entusiasmo por las actividades de la vida. Hace más lento el metabolismo de organismo. Este aislamiento introspectivo crea la oportunidad de llorar una pérdida o una esperanza frustrada, de comprender las consecuencias que tendrá en la vida de cada uno y, mientras se recupera la energía, planificar un nuevo comienzo.

“Las emociones son sustancias químicas que refuerzan neurológicamente una experiencia. Son moléculas que rigen la fisiología y tienen la particularidad de poder actuar en dos planos, ya que poseen un aspecto vibracional o de “onda” y otro de partícula o fisiológico. Todo lo que sentimos, cada emoción, produce una sustancia química específica que corresponde con esta información que circula por nuestro cuerpo y es captada por los receptores de cada célula produciendo un

cambio en ella. Las emociones son biológicas y se originan en el hipotálamo”, (Corbera y Batlló, 2015, p. 51).

1.1 Sistema Nervioso

A continuación se realizará una descripción del sistema nervioso y su fisiología con la pretensión de hacer más claro el por qué los pensamientos generan emociones y viceversa; y estas últimas generan una serie de cambios fisiológicos en el cuerpo que al convertirse en estados crónicos de estrés que van debilitándolo y creando un agotamiento del organismo.

Debemos observar que las funciones cerebrales se han ido especializando durante el proceso evolutivo del hombre, así que hay una parte del cerebro cuya función es cubrir los requerimientos básicos para la sobrevivencia controlando los procesos elementales de funcionamiento del cuerpo. “La parte más antigua de nuestro sistema nervioso central es el tronco cerebral en que se encuentra el sistema reticular y los núcleos de los pares craneales, que son doce pares de nervios sensitivos, motores o mixtos que inervan diferentes estructuras de la cabeza y el cuello. Y regula las funciones vitales relacionadas con la respiración, la digestión y la reproducción”, (Corbera y Batlló, 2015, p. 74).

El sistema nervioso, junto con el sistema endocrino proporciona la mayor parte de las funciones de regulación del cuerpo.

En el Atlas de Anatomía (España) definen al “sistema nervioso” como un sistema biológico que organiza y coordina las acciones vitales del organismo y que le permite interactuar con el mundo circundante y transformar las sensaciones en recuerdos, emociones, conciencia de sí mismo, sueños, sentimientos, lógica, creatividad e inteligencia. Este conjunto de órganos es el interviene directamente en este complejo grupo de actividades coordinándolas.

El sistema nervioso humano se divide, por razones de funcionamiento y estudio, en dos: central y periférico.

El Sistema Nervioso Central (SNC) está compuesto por el encéfalo y la médula espinal; 12 pares de nervios craneales y 31 pares de nervios espinales, y su función es interpretar e integrar la información que a este llega.

El sistema nervioso central, es una estructura anatómica enormemente compleja, recoge millones de estímulos por segundo, que procesa y memoriza continuamente, adaptando las respuestas del cuerpo a las condiciones externas o internas. Se divide según su estructura y sus funciones:

El encéfalo se subdivide en tres partes; el romboencéfalo (bulbo raquídeo o médula oblongada, el cerebelo y el puente), el mesencéfalo (techo mesencefálico), y el proencéfalo (cerebro, tálamo e hipotálamo). El encéfalo está rodeado por tres membranas, las meninges, cuyas funciones son nutritivas y de protección; la duramadre, la más exterior y sólida; aracnoides, reticular y recorrida por numerosos canales de líquido cefalorraquídeo; y piamadre la más delgada, (Atlas de Anatomía, p. 80).

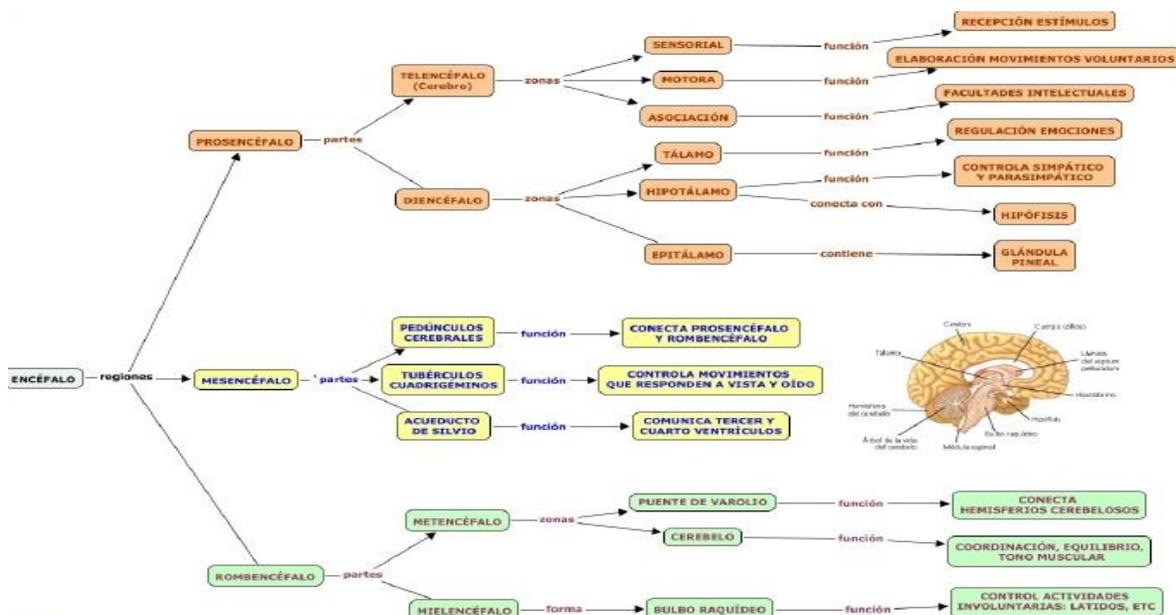


Figura 1. Elementos del Sistema Nervioso Central y sus funciones

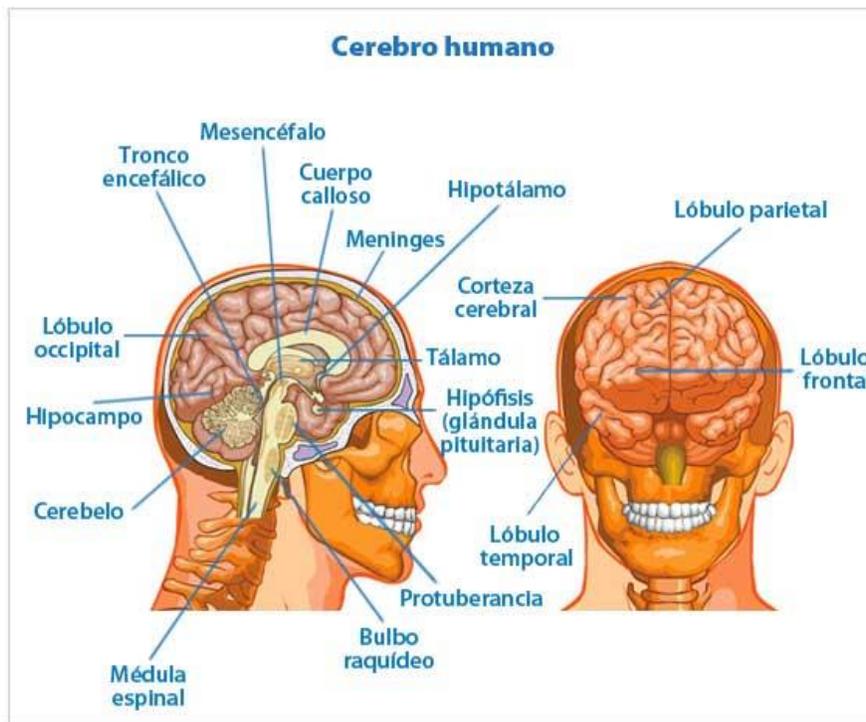


Figura 2. Anatomía del Cerebro

El cerebro está compuesto de agua y células gliales, pero principalmente por las células nerviosas llamadas neuronas. Las neuronas son las células más especializadas y el tipo de tejido más sensible de todos los sistemas biológicos. Las neuronas son las únicas células del cuerpo que se comunican directamente entre sí; envían mensajes de un lado a otro bajo la forma de señales o impulsos electroquímicos, (Dispenza, 2007, p. 76).

El Sistema Nervioso Periférico (SNP) está compuesto por los nervios que están fuera del SNC. Algunos de estos nervios llevan información al SNC, otros llevan del SNC a los músculos y a las glándulas del cuerpo. Su función es simplemente transmitir, no interpretar. El SNP se divide, a su vez, en somático (que controla las funciones voluntarias) y autónomo o visceral (que controla funciones

involuntarias). Este último se subdivide en dos: simpático y parasimpático. El sistema simpático se localiza en la región toracolumbar del cuerpo. Su función, es preparar al organismo para enfrentarse a situaciones de tensión, mediante el incremento de la velocidad de los latidos del corazón, la elevación del nivel de glucosa en la sangre, la dilatación del diámetro de los vasos sanguíneos que van al sistema digestivo, etc. Este sistema actúa en conjunción con las glándulas adrenales, las cuales secretan adrenalina, (Rivera y Rico, 1995, p. 67).

El sistema nervioso parasimpático controla la homeostasis interna del cuerpo, al optimizar la digestión, el flujo sanguíneo, la temperatura corporal, etc. En general actúa antagónicamente respecto del simpático, puesto que disminuye la velocidad de los latidos del corazón y los niveles de la glucosa sanguínea, etc. El sistema parasimpático se localiza en dos regiones del cuerpo: a) región del encéfalo y nacimiento de la medula; y b) región sacrococigea. (Rivera y Rico, 1995, p. 68)

Como señalan Corbera y Batlló (2015, p. 92), el sistema nervioso autónomo es sobre todo un sistema eferente integrado en el sistema nervioso central que transmite los impulsos desde los diferentes centros hacia los órganos periféricos. Estos centros localizados dentro del SNC son:

- Área de la corteza motora prefrontal y de la corteza cerebral.
- Tálamo, recibe toda la información procedente de los órganos de los sentidos excepto, los del olfato; clasifica estos datos y los envía a los centros correspondientes.
- Hipotálamo, es el regulador central de las funciones viscerales autónomas y endocrinas. Regula la liberación de hormonas de la hipófisis coordinando las conductas esenciales para el mantenimiento de la especie.
- Hipófisis, segrega hormonas encargadas de regular la homeostasis y hormonas que regulan la función de otras glándulas del sistema endocrino.

- Hipocampo, controla el comportamiento instintivo a través de lo aprendido de las nuevas experiencias, clasifica la información y guarda la memoria a largo plazo.
- Cerebelo, controla el equilibrio y la coordinación de los movimientos musculares.
- Tronco cerebral, controla las actividades vitales básicas, como la respiración y la circulación sanguínea.

El Sistema Nervioso Autónomo transmite los impulsos por tres divisiones, así es como lo indican Corbera y Batlló (2015, p. 92):

- ✓ Sistema nervioso simpático
- ✓ Sistema nervioso parasimpático
- ✓ Sistema nervioso entérico

El sistema nervioso simpático y el parasimpático están constituidos por dos elementos anatómicos:

Una neurona preganglionar cuyo cuerpo está en el sistema nervioso central y su axón termina en un ganglio fuera del Sistema nervioso central.

Una segunda neurona postganglionar cuyo cuerpo está situado en un ganglio y su axón conduce el impulso a las vísceras.

Ambos sistemas son complementarios y tienen una función superpuesta y antagónica.

1.1.1 Sistema nervioso simpático (SNS)

Las fibras nerviosas simpáticas preganglionares nacen en los segmentos torácicos y lumbares de la médula espinal, desde la vértebra dorsal 1 (T1) hasta la lumbar 3 (L3). Estas fibras salen de la médula y llegan a una cadena de ganglios situados por delante y a los lados de la columna vertebral. Desde estos ganglios, las fibras

nerviosas simpáticas postganglionares viajan en los nervios espinales hasta los vasos sanguíneos, las glándulas sudoríparas, los músculos erectores del pelo o a varios órganos internos. (Corbera, y Batlló, 2005, p. 94).

El sistema simpático funciona como un sistema de emergencia que nos prepara para la acción por que toma el control de muchos órganos internos cuando la persona realiza un ejercicio extenuante o experimenta emociones intensas como la ira, el miedo o cuando tenemos que enfrentarnos a estrés produciendo rápidamente cambios generalizados en todo el cuerpo. Los síntomas generales cuando se activa son: dilatación de la pupila, manos frías, insomnio, pérdida de apetito, pensamientos obsesivos, aumento de la presión arterial y de la frecuencia cardíaca. (Corbera y Batlló, 2005, p.94).

Estos cambios se coordinan a través de dos neurotransmisores que se segregan en la glándula suprarrenal: cuando recibe un estímulo del sistema simpático, libera adrenalina (80%) y noradrenalina (20%), que coordinan la respuesta de huida o lucha.

1.1.2. Sistema Nervioso Parasimpático

También conocido como sistema vago, colinérgico o cráneo-sacro. Las fibras nerviosas parasimpáticas preganglionares se localizan en la sustancia gris del tronco encefálico y en los segmentos sacros de la médula espinal. Las fibras se extienden hasta terminar en los ganglios parasimpáticos situados en la cabeza y en las cavidades torácica y abdominal, y sus cortas prolongaciones se extienden hacia las estructuras vecinas, entremezclándose con las neuronas del sistema entérico. Por esto la mayor parte de sus acciones son principalmente específicas. (Corbera, y Batlló, 2005, p.95)

La función del sistema parasimpático es controlar muchos sistemas en condiciones normales y durante el sueño, así como restablecer su funcionamiento una vez pasada la situación de estrés.

Los síntomas generales cuando se activa el parasimpático son: manos calientes, somnolencia, recuperación del apetito, cansancio general, disminución de la tensión arterial, recuperación de la coloración normal de la piel. El principal neurotransmisor es la acetilcolina.

1.1.3. Sistema Nervioso Entérico

Está constituido por las neuronas situadas en la pared del tubo digestivo. Controla la función del tracto gastrointestinal, del páncreas y de la vesícula biliar. En un sistema relativamente independiente del SNC y, aunque recibe impulsos del sistema simpático y parasimpático, contiene circuitos intrínsecos formados por neuronas que responden a cambios en la tensión de la pared intestinal y a cambios de entorno químico intestinal. (Corbera y Batlló, 2005, p. 95).

La función del sistema nervioso autónomo es regular el funcionamiento involuntario automático del cuerpo, para mantener o restaurar rápidamente la homeostasis. Muchos órganos internos reciben fibras tanto simpáticas como parasimpáticas, ejerciendo influencias opuestas y antagónicas. Las neuronas pre y postganglionares están influenciadas continuamente por los impulsos de las neuronas superiores, especialmente por ciertas áreas del sistema límbico, conocidas en conjunto como el cerebro emocional. A partir de las vías de conducción de estas áreas, las emociones dirigen la fisiología del organismo, produciendo cambios generalizados en las funciones automáticas del cuerpo.

1.1.4 Las Neuronas

Las neuronas son las células más importantes que constituyen el cerebro, también son el componente fundamental de nuestro sistema nervioso.

El núcleo de una célula nerviosa, contiene información genética que se denomina ADN, la cual dirige la producción de proteínas necesarias para la

estructura y función de la célula. El ADN de nuestras células nerviosas es casi igual al ADN de cualquier otra célula del cuerpo. Lo que diferencia a un tipo de célula de otra es la expresión activa de apenas unos pocos genes particulares. Lo que también diferencia a una célula nerviosa de otro tipo de células es su estructura externa. La neurona tiene dos tipos de apéndices (también conocidos como neuritas) que se prolongan desde el cuerpo de la célula en dos sentidos casi opuestos. El tronco del árbol neuronal es una fibra larga denominada axón; todas las neuronas tienen un solo axón. La longitud del axón varía de una décima de milímetro a dos metros. Si se observa el tronco de árbol del axón, vera extremos similares a raíces que se denominan terminales del axón, (Dispenza, 2007, p.77).

El axón se va angostando en ramas menores que siguen dividiéndose en ramas y ramitas son extensiones flexibles, denominadas dendritas. Las dendritas terminan en diminutas protuberancias granulares llamadas dendríticas. Estas extensiones similares a perillas son los receptores específicos de información de las dendritas, y son importantes para el proceso de aprendizaje. (Dizpenza, 2007, p. 79).

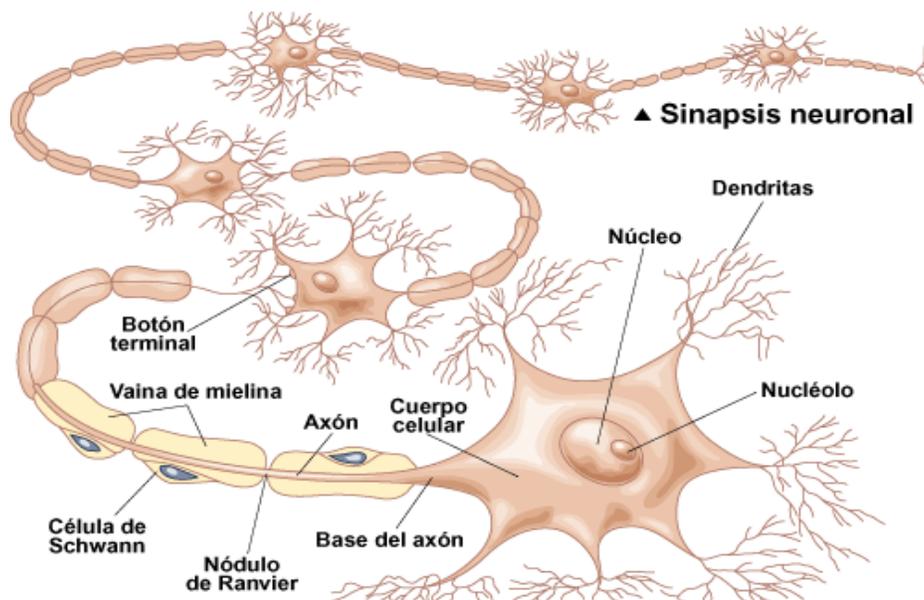


Figura 3. Anatomía de la Neurona

Existen distintos tipos de neuronas especializadas, las cuales reciben y emiten una cantidad innumerable de señales electroquímicas a neuronas vecinas. La clasificación de las neuronas depende de varios factores como su ubicación, su forma, el sentido de conducción de los impulsos y el número de prolongaciones que posee. Las neuronas sensoriales reciben información tanto del exterior como del interior del cuerpo mediante nuestros sentidos, y envían esa información al cerebro o a la medula espinal. Las neuronas motoras transportan señales desde el cerebro o la medula espinal hacia el cuerpo, provocando que se produzca el movimiento o una función específica del tejido o un órgano. (Dispenza, 2007, p. 79).

Otra clasificación es de acuerdo a la cantidad, longitud y modo de ramificarse de las neuritas o ramas celulares. Las neuronas unipolares tienen solo una neurita que divide una corta distancia desde el cuerpo celular en dos ramas. Las neuronas bipolares, tienen un cuerpo celular alargado y de cada uno de sus extremos sale una neurita, son menos numerosas y solo tienen un axón y una sola dendrita. Las neuronas multipolares tienen una cantidad de neuritas de axón que surgen del cuerpo celular, tienen un axón y varias dendritas. La gran mayoría de las células del cerebro y médula espinal son multipolares. Las neuronas también se clasifican según el tamaño. Las neuronas de Golgi tipo I, tienen un axón largo que puede medir hasta un metro. Sus axones se forman de fibras del cerebro y de la medula espinal, así como de los nervios periféricos que salen de la espina. Las células piramidales de la corteza cerebral, las células de Purkinje del cerebelo, las células motoras de la medula espinal (Dispenza, 2007, p. 80).

Las células nerviosas más numerosas son las neuronas multipolares de axón corto conocidas como neuronas de Golgi tipo II. Sus cortas ramas suelen terminar cerca del cuerpo celular y en algunos casos, el axón incluso puede estar ausente. Las neuronas de Golgi tipo II tienen un aspecto similar al de una estrella.

Tipos de neuronas

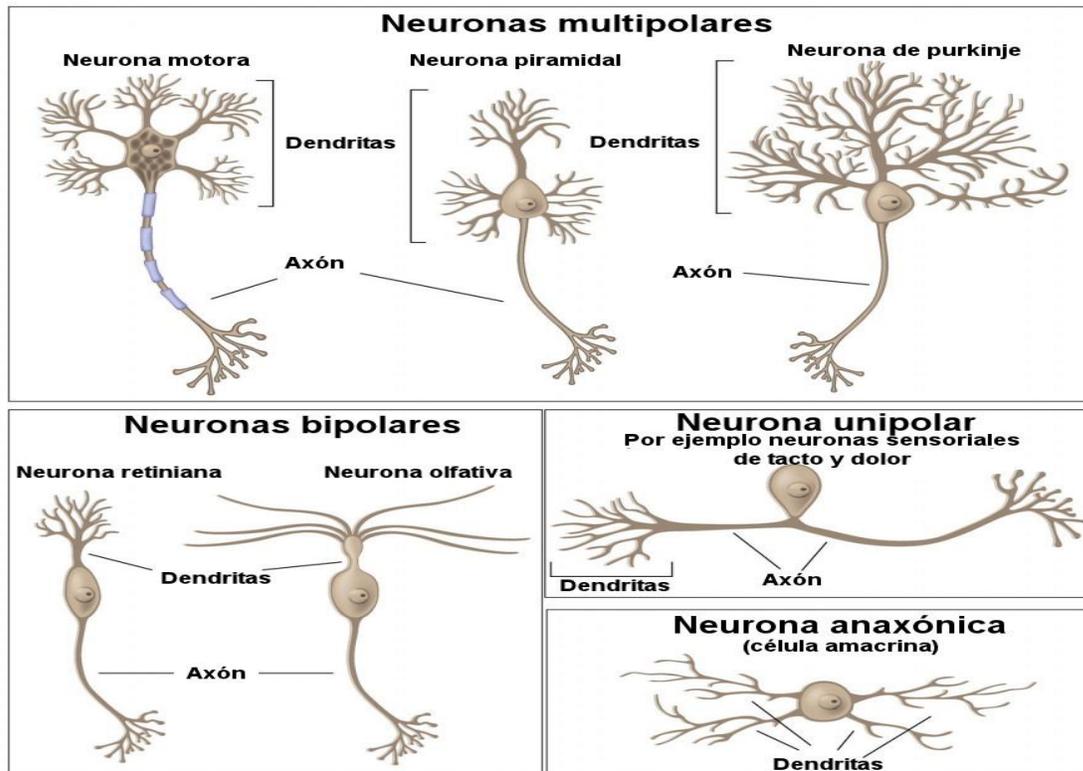


Figura 4. Clasificación de las Neuronas

Es indispensable saber que la transmisión de información del sistema nervioso central ocurre en forma principal a través de sucesión de neuronas, una después de otra. Sin embargo, no es aparente que cada impulso A) pueda ser bloqueado en su transmisión de una neurona a la siguiente, B) pueda ser cambiado de un impulso único a uno repetitivo o C) pueda ser integrado con impulsos de otras neuronas para proporcionar patrones muy complejos de impulsos en neuronas sucesivas. Todas estas funciones se denominan funciones sinápticas de las neuronas.

La mayor parte de las sinapsis que se utilizan para la transmisión de impulsos en el sistema nervioso central humano son sinapsis químicas. En este tipo de sinapsis la primera neurona secreta una sustancia química llamada neurotransmisor

en la sinapsis; esta sustancia a su vez actúa sobre las proteínas receptoras en la membrana de la siguiente neurona, que la pueden excitar, inhibir o modificar su sensibilidad de otra manera. Se conocen casi 40 diferentes sustancias transmisoras; las mejor conocidas son acetilcolina, noradrenalina, histamina, ácido gammaaminobutirico (GABA) y glutamato. (Guyton y Hall, 1998, p. 363).

La sinapsis tiene una característica muy importante que las convierte en la forma ideal de transmisión de los impulsos del sistema nervioso central: siempre transmiten en una sola dirección; esto es, de una neurona que secreta el transmisor, llamada neurona presináptica, hacia la neurona que funciona como transmisora, llamada neurona postsináptica. Este es el principio de la conducción en una sola dirección a través de las sinapsis químicas. (Guyton y Hall, 1998, p. 363). Este mecanismo de conducción en un solo sentido permite que el estímulo avance hacia objetivos específicos. Por lo que constituye el mecanismo característico de transmisión de impulsos hacia áreas pequeñas o amplias dentro del sistema nervioso que le permiten a este desempeñar sus múltiples funciones.

Cuando un impulso nervioso viaja por una neurona hasta el extremo mismo del axón, alcanza la terminal pre sináptica que está en el extremo emisor de la brecha sináptica, en la terminal pre sináptica hay minúsculas vesículas sinápticas, que almacenan mensajeros químicos denominados neurotransmisores. Los neurotransmisores pasan información entre neuronas a través del espacio sináptico en dirección a otras partes del cuerpo, para organizar funciones específicas, (Dispenza 2007, p. 89).

1.1.5. Los Neurotransmisores y Neuropeptidos

Los neurotransmisores también producen los estados de ánimo que matizan las experiencias. La química cerebral que se crea diariamente por los pensamientos, determina las sensaciones de cada persona.

Los impulsos eléctricos que generan las neuronas se transmutan en impulsos químicos en la sinapsis por medio de los neurotransmisores. Estos mensajes químicos estimulan complejas interacciones moleculares, incluidos flujos de iones, que disparan impulsos eléctricos en la neurona vecina.

A continuación se hará una breve descripción de aporte que tienen los neurotransmisores y péptidos en la transmisión de impulsos nerviosos que llevan al cuerpo a estados de alerta o relajación.

Los neurotransmisores se encuentran en diferentes concentraciones de acuerdo al área del cerebro que se requieren. Los principales neurotransmisores son el glutamato, el GABA (gamma.aminobbuty acid o ácido gamma-aminobutírico), la acetilcolina, la serotonina, la dopamina, la melatonina, el óxido nítrico y diversas endorfinas. Los neurotransmisores realizan diferentes tipos de funciones. Estimulan, inhiben o cambian la actividad de una neurona a nivel celular. Pueden hacer que una neurona se desenganche de su conexión actual o que se afirme. Los neurotransmisores también pueden enviar a las neuronas vecinas señales para que se estimulen, o pueden mandarle a la siguiente neurona en la cadena un mensaje que inhibirá o detendrá por completo un impulso nervioso. Pueden cambiar el mensaje enviado a una neurona y generar otro nuevo y todo puede ocurrir en milésimas de segundo.

Hay dos tipos de neurotransmisores en el cerebro y en el sistema nervioso:

- a) Los neurotransmisores excitadores estimulan o activan las transmisiones nerviosas; cambian el estado eléctrico de la membrana postsináptica, permitiendo que se inicie el potencial de acción en la célula próxima. Estos químicos con la adecuada combinación generan que se produzcan las funciones mentales a una extrema velocidad.
- b) Los neurotransmisores inhibidores hacen que se detenga la actividad en la siguiente neurona y finalizan la excitación en la terminal postsináptica de la célula nerviosa receptora.

Ahora bien también podemos clasificarlos en otros dos grupos de transmisores sinápticos. Uno está compuesto por una molécula pequeña que son los que hemos venido hablando que actúan rápidamente como transmisor. Y los otros transmisores son una cadena larga de neuropéptidos. La molécula pequeña que actúa rápidamente como transmisor proporciona las respuestas agudas del sistema nervioso, como la transmisión de impulsos sensoriales hacia el cerebro y los impulsos motores hacia los músculos. Los neuropéptidos ocasionan acciones más prolongadas, como los cambios a largo plazo sobre receptores, cierre de algunos canales iónicos y quizá cambios a largo plazo en la sinapsis.

Los neurotransmisores más importantes son los siguientes:

1. La acetilcolina la secretan neuronas en diversos sitios del cerebro, de manera especial en las células piramidales grandes de la corteza motora, además de diversas neuronas en los ganglios basales, las motoneuronas que inervan los músculos esqueléticos, neuronas preganglionares del sistema nervioso simpático, posganglionares del sistema parasimpático y algunas neuronas posganglionares del sistema nervioso simpático en general tiene un efecto excitatorio, aunque se sabe que posee efectos inhibitorios sobre algunas terminaciones nerviosas parasimpáticas periféricas, como la inhibición del corazón a través de los nervios vagos.
2. La noradrenalina es secretada por muchas neuronas cuyos cuerpos celulares se localizan en el tallo encefálico e hipotálamo. Las neuronas secretoras de noradrenalina se localizan en el locus ceruleus del puente, envían fibras nerviosas a diversas áreas del cerebro y colaboran en la regulación de la actividad global y el estado de ánimo. Es probable que active receptores excitatorios en la mayor parte de estas áreas, aunque en otra excita los receptores inhibitorios. La noradrenalina también es secretada por las neuronas posganglionares del sistema nervioso simpático, donde inhiben y excitan algunos receptores.

3. La dopamina la secretan neuronas que se originan en la sustancia negra. Las terminaciones de estas neuronas se localizan sobre todo en la región estriada de los ganglios basales. Su efecto es usualmente inhibitorio.
4. La glicina es secretada en la sinapsis de la medula espinal principalmente. Es probable que actúe como transmisor inhibitorio.
5. El ácido gammaaminobutírico (GABA) es secretado por terminaciones nerviosas en la medula espinal, cerebelo, ganglios basales y algunas áreas de la corteza y produce inhibición.
6. El glutamato se secreta en las terminaciones presinápticas de numerosas vías sensoriales y áreas de la corteza su efecto es excitatorio.
7. La serotonina es secretado por los núcleos que se originan en el rafe medio del tallo encefálico y se proyectan hacia varias áreas nerviosas, en especial las astas dorsales de la médula e hipotálamo. La serotonina actúa como inhibidor en las vías del dolor en la medula y se piensa que colabora en la regulación del humor y ocasiona sueño. (Guyton y Hall 1998, p. 366).

Ahora bien se describirán otros elementos muy importantes que contribuyen a la química celular de las neuronas y nos referimos a los neuropéptidos.

Los tipos de neuropéptidos neurotransmisores no se sintetizan en las terminales presinápticas, aunque se sintetizan junto con las vesículas nuevas en el soma de la neurona. Después las vesículas se transportan hacia las terminaciones de las fibras nerviosas por flujo axonal del citoplasma del axón, donde viajan a baja velocidad algunos centímetros por día. Por último estas vesículas liberan su transmisor en respuesta a los potenciales de acción, de la misma manera que lo hacen los transmisores de moléculas pequeñas.

Algunos de los neuropéptidos más importantes son:

1. Hormona de liberación hipotalámica: son hormonas que causan liberación de hormonas hacia la circulación general por la hipófisis.

2. Péptidos hipofisarios: son liberados dentro de la hipófisis posterior. Un ejemplo es la vasopresina que cuando pasa a la sangre se transporta hacia los riñones donde ocasiona retención de agua, función llamada “hormona antidiurética” (ADH).
3. Péptidos de sueño: estos péptidos pequeños se liberan en las regiones basales del cerebro y actúan sobre otras neuronas cerebrales para promover el sueño, (Guyton y Hall, 1998, p. 367).

1.2. Fisiología del Estrés

Todos estos procesos químicos generados en el sistema nervioso son parte del proceso natural de sobrevivencia del ser humano, donde se inicia el problema es en las características de la vida actual. El ser humano vive en estados continuos de estrés lo que impide que el cuerpo tenga su proceso natural de regeneración en consecuencia empieza un decaimiento de los procesos naturales de regeneración, aunado a una mayor generación de sustancias químicas propias del cuerpo que lo mantienen en un estado de alerta permanente.

Vivir con estrés es vivir en el modo de supervivencia; son una y la misma cosa. El estrés es el estado en que el estado en que el cuerpo sale del equilibrio homeostático normal. Cuando reaccionamos ante algo, el cuerpo produce numerosos cambios químicos que alteran el orden fisiológico y químico normal. Un factor de estrés es algo que perturba el normal equilibrio químico del cuerpo. Y la respuesta al estrés es lo que hace el cuerpo para reestablecer el equilibrio homeostático normal. Es importante entender que nuestro modo de reaccionar ante el entorno o de pensar en respuesta a algunos momentos pasados o futuros que pueden resultar estresantes, es el responsable de la mayor parte de las enfermedades que sufrimos, sean físicas o emocionales. Cuando de manera repetida (crónica) nos ponemos en el modo de alto nivel de estrés, o cuando estamos excesivamente alertas, buscando factores estresantes que pueden

afectarnos en algún momento en el futuro, todo el tiempo generamos la respuesta de emergencia del cuerpo ante el estrés. Si estamos siempre demasiados alertas o en el modo de emergencia, nuestro cuerpo no tiene ni el tiempo ni los recursos necesarios para repararse y regenerarse, (Dispenza 2007, p. 271).

Las reacciones emocionales mantienen niveles de activación fisiológica intensos. La alta activación psicológica puede estar asociada con un cierto grado de inmunodepresión, lo que nos vuelve más vulnerables al desarrollo de enfermedades infecciosas o de tipo inmunológico. (Rodríguez y Del Pino, 2011, p.1).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) afirma que más del 90% de las enfermedades tienen un origen psicosomático; de hecho, las características de personalidad, el manejo que tenemos de las emociones y la manera de lidiar con el estrés, conflictos, fracasos y frustraciones pueden potenciar o desarrollar diversas enfermedades. (Rodríguez y Del Pino 2011, p. 3).

Es importante la comprensión de los aspectos fisiológicos de las respuestas ante emociones generadas por el estrés porque generalmente los enfermos disocian las enfermedades de estados emocionales estresantes tanto como generadores o como un impedimento para recobrar su salud. Y precisamente estas respuestas ante aspectos alterados de la conciencia es lo que provoca un desequilibrio en el funcionamiento del cuerpo.

Dispenza (2007 p. 272) indica que se responde al estrés en dos formas respuesta neurológica y respuesta química. El proceso neurológico que constituye una respuesta al estrés se desarrolla de la siguiente manera:

1. La primera respuesta es la más inmediata. En ella, el sistema nervioso automático se enciende en respuesta a algo, real o imaginario, en el entorno.
2. El sistema nervioso automático pasa la información directamente por la médula espinal y los nervios raquídeos a los nervios periféricos que son los que están conectados más fácil y directamente con las glándulas suprarrenales.

3. Una vez que este rayo de información llega a las glándulas suprarrenales, estas producen adrenalina (también conocida como epinefrina), que va directamente al torrente sanguíneo.

Esta primera respuesta –inmediata- se lleva a cabo en un instante. Les da un golpe a las suprarrenales, lo que resulta en una alteración radical en nuestra constitución química, además de una cantidad de otras respuestas fisiológicas. El cuerpo apaga o reduce las funciones que no son esenciales, como la digestión, y la sangre se desvía a los órganos internos a los músculos, a fin de prepararlos para la acción. Estamos en un estado de atención y energía elevadas. Estamos listos para luchar o huir. Todo este proceso ocurre en cuestión de segundos.

Al igual que la respuesta neurológica al estrés, la respuesta química al estrés puede dispararse por un mero pensamiento interno o por una reacción ante algo fuera de nosotros. Este proceso ocurre de la siguiente manera: cuando tenemos una reacción ante un factor de estrés, el cerebro enciende diversas redes neuronales a través de varios sistemas. Esas redes neuronales envían una señal a una parte del mesencéfalo denominada hipotálamo. El hipotálamo es una especie de fábrica que recibe materias primas químicas y las ensambla para producir péptidos. Un péptido es un mensajero químico que le indica al cuerpo que debe activarse de alguna manera determinada, (Dispenza, 2007, p. 273).

En la respuesta al estrés, el péptido que se fabrica en el hipotálamo se denomina hormona liberadora de corticotrofina. Una vez que esta hormona es liberada, le envía un mensaje químico a la glándula pituitaria. Cuando la pituitaria recibe la señal del hipotálamo, produce otro péptido, llamado hormona adrenocorticotrófica o corticotrofina (ACTH). El nuevo mensaje químico ahora es aceptable para los receptores que se ubican en las células de las glándulas suprarrenales del cuerpo. Los glucocorticoides son hormonas esteroides segregadas por las glándulas suprarrenales. Tal como sucede con la respuesta neurológica, en el cuerpo ocurren cambios fisiológicos similares en respuesta a la presencia de estos químicos que están siendo liberados. Los químicos de la vía

lenta se hacen mediante el eje formado por el hipotálamo, la pituitaria y la glándula suprarrenal, y su acción puede llevar algunos minutos u horas. (Dispenza, 2007, p. 274).

Siempre que estemos en presencia de un factor estresante o nos anticipemos a una situación y haya cambios en cualquier nivel normal (presión arterial, ritmo cardiaco, dilatación de pupilas, equilibrio químico) estamos experimentando estrés. El cuerpo siempre va tratar de regresar a su estado normal y reacciona al estrés liberando grandes cantidades de adrenalina y glucocorticoides. Las personas estamos sujetos a tres tipos de estrés: físico, químico y emocional/psicológico. El estrés físico es aquel que involucra sucesos como accidentes, caídas, lesiones debidas a un esfuerzo excesivo o condiciones ambientales adversas. El estrés químico está relacionado con la exposición a agentes como toxinas, alérgenos, contaminantes y otros factores químicos. El estrés emocional o psicológico se refiere a estados tales como preocupación en relación al tiempo, dinero, profesión y la pérdida de un ser querido, (Dispenza, 2007, p. 275).

Independientemente del tipo de estrés al que estemos sometidos la respuesta de lo corporal es la misma, además de que puede ser aguda o crónica. Los seres humanos somos capaces de generar misma respuesta al estrés tan solo con pensarlo y esto nos lleva al aspecto más dañino el estrés crónico. Así mismo el mayor daño es generado por el estrés emocional o psicológico ya que si consideramos nuestro sofisticado neurocortex y nuestra compleja interacción con nuestro entorno, este tipo de estrés es el más extendido. Por otro lado el estrés psicológico puede producir estrés físico y en consecuencia estrés químico, (Dispenza, 2007, p. 275).

La mayoría de las consultas médicas en la actualidad son resultado de estados de estrés crónico y es que el ser humano tiene la tendencia a anticiparse a sucesos y a través de sus pensamientos estar generando este estado que lo lleva a presentar en muchas ocasiones enfermedades físicas como resultado de los constantes cambios físicos y químicos internos.

Los altos niveles de hidrocortisona colapsan el sistema inmune. Una vez comprometido el sistema inmune nos enfermamos y nuestros sistemas ya debilitados reciben un doble golpe: uno por la enfermedad y otro el estrés generado por estar enfermos. (Dispenza, 2007, p. 278).

Las emociones primarias o básicas dependen del sistema límbico principalmente de la amígdala y de la corteza cingular anterior. El hipocampo está asociado a la memoria, la situación de conflicto queda grabada en él, en un espacio/tiempo determinado. La amígdala es la que se encarga de registrar el ambiente emocional en el hipocampo. Como ya se mencionó anteriormente el cuerpo reacciona con una serie de cambios fisiológicos y una vez que el cuerpo ha reaccionado, el cerebro asimila los cambios y los traduce al lenguaje de las emociones: es cuando se sienten, y es así cuando se puede racionalizar y se toma una decisión. Entonces las emociones son biológicamente necesarias para tomar decisiones, (Corbera y Batlló, 2005, p. 52).

La emoción social se relaciona con la corteza prefrontal y somatosensorial, ambas tienen un rápido acceso a la información visual, conectando categorías de objetos y situaciones para iniciar el ciclo. Cuando no pasamos a la acción o reprimimos las emociones, estas quedan registradas neurológicamente.

Cuando el sistema inmunológico se ve comprometido el cuerpo no puede luchar contra los patógenos y las infecciones hacen sus estragos correspondientes.

La respuesta al estrés derivada de nuestros pensamientos y sensaciones suele causar un daño a largo plazo, mayor que el factor de estrés mismo. El exceso de CRH (hormona liberadora de corticotropina) reduce la producción y secreción de la hormona del crecimiento, además afecta la digestión teniendo como resultado el síndrome de colon irritable. Por otra parte la conexión hipotálamo-pituitaria-suprarrenal esta hiperactiva, las células del cuerpo pueden dejar de tomar glucosa en respuesta a la insulina: genera diabetes. También hay estudios que indican que

el exceso de CRH juega un papel importante en los desórdenes mentales y contribuye a las fobias y ataques de pánico, (Dispenza, 2007, p.284).

Es importante destacar que los estados de estrés crónicos también empiezan a generar incremento en la frecuencia cardíaca y en la presión arterial, y si es contante o permanente nos deriva a situaciones físicas crónicas y por ende enfermedades coronarias y de presión arterial. Estudios han demostrado que estresores potenciales como grandes cambios, situaciones vitales crónicas y pérdida de apoyo social, están relacionados con enfermedades cardiovasculares debido a que como ya se mencionó la secreción de hormonas parecen contribuir en este tipo de enfermedades, ya que incrementan la tendencia de coagulación de la sangre, elevan los niveles de ácidos grasos libres y triglicéridos que obstruyen las arterias y aumentan la presión arterial, (Rodríguez y Del pino, 2011 p. 7).

Hay un concepto que debemos considerar debido a que muchas veces es donde radica el que las personas resistan el cambio a nuevos paradigmas de salud y me refiero al cerebro reptiliano, este corresponde a la parte más antigua en la evolución del cerebro. Está formado por los ganglios basales, el tronco cerebral y el sistema reticular. Se encarga de lo intuitivo. “Se trata de un tipo de conducta instintiva programada y poderosa, por lo que es muy resistente al cambio. Se ocupa de las rutinas, los hábitos, la territorialidad, el espacio vital, las adicciones, los rituales, los ritmos, las imitaciones, las inhibiciones y la seguridad. Es el responsable de las conductas automáticas, las que conciernen a la preservación de la especie y a los cambios fisiológicos necesarios para la supervivencia. El cerebro reptiliano es, un guardián de la vida, donde se encuentran los sentidos más importantes para la supervivencia y la lucha. Este cerebro donde las adicciones tanto a algo como a alguien, son muy poderosas, (Corbera y Batlló, 2015, p.35).

En ese sentido Rainville (1995) señala que si la información retenida está en resonancia con un dato instalado en la memoria emocional, el cerebro límbico reaccionara en ese mismo momento para ordenar la acción que juzgue apropiada para tal situación. Y que esto no quiere decir que la acción sea necesariamente

apropiada por el cerebro límbico la ordenará en función del recuerdo que tiene la memoria. (Rainville, 1995, p. 61).

Una emoción violenta, provocada por el miedo, el enfado o la pérdida de un ser querido, puede imponer a nuestro organismo cambios fisiológicos capaces de afectar a nuestros órganos y complicar gravemente nuestra salud. De igual manera, cuanta más emoción sienta al recibir una información, más fuerte será la respuesta del hipotálamo, porque la emoción dirige la energía de cada situación concreta. (Rainville, 1995, p. 60).

Lipton, B. (2005) concuerda con los puntos de vista anteriores al señalar que vivimos en un mundo que nos mantiene de manera constante en el modo “listos” y un creciente número de investigaciones sugiere que nuestro estilo de vida en alerta continua supone un serio problema para nuestra salud. El estrés diario activa de forma constante el eje HPA (se denomina eje HPA que son las siglas en inglés para el eje Hypothalamus-Pituitary-Adrenal), preparando a nuestros cuerpos para la acción. (Lipton, 2005, p. 206).

Aunque las emociones son respuestas fisiológicas, como lo mencionan diversos autores, los seres humanos somos los únicos que podemos mantener un estado de alerta o estrés permanente gracias a nuestros pensamientos, sentimientos o estilo de vida, y es donde intervienen estos aspectos fundamentales en la conformación de un estado de salud deteriorado.

Si bien en este capítulo he destacado la parte fisiológica no quisiera que se considerara como si fuera lo más importante, realmente se pretende generar una comprensión de cómo están interrelacionados los aspectos físico, social y psicológico y de esta manera tener un manejo terapéutico integral.

2. INFLUENCIA DE LA FAMILIA, SOCIEDAD Y CULTURA EN LA CONSTRUCCION DEL PROCESO SALUD - ENFERMEDAD

El individuo no está aislado, desde que nacemos nos encontramos con la influencia de nuestro entorno, los primeros contactos nos van dejando recuerdos y aprendizajes que van conformando la personalidad. Es donde debemos reflexionar que en el proceso de salud-enfermedad la vivencia del individuo con su familia y los grupos sociales con los que se relaciona van influir directamente en su estado físico y emocional. “La salud del hombre es un complejo proceso sustentado en la base de un equilibrio bio-psico-social. La salud y la enfermedad son estados que se hallan en equilibrio dinámico, y están codeterminados por variables de tipo biológico, psicológico y social.” (Rodríguez y Del Pino 2011, p. 2).

Es preciso considerar que “los factores psicosociales como procesos que se manifiestan dentro y fuera de la persona abordando diversos niveles: órgano, individuo, familia, sociedad, cultura, naturaleza y cosmos”, (Martínez, Comiendo emociones: una aproximación a la gastritis en Una aproximación al proceso órgano-emoción, 2008, p. 27); influyendo tanto en la salud como en la construcción de la enfermedad.

El síntoma normalmente es una manifestación biológica en el individuo tanto aguda o progresiva que independientemente del cómo se presente es lo que provoca que se busque el apoyo profesional. “Aunque una enfermedad se experimenta a través de la biología, también involucra la psicología y un componente cultural intenso que a menudo pasamos por alto. El argumento cultural moderno se opone a esta idea y así creemos que nuestra biología en gran medida ha sido separada de la cultura. No hemos considerado que una buena parte de nuestra respuesta a cualquier circunstancia, incluidas la manifestación y duración

de los síntomas y las enfermedades, está relacionada con el modelo contextual mediante el cual vemos y experimentamos el mundo”. (Epstein, 2002, p. 5).

El trayecto hacia la generación de la enfermedad nos lleva a través de las creencias de enfermedad y salud construidas en el entorno familiar, social y cultural. A que me refiero si en una familia hay antecedentes de enfermedades crónico degenerativas, tanto social como medicamente se establece la creencia de que el individuo perteneciente a esta tiene una alta propensión a contraerla o padecerla.

El sentido de pertenencia hace que el individuo se apropie de creencias colectivas aceptadas social y culturalmente en los aspectos de salud y enfermedad, generando que las asuma como propias. A continuación se desglosa los aspectos social-cultural y familiar más como forma explicativa.

2.1. Aspecto Social y Cultural

Epstein comenta: “He llegado a darme cuenta de que nuestra capacidad para sanar es afectada más a menudo por los mitos colectivos de la sociedad que por nuestros síntomas, enfermedad o circunstancias personales. Los discursos que tenemos acerca de quiénes somos, que se requiere para sanar y como vemos nuestro lugar en el esquema general de las cosas, a menudo limitan los profundos momentos de la curación fisiológica. (Epstein, 2002, p. 8).

Entender al ser humano ubicado en la historia de un país, una familia, en una serie de relaciones emocionales, nos abre la posibilidad de otra lectura del proceso de la enfermedad. (Herrera y Chaparro, Ambiente y diabetes, en una Aproximación.. 2008, p. 21).

México tiene una historia que enaltece sentimientos y cultiva su expresión, pero también castiga y reprime fuertemente otros en las formas de relaciones sociales. Asimismo, cada familia ejerce también formas de vida y crianza que van fortaleciendo y estimulando el desarrollo de algunos sentimientos y castigando

otros; son esas forma de vida en lo cotidiano las que establecen las condiciones de construcción de lo corporal, introyectando ideas como: “los hombres no lloran”, “solo sufren los tontos” o “gorditos y bonitos”; ideas que se hacen carne y que controlan las formas en que resolvemos o no la vida, con esto nos referimos a las forma de resolver, postergar o evadir conflictos; los hábitos alimenticios y en general todo lo que conforma la cotidianidad del sujeto, (Herrera y Chaparro, 2008, p. 21).

Las tendencias biológicas (emociones), están moldeadas además por nuestra experiencia de la vida y nuestra cultura. Por ejemplo, universalmente la pérdida de un ser querido provoca tristeza y pesar. Pero la forma en que mostramos nuestro pesar – cómo se demuestran las emociones o se contienen para los momentos de intimidad – esta moldeada por la cultura, lo mismo que el hecho de decidir que personas de nuestra vida entran en la categoría de “seres queridos” a los que llorar, (Goleman, 1997, p. 26).

Las representaciones simbólicas del deber ser se materializan en el cuerpo en todos los discursos que la persona hace suyos, de manera que hay mandatos sociales instituidos en el cuerpo, (Herrera y Chaparro, 2008, p. 23).

En este sentido es necesario considerar que los mitos sociales son relevantes para la construcción de lo corporal y la enfermedad. La palabra “mito” se deriva del término en latín *mythos* o relato. Se considera que los mitos o relatos predominantes de una sociedad constituyen su norma o “realidad”, y nuestros mitos son sagrados. A lo largo de la historia humana, las personas que han sido ridiculizadas, excluidas y castigadas severamente nada más por poner en duda o desafiar una “alucinación cultural o mito de su época. Nuestra cultura y relatos determinan en gran medida la manera como experimentamos el mundo y nuestro lugar dentro de él; también establecen el fundamento del modo en que responderá nuestra fisiología a los desafíos de la vida. (Epstein, 2002, pp. 1 y 2).

Al respecto Rollo May indica que el mito o relato lleva consigo los valores de la sociedad, mediante él encuentra el individuo su sentido de la identidad. La

narración siempre se inclina hacia la totalidad más que a la especificidad, es básicamente una función del hemisferio derecho del cerebro. Podríamos decir que “por sus mitos lo conoceréis”. El mitos unifica las antinomias de la vida: consciente e inconsciente, pasado y presente, individual y social. Todo ello se constituye en una narración que se transmite de una generación a otra, el mito se refiere a la quinta esencia de la experiencia humana, al significado y sentido de la vida humana. Es la persona completa que nos habla a nosotros, no sólo a nuestro cerebro, (May, 1992 en Pulido, 2002, p. 58).

Somos afectados de modo radical por los mitos que aceptamos sin dudar. Cuando nuestro cuerpo-mente experimenta una situación o desafíos nuevos, recurre al discurso más familiar acerca de la situación, el relato que describa lo que esperamos que sucederá. No importa si el relato es verdadero, respondemos desde el lugar de una alucinación cultural profunda, la cual para la mayoría de nosotros significa un hondo sueño. Del mismo modo en que a un relato predominante aceptado por una cultura sin dudarlo se le considera la existencia normal o “realidad”, el de otra cultural es visto como extraño, cómico, estúpido o peligroso. Tenemos prejuicios contra todo aquello que sea una desviación de nuestro discurso. Si se desafían creencias o valores que aceptamos en forma inconsciente, podemos reaccionar con ira, furia, resentimiento, frustración o depresión. A menudo rechazaremos una idea o tratamiento debido a que no se siente bien, a que es extraño o crea ansiedad cuando choca con un mito predominante. (Epstein, 2002, p. 2).

Desde hace mucho, los mitos han ejercido un efecto poderoso en la forma como vemos la salud y la curación. En siglos pasados nos enseñaron a creer que las enfermedades eran causadas por malos espíritus.

La forma predominante de atención de la salud, en los países occidentales, conocida como medicina alópata, se basa en el modelo mecanicista y materialista de la vida. Los mitos populares que rodean a la medicina alópata expresan varias ideas: que estamos separados del mundo que nos rodea, que podemos dominar al

mundo por medio de nuestra mente consciente y que podemos manipular nuestros ambientes interno y externo para facilitar la salud. La filosofía alópata también enseña que los seres humanos son la suma de las partes individuales. La profesión médica ha creado un especialista para cada uno de los diferentes sistemas u órganos del cuerpo. (Epstein, 2002, p. 15).

Esto genera que cada especialista tenga un relato sobre la primicia de una región particular del cuerpo en el proceso de la enfermedad. Estos especialistas han llegado a saber cada vez más sobre un sistema u órgano particular del cuerpo, y cada vez menos sobre la forma en que el ser humano funciona en su conjunto. De acuerdo con los modelos establecidos de curación basados en la filosofía alópata, si tenemos un síntoma físico o malestar psicológico, nuestra meta es combatirlo, curarlo o controlarlo. Las manifestaciones inexplicables e incontrolables de las emociones, síntomas, de la respiración o del cuerpo son consideradas problemáticas y requieren la intervención de un especialista. Una vez que el especialista aplica su tratamiento mágico para ayudarnos a lograr alivio, esto nos permite continuar con nuestra vida en forma normal, sin hacer cambios en las actitudes, creencias o estilos de vida que pueden haber contribuido al problema en primer lugar. (Epstein, 2002, p. 15).

Nuestras actitudes hacia el control y la rendición, el orden y el caos, el alivio y el sufrimiento, son moldeadas por nuestros mitos sociales y culturales, (Epstein, 2002, p. 15).

Las creencias colectivas establecidas por los grupos sociales influyen fuertemente en las reacciones y emociones ante una situación de enfermedad, porque a partir de estas se seleccionará el camino para la sanación.

“El papel que desempeña la cultura en la forma en como un individuo concibe su cuerpo es imprescindible, y del mismo modo lo es también el papel que tiene la familia puesto que ésta en el cordón umbilical y primer contacto que se tiene con los valores culturales, ya que en la familia se albergan costumbres, hábitos, formas de

ser, etc. Que están presentes en determinado lugar y tiempo histórico. Es por ello que personas con la misma enfermedad podrán vivirla de manera diferente dependiendo de esta fusión, si bien existen aspectos que las hacen ser iguales. Sería erróneo decir que todas las personas que tienen un determinado síntoma van a ser inequívocamente de tal manera. Más bien lo que se busca son las similitudes y diferencias pero no para catalogar sino para buscar rutas de construcción de la enfermedad”, (Sánchez, De la estrechez emocional al estreñimiento en Una aproximación al proceso órgano emoción I, 2008, p. 45).

La forma en cómo se siente y qué emociones se experimentan depende de la cultura, ya que es en ella donde una persona aprende a sentirlas y expresarlas; pero a pesar de esta influencia cultural, existe también una forma muy particular en cada persona en la que se adoptan determinados sentimientos y las expresiones de los mismos, (Sánchez, 2008, De la estrechez emocional al estreñimiento en Una aproximación al proceso órgano emoción I, p. 46).

Un aspecto que se debe tomar en cuenta son los factores medioambientales que impactan al individuo en su vida cotidiana ya que se han modificado de acuerdo a los avances en la industrialización y masificación de la producción. Debemos considerar que el ser humano no está aislado, está integrado con su entorno social y ambiental, este último aspecto también tiene una gran influencia en el desarrollo de las enfermedades psicosomáticas. Como explica López: “La destrucción de los recursos naturales tiene relación estrecha con la condición corporal; el cuerpo es un microcosmos que se integra en una relación armoniosa con el agua, la madera, el fuego, la tierra y el metal. Cuando estos elementos se destruyen en la tierra, el cuerpo también vive las consecuencias. El desequilibrio energético en las personas es la primera de ellas y, por lo tanto, se rompe o se altera la relación que el cuerpo tiene con su entorno inmediato y con sus órganos internos, dando como resultado la alteración de los órganos y el predominio de alguna de las emociones que se construyen en relación con las circunstancias de desequilibrio de los elementos mencionados.” (López, 2002, p. 19).

Aún más grave es este nuevo aspecto a considerar el impacto del deterioro ambiental en el incremento de un mayor nivel de estrés y en consecuencia mayores niveles de enfermedades psicosomáticas es un factor más a tomar en cuenta en esta constelación de factores generadores. “Estamos asistiendo a una nueva realidad corporal que se vincula con el deterioro ecológico, la pérdida de valores y la incapacidad de las personas para dar nuevas respuestas en una sociedad profundamente desigual, llena de símbolos y significados que no se pueden interpretar con el código correcto a una cultura con nuevas representaciones e iconos que no dicen lo mismo para todos los individuos” (López, 2002, p. 19).

“El cuerpo humano no es tan libre como piensan los positivistas, está interconectado a la cultura y a los deseos de los otros para poder construir y continuar la misma interpretación del mundo”, (López, 2002, p. 26)

“Lo psicosomático se convierte en una nueva realidad social que se va asimilando en la población sin importar los recursos económicos y culturales: es una nueva realidad que los individuos construyen como un factor de riesgo en las maneras de llevar su existencia”, (López, 2002, p. 26).

“La multiplicidad de formas y estilos de vida en la sociedad contemporánea es sólo un planteamiento que pone a los individuos en la lógica de no participar en la construcción de la sociedad de manera intencionada; la despersonalización se instituye como un mecanismo ajeno al individuo, lo que le hace perder sentido a su individualidad. Somos víctimas de las circunstancias y no tenemos opciones para nuestras vidas; lo que nos asigna la familia y la sociedad es lo que hacemos; se asume como verdadero, eso resta posibilidades al sujeto de hacer su vida y su estilo personal de vivir. La pérdida de las opciones no solo en el sentido social sino en el proceso de la elección individual se convierte en un fenómeno que no permite apropiarse del cuerpo, por lo tanto eso implica una distancia entre el cuerpo y la sociedad, lo que es un contrasentido al ser éste, el cuerpo, un producto histórico-social, (López, 2002, p.27).

Y todo esto está generando individuos que carecen de la capacidad de identificar que está sucediendo con su cuerpo, con sus emociones, es difícil identificar el origen de un estado constante de alteración en el cuerpo que lo está llevando a vivir un proceso de enfermedad.

Al respecto son interesantes las conclusiones obtenidas por Olivares en su artículo “gastritis y ansiedad”:

A) En la actualidad la sociedad es un punto importante a tomar en cuenta en la construcción de una enfermedad ya que determina en gran medida el estilo de vida de las personas, el cual, como se ha visto a lo largo de esta investigación, es un factor primordial para el desarrollo de diversas enfermedades. En el caso de la gastritis, la sociedad ha hecho que las forma de vida cambien, más específicamente en la alimentación, ya que en la actualidad la gente se ha hecho consumidora de productos para el mantenimiento del cuerpo, que sin saberlo solo provocan daños; sin embargo, al hablar de esto no podemos dejar de lado a la familia, pues es en el espacio familiar donde se intercambian diferentes formas de vivir, de comportarnos y de ver el mundo.

B) Las relaciones familiares son un proceso importante respecto de la salud y la enfermedad, y en esta investigación pudimos observar el proceso por el cual estas mujeres materializaron y somatizaron sus relaciones familiares en su cuerpo, ya que en la mayoría de ellas sus condiciones familiares fueron adversas u hostiles, con infancias tristes que contribuyeron al desarrollo de la gastritis, llevando cada una de ellas un proceso muy similar. Se pudo notar que a pesar de que en apariencia cada una de estas personas se desarrolló en circunstancias distintas, el proceso de su enfermedad fue muy parecido, tomando en cuenta que las personas tienen más años de padecer la gastritis pasaron por el mismo proceso de las personas que tienen menos años con la enfermedad, concluyendo que el desarrollo de este padecimiento se da por circunstancias similares en cada una de las entrevistadas, que sus formas de vivir individualmente son muy parecidas; asimismo

las rutas encontradas coinciden en que todos los casos con el estilo de vida que tienen las entrevistadas.

C) La respuesta en la forma en que se fue construyendo la enfermedad en estas mujeres es que en la actualidad la sociedad tiene mucho que ver, ya que esta imprime su sello sobre los individuos por medio de la educación que nos dan nuestros padres y de las actividades que según esta tenemos que cumplir. Nos enseñaron a inhibir nuestros miedos, nuestras emociones, a crear una personalidad que en verdad no somos, a ponernos caretas hacia los demás solo para demostrar lo que no somos. Entonces, cuando las personas no cumplen las expectativas de la familia o la sociedad, entran en crisis o empiezan a padecer enfermedades como la gastritis. (Olivares, Gastritis y ansiedad en una aproximación.. 2008, p.82).

“Las emociones están influenciadas por manifestaciones sociales que, mediante un proceso de internalización o subjetivación, producen un significado personal, que no es otra cosa más que el significado social que reactualiza las emociones en estrecha relación con los procesos cognitivos, como por ejemplo la memoria. De ahí que determinado suceso o vivencia pueda marcar un hito en nuestras vidas e incluso en un “antes y un después”. (Rodríguez y Del pino, 2011 p. 2).

De igual forma para Febles (2003) el cuerpo como totalidad, al igual que la psique, tiene un carácter histórico y social; es un producto sociohistórico, estructural y funcional en el que se reciben, elaboran, transforman y expresan las influencias externas dejando su huella imperceptible por momentos (sobre todo en la musculatura), aunque observable, con el transcurrir del tiempo. De esta manera, el cuerpo, y no solo la persona, es un mediador, portador de una de sus más importantes funciones: las psíquicas superiores, porta significados asimilados por el ser humano a través de la relativa plasticidad y flexibilidad de su estructura. Sus contenidos son interpretados en el proceso de interiorización y exteriorización, de modo que las influencias sociohistóricas son reestructuradas al asumir su realidad individual. (González, Mendoza, Arzate y Cabrera, 2011, p. 17).

Considerar los aspectos afectivos, sociales y culturales que confluyen en el cuerpo del paciente enfermo y como este ha perdido su salud, trasciende las discusiones de la objetividad de la ciencia y la racionalidad por la realidad que se vive. La cultura establece las formas en las que se vive y se siente el cuerpo, a través de las autoridades médicas, religiosas, científicas, comerciales y políticas. La forma en la que se concretan las normas pertenece a cada individuo del grupo social. Cada uno hace su elección en el cuerpo de acuerdo con las mediaciones sociales y emocionales. Entonces, la representación simbólica se materializa en formas de ser, formas de amar, actitudes ante la vida, formas de alimentarse, de enfermarse y morir. (Quezada, Las Alergias en Lo corporal y lo Psicosomático en López "los significados de lo corporal y la cultura" en Cuerpo, identidad y psicología, 1998, p.58).

El cuerpo humano, centro receptor de la cultura, elabora sus procesos de integración de la información de acuerdo con las formas de socialización, mantenidos también por el núcleo familiar que juega un papel importante en la construcción subjetiva de las emociones y percepciones de cada uno, creándose los mecanismos para interiorizar las experiencias, perpetuándose los mensajes instituidos para los diversos espacios sociales; así la representación social se materializa en formas de vida y acciones concretas en cómo asume su cuerpo, su vida, su trabajo, su alimentación, sus reglas morales, su diversión y sus pensamientos, que se articulan en un estilo de personalidad. (López "Los significados de lo corporal y la cultura" en Quezada Molina, Las Alergias en Lo corporal y lo Psicosomático, 1998, p.58).

"El cuerpo es la síntesis de un proceso social e histórico y una construcción cultural que transforma las funciones de los órganos y establece nuevas relaciones con la fisiología del individuo, que se cruzan con el proceso psicosomático de las relaciones humanas y el cuerpo es el espacio donde confluyen las nuevas relaciones individuo-sociedad". (López 2000 p. 16 en Campos, 2002, Migraña un intento de aproximación somática en Lo corporal y lo psicosomático, p. 116)

En la sociedad contemporánea el proceso de construcción del cuerpo ha sufrido una alteración que lo ha desvirtuado. El cuerpo humano no es el fruto de una condición solamente natural, sino que tiene una historia y un significado social y cultural dentro de un lugar y tiempo específicos. (Campos, 2002, Migraña un intento de aproximación somática en *Lo corporal y lo psicosomático*, p.116).

El cuerpo humano se va construyendo de acuerdo con estigmas sociales, valores morales y éticos, creencias religiosas, principios científicos de concebir la vida, costumbres y ritos, cada uno de estos aspectos es interiorizado y representado por los sujetos, con un significado que busca la normatividad, la homogeneidad, la estandarización, y el control de la vida corporal y social. (Campos, Migraña un intento de aproximación somática en *Lo corporal y lo psicosomático*, 2002, p.117).

Vale considerar que el significado del cuerpo no es el mismo estándar para la generalidad de la población, sin embargo, si existe una identificación social con un grupo o una cultura y eso marca los límites de las formas. Las culturas tienen sus propios símbolos, y al ser socializados se dan los sincretismos corporales en la vida ordinaria y la representación simbólica sobre las formas de hacer uso del cuerpo, incluso un poco más allá, en las formas del placer y las maneras de alimentarse o castigarse. Eso contribuye en la apropiación de grupos e individuos que los llevan a los extremos, a los aspectos íntimos, donde se busca el suicidio, el placer, la felicidad, el trabajo y la idea de un mundo mejor. (López 2000 p. 28 en Campos, Migraña un intento de aproximación somática, *Lo corporal y lo psicosomático*, 2002, p. 117).

La cultura recorre todos los espacios de la vida personal y social, y es la familia el primer espacio donde se gesta la construcción social del cuerpo, es en él donde el sujeto tiene el primer encuentro con las diferentes formas de vivir, que se concretan en cada integrante de su familia. De ella aprende las formas de ser y amar, de agredir y odiar, de alimentarse, de vestir, de caminar, de gesticular, de comportarse, de recrearse, de competir o cooperar, de desear o frustrarse, de cuidarse o enfermarse, y de representarse y convivir con su cuerpo. (Campos,

Migraña un intento de aproximación somática, Lo corporal y lo psicossomático, 2002, p.117).

Resulta interesante el punto de vista señalado por Pulido (2012) en el que señala que un proceso de ordenamiento del cuerpo que inicia en la familia y que se va confluyendo hacia la cultura de género, la cual establece diferencias entre los géneros y legitima un orden social y político, logrando introducir en la mente de las personas ciertas normas, mandatos sociales que aquellas han asumido desde su infancia que las mantienen atados a tales códigos de conducta, que al mismo tiempo se introducen en su subjetividad como creencias difíciles de cuestionar y de transformar. (Pulido, 2012, p. 66).

Agregando que al abordar este problema desde la perspectiva del proceso salud-enfermedad como forma de expresión de lo social en la mente y el cuerpo de las personas, se plantea la necesidad de contribuir al conocimiento del proceso salud-enfermedad, en el que confluyen lo económico, lo social y lo emocional, lo que permite profundizar en el estudio de las formas en las que se expresa la contradicción entre aceptar las ideas dominantes y resistirse a ellas, con sus propias manifestaciones y diferentes formas de asumir la dominación o la resistencia y las consecuencias que pueden observarse en la vida social y en la vida de las personas que asumen una u otra postura en esa contradicción, que va desde lo material, lo emocional, la salud-enfermedad y las formas de relacionarse con los otros seres, donde una mediación trascendente se da a partir del fenómeno conocido como estrés. (Pulido, 2012, p. 66).

Las culturas del mundo presentan una construcción de las emociones de acuerdo con los procesos del trabajo y de la organización y división social del mismo. Los rituales, la ética y la moral han de contribuir a construir maneras de sentir y emocionarse. (López, VII, 2011, p.217).

2.2. Aspecto Familiar

El proceso de elaboración de una enfermedad por parte del ser humano siempre implica la relación que ha tenido con su entorno cercano tanto familiar, social y educativo. En el caso familiar el inconsciente colectivo de la familia nos lleva a registrar en el cuerpo situaciones que no fueron procesadas y por ende sanadas en su momento y van pasando de generación en generación como enfermedades hereditarias, pero en realidad detrás de estos procesos hay emociones que no han sido procesadas. Se ha observado que generalmente en el momento que entrevistamos a un enfermo sobre cómo cree que inicio su enfermedad o cuales han sido los síntomas y si tienen una relación con una vivencia traumática las respuestas varían pero confirman sus creencias heredadas o sociales respecto a su enfermedad.

Suele ser frecuente que las personas con enfermedades crónico-degenerativas tienen una importante carga social-familiar, así como un fuerte conflicto emocional que está generando el incremento del estrés crónico. El problema radica en que muchos enfermos graves no relacionan cómo influye la parte social y familiar en su situación actual. Por otra parte las personas con enfermedades crónicas no reconocen las creencias sociales o familiares que están generando que no sanen.

Es en la familia donde empiezan a establecerse las creencias incluso en el manejo de las emociones ya que la mayoría de las personas no está preparado para reconocer sus emociones, entonces cuando se enfrenta a un desequilibrio disocia lo psicológico de lo físico, más si la medicina alopática se enfoca solamente al cuerpo o pero aun en un órgano, lo que genera que se refuerce la separación del individuo.

Es importante considerar otra situación que influye en la construcción de una enfermedad cuando una persona está dentro de un patrón familiar establecido el cuestionarlo o querer cambiar el sistema de creencias el miedo a ser excluido lo

induce a aceptar enfermedades que en determinado momento no le corresponden, por que el ser humano debe estar en equilibrio, dejen ser más explícita en esta situación puede ser originada la enfermedad por dos vertientes: una cuando asumo que por pertenecer a una familia donde todos se enferman de x, entonces yo también me tengo que enfermar igual que ellos, entonces hablamos de las enfermedades “hereditarias” y escuchamos expresiones como “en esta familia todos nos enfermamos de diabetes”, y la otra es queriendo ser empático con algún miembro de la familia me enfermo buscando de esta forma inconsciente resolver situaciones que en este núcleo familiar no han sido resueltas, claro que todo esto se desarrolla en el inconsciente de la persona. Estamos hablando de creencias compartidas por este grupo que a pesar de lo ilógico que podía sonar se sacrifica la condura vs. la pertenencia.

Y no se limita nada más al ámbito familiar en cuanto se empieza a relacionar la persona con otros ámbitos sociales como la familia extendida, la escuela u otro tipo de grupos sociales, la presión por pertenecer crece, así como crece el querer cumplir las expectativas de mi entorno social y familiar. Sumándose al tipo de relación establecida con los padres, hermanos y pareja principalmente que vamos sumando complejidad a la situación emocional del enfermo y que estas interrelaciones también influye en el proceso de sanación.

Esta unión de los miembros de la familia a través de creencias compartidas generalmente impide observar la complejidad de las relaciones y emociones de cada uno de sus miembros de manera objetiva, es decir se apropian de dichas creencias a pesar de la falta de coherencia de las mismas.

Así mismo también este concepto de pertenencia en la sociedad, en una religión o en grupo social determinado juega un papel determinante en cómo se asume la construcción de la enfermedad y dificulta el proceso de la sanación ya que el miedo a la exclusión lo que conlleva a el individuo a aceptar ciertas creencias un en contra de su equilibrio y su salud.

Alice Miller en su libro *El cuerpo nunca miente* (2011), hace un análisis interesante respecto como la moral de la sociedad, implica que muchas veces las emociones sean a tal grado reprimidas que se van generando enfermedades. “Cuando una persona que cree que siente lo que debe sentir y constantemente trata de no sentir lo que se prohíbe sentir, cae enferma, a no ser que les pase la papeleta a sus hijos, utilizándolos para proyectar sobre ellos inconfesadas emociones. En mi opinión, estamos ante un proceso psicobiológico que permanecido oculto durante mucho, mucho tiempo tras exigencias religiosas y morales”. Es entonces cuando se mantiene un nivel de estrés alto tratando de reprimir entre lo que se siente y lo que está permitido expresar, todo esto en función de que a nivel familiar no se permiten emociones o sentimientos “negativos” esto es impensable para el adecuado ambiente familiar.

Además Miller señala que el conflicto entre lo que sentimos y sabemos, porque está almacenado en nuestro cuerpo, y lo que nos gustaría sentir para cumplir con las normas morales que muy tempranamente interiorizamos. Sobresale entre otras una norma concreta y por todos conocida, el cuarto mandamiento, que a menudo nos impide experimentar nuestros sentimientos reales, compromiso que pagamos con enfermedades corporales, (Miller, 2011, p. 15).

Lo cierto es que hay investigaciones en donde destaca que las personas que durante su infancia fueron maltratadas físicamente, abusadas, humilladas o fuertemente reprendidas para que cumplieran con las normas sociales, y las emociones de ira, miedo y tristeza generadas hacia los padres o cuidadores tienden a ser reprimidas por que no está permitido sentirlas, son personas con enfermedades más graves. Por lo general en las sociedades se inculca que debes amar y respetar a tus padres. “El cuerpo no entiende esta moral, el cuarto mandamiento no le sirve de provecho y tampoco se deja engañar por las palabras, como hace nuestra mente. El cuerpo es el guardián de nuestra verdad, porque lleva en su interior la experiencia de toda nuestra vida y vela por que vivamos con la verdad de nuestro organismo. Mediante síntomas, nos fuerza a admitir de manera

cognitiva esta verdad para que podamos comunicarnos armoniosamente con el niño menospreciado y humillado que hay en nosotros”. (Miller, 2011, p.27). Estas heridas emocionales se van acumulando en el cuerpo, lo que provoca el deterioro de órganos debido a los cambios fisiológicos que genera el estrés constante de mantener ocultas emociones que no son permitidas o no son adecuadas de acuerdo a las creencias colectivas respecto al amor o respeto hacia la familia.

Por consiguiente como describe Miller en su libro “Se considera muy normal ser agradecido con los padres, los abuelos o las personas que los sustituyan, aun cuando a uno lo hayan atormentado. Esto es algo que forma parte de nuestra moral, que nos lleva a enterrar nuestros sentimientos reales y nuestras necesidades genuinas. Las enfermedades graves, las muertes tempranas y los suicidios son las consecuencias lógicas de ese sometimiento a unas reglas que llamamos moral y que, en el fondo, seguirán amenazando con asfixiar la vida autentica mientras nuestra conciencia no decida que en adelante no tolerará dichas reglas y no las apreciara más que a la propia vida. Porque el cuerpo no sigue estas reglas; el cuerpo habla en el lenguaje de las enfermedades, que difícilmente entenderemos hasta que comprendamos la negación de los sentimientos reales de nuestra infancia. Es necesario que se sepa que el “amor” forzado puede ser fuente de mucho dolor: Quienes, desde pequeños han recibido amor querrán a sus padres sin necesidad de que un mandamiento se los ordene. El amor no puede surgir por cumplir un mandamiento”. (Miller, 2011, pp.60 y 61).

De acuerdo a los diversos procesos de investigación en Constelaciones Familiares y psicogenealogía los diversos sucesos transcurridos en la historia familiar repercuten en el inconsciente de cada miembro de la familia. Influyendo considerablemente en los procesos de las enfermedades que cada clan familiar desarrolla.

“La psicogenealogía ve a cada individuo como resultado de un sistema de relaciones verticales que, desde el clásico triángulo edípico propio de psicoanálisis, se extiende y aparece incluso en los ancestros y en los traumas no resueltos que

aún continúan incidiendo en el presente. En otras palabras, afronta la dimensión subjetiva de la psique, relacionándola con una dimensión colectiva, a partir de aquel primer ámbito de sociabilización que constituye la familia. (Bertoli, 2010, p.63).

De igual modo que la Nueva Medicina se ocupa del ámbito colectivo del ser vivo a través de la “memoria de la especie” para explicar la trasposición biológica de los conflictos contemporáneamente desde el punto de vista individual (biográfico) y su colectivo (familia), también la psicogenealogía se ocupa de él desde una perspectiva individual (biográfico) y colectiva (familia). Se podría decir que ambas se reintrodujeron finalmente en ambientes muy restringidos y especializados la dimensión antropológica y psíquica del individuo, la cual es necesariamente colectiva, aunque sin olvidar la dimensión individual (subjetiva), incluso aclarándola mejor. (Bertoli, 2010, p.63).

Podemos concretar que las creencias y juicios compartidos por la familia y la sociedad mantienen una influencia directa en la mente de los integrantes y en este sentido el inconsciente colectivo de Jung adquiere, en este sentido, una visibilidad concreta y, con mayor razón, encuentra su sitio finalmente los conceptos de pertenencia biológica, social y antropológica del individuo respecto a la especie y al colectivo. (Bertoli, 2010, p.63).

Las llamadas enfermedades, perturbaciones psíquicas, los malestares de cualquier tipo – desde la simple afección física hasta los síndromes psicóticos, desde la depresión y la timidez o la incapacidad de relacionarse, hasta patologías más banales como el herpes o las menstruaciones dolorosas – hallan finalmente una explicación y una posibilidad de resolución concreta; el individuo no es el referente único y aislado de los propios males, sino un sistema complejo de elementos y de relaciones en una autoorganización dinámica continua. (Bertoli, 2010, pp. 63 y 64).

Un individuo es un todo inseparable en el que conviven al mismo tiempo la especie (dimensión biológica y psico-neuro-cerebral), la conciencia (dimensión

psicológica), y la familia y el colectivo (dimensión genoantropológica), y solo desde este punto de vista –necesariamente múltiple y no especializado ni unívoco- se puede llegar a aceptar la complejidad del sujeto y cualquier manifestación física o mental, patológica o conquista. (Bertoli, 2010, p. 64).

En este sentido Bertoli (2010) señala que la enfermedad ya no se configura como un “hecho natural”, como un destino, si no que se convierte por el contrario, en lo que es una manifestación humana. Como tal, no es más un programa biológico especial dotado de significado; producto de la gran y maravillosa especialización evolutiva del sistema humano, es decir, una autoorganización biológica y cerebral, psíquica y relacional que no puede dividirse en especializaciones rígidas, en sectores separados como el psicoanálisis y la psicología, por una parte, y la ciencia biológica y fisiológica por otra.

Cada individuo es el depositario de lo mejor que ha producido la evolución biológica, genealógica, antropológica y psíquica de su especie, y las enfermedades constituyen la mejor respuesta que ofrece a las exigencias del entorno en que vive. (Bertoli, 2010, p.64).

Los lazos que unen a un individuo a su especie son vitales y se hallan fusionados e interrelacionados inextricablemente entre ellos. Estos lazos están garantizados y son transmitidos a través de las generaciones, hasta llegar al origen de la especie. (Bertoli, 2010, p.67).

Esta integración de lo cultural, social, ambiental, familiar e individual es básico para poder explicar la construcción de las emociones y los procesos de enfermedad como señala Vigotsky (1996, 2000) la emoción es la integración de procesos psicológicos internos y externos que se forman en la historia del sujeto mediante influencias sociales de desarrollo, en vínculo con aspectos cognitivos y afectivos mediados culturalmente. La vivencia emocional como unidad de desarrollo de la situación social es relación afectiva del sujeto con el medio representa la unidad de elementos internos y externos. Las emociones tienen un lugar equivalente

al que tienen los procesos cognitivos como unidades constitutivas de la psique, son procesos afectivos vinculados con necesidades cambiantes que acompañan el desarrollo psíquico, (González, Mendoza, Arzate y Cabrera, 2011, p. 12).

Además Vigotsky (1979) considera que las emociones surgen de la apreciación que hace el sujeto de su relación con el medio, producto de momentos críticos que vivencia; donde el equilibrio se rompe y el sujeto actúa mediante estados de necesidad, manteniendo su capacidad generativa permanente frente a diferentes actividades, estados y experiencias. Agrega que la aparición de nuevas necesidades psicológicas será fuente de emociones diferentes y que al integrarse con otras en momentos concretos de actividad y del estado general del sujeto conducirán al surgimiento de otras necesidades. (González, *et al.*, 2011, p. 13).

Este proceso de cómo se va construyendo lo corporal nos lleva necesariamente a remarcar el aspecto familiar que en las relaciones establecen los procesos mediante los cuales se construyen las formas de comprender la salud y la enfermedad. Las características de la relación familiar podrían permitir ver el trasfondo de la enfermedad, más allá de las bacterias, alérgenos y virus, sin dejar de considerar que la familia se desarrolla en un espacio histórico-social, con una geografía y una cultura donde esta elegirá la combinación que le venga mejor para su forma de vida colectiva e individual (estas conjugaciones permiten una enorme variedad); (Quezada, Las alergias en lo corporal y lo psicosomático, 2002, p.58).

Es por eso que compartimos el siguiente aspecto de que los integrantes del espacio familiar intercambian maneras y formas de vivir y eso permite que sus representaciones y vinculaciones se materialicen en el cuerpo, en comportamientos y formas de ver el mundo de la familia, que se constituyen en un punto de referencia específico, que puede ser enriquecido y trastocado por los valores morales y éticos de la sociedad, más aun, por los valores y vínculos del parentesco. (Campos, Lo corporal y lo Psicosomático II, 2002, p.117 y 118).

“El mundo de lo social cultural es una realidad que cruza a la familia en su vida íntima; también es una condición necesaria que posibilita cuerpos diversos y variados con opciones en los deseos personales y sociales. Pero familia y cuerpo son un binomio que se puede disociar; aun cuando la familia sea extendida, nuclear, compuesta, madres solteras o padres solteros, etcétera, la apropiación de la relación se manifiesta en el cuerpo humano. Ella es el punto de partida de lo que esperamos de los otros y de lo que somos, en el fondo es un recurso para identificar las maneras de una vida y su interiorización con el paso de los años; el sujeto podrá decir “no quería eso”, sin embargo eso fue lo que formó. (López Ramos, “Familia y cuerpo Humano”, en Cuicuilco, ENAH, Nueva época, vol. 4, núm. 1997, p.73).

En ese sentido, podemos decir que el cuerpo humano no solo es una herencia genético cultural, también se construye con los ritos familiares en casa, sean impuestos o instituidos por la norma de la familia. Los trastornos psicosomáticos tienen su origen en el espacio de la familia. La valoración y aceptación o la pérdida de afecto y preferencias en la vinculación familiar desempeñan un papel importante e incluso la competencia entre los integrantes contribuye a esa pérdida de identidad con lo corporal” (López Ramos, “Familia y cuerpo Humano”, en Cuicuilco, ENAH, Nueva época, vol. 4, núm. 9, México, 1997, p.73).

Las relaciones familiares son un proceso importante que conforma la salud y la enfermedad de sus miembros; en este medio el sujeto materializa y somatiza la relación familiar en el cuerpo, sin excluir el proceso histórico social y la cultura en el que se desarrolle. Cada familia estructura sus formas de resistencia o de resignación a la normatividad social y eso se refleja en su manera de ver y sentir el cuerpo humano. (López en Contreras “La familia de la construcción del cuerpo”, Lo corporal y lo psicosomático II, 2002, p. 205)

Es así como los impactos psicológicos vividos en el interior de la familia quedan registrados en el cuerpo, los cuales más tarde habrán de manifestarse con un lenguaje psicosomático. No es de extrañar que en la actualidad se reconozca la

incidencia del factor emocional en la explicación de algunas enfermedades. (Contreras "La familia de la construcción del cuerpo" en Lo corporal y lo psicosomático II, 2002, p. 205)

Es en la familia donde se concretan las representaciones y los símbolos, y es en el cuerpo donde se materializan; al final viene la elección de lo que se reproduce; claro, el margen de elección podría variar de acuerdo al trabajo personal. (Herrera, y Chaparro, 2008, p. 22).

Los entornos sociales humanos cambian tan rápidamente que no supone ninguna ventaja transmitir los comportamientos culturales mediante instintos programados genéticamente. Los niños pequeños observan con detenimiento su entorno y almacenan los conocimientos que les ofrecen sus padres en la memoria subconsciente. Como resultado, el comportamiento y las creencias de sus padres se convierten en suyas. (Lipton, 2005, p.222)

Lipton, (2005) no señala que los comportamientos, las creencias y las actitudes que los humanos observamos en nuestros padres se graban en nuestro cerebro con tanta firmeza como las rutas sinápticas de la mente subconsciente. Una vez que la información se almacena en el subconsciente, controla nuestra biología durante el resto de nuestra vida, a menos que descubramos una forma de reprogramarla. (Lipton, 2005, p.223)

Conjuntando los diversos puntos de vista obtenidos de investigaciones y largos procesos de observación y análisis en la construcción de las enfermedades podemos aludir a que las diferentes interrelaciones familiares, sociales y culturales que tiene el individuo en su desarrollo desde su concepción hasta la adultez, influyen en el manejo de sus emociones y el impacto que tienen en su salud.

Los diversos autores aquí citados nos contextualizan dentro de como primeramente la familia transmite al individuo estados emocionales que son registrados y pasan a constituir una serie de conceptos heredados, que constituyen la base para responder ante situaciones de vida que influyen en sus estados

emocionales que van a generar un impacto en su cuerpo mediante respuestas fisiológicas específicas de acuerdo a los estímulos llegados del exterior. En el día a día el individuo va respondiendo a su entorno desde las experiencias heredadas o transmitidas por su familia y no solo se registra lo vivido por los padres influye también las experiencias vividas por los ancestros.

Por otro lado cuando el individuo empieza a salir del contexto familiar empieza un proceso de adaptación a su entorno social y cultural que agrega una serie de creencias que impactan directamente en su respuesta física ante las diferentes vivencias donde las expresiones emocionales van a depender de estos contextos, repercutiendo en su propia construcción de su respuesta física.

Es entonces donde se conforma una totalidad de influencias familiares, ancestrales, sociales y culturales registradas en la memoria del individuo y de acuerdo a estas serán sus respuestas psicológicas que impactarán directamente en su cuerpo.

Resulta importante destacar esta influencia porque la mayoría de las respuestas del individuo van ir respaldadas por esta serie de memorias adquiridas dentro de la familia y sociedad.

3. LAS EMOCIONES, SENTIMIENTOS Y CREENCIAS EN LA CONSTRUCCIÓN DEL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD

“Las emociones no expresadas nunca mueren se quedan en tu cuerpo en forma de enfermedades”. FREUD

La forma en que nos relacionamos con otras personas y como respondemos ante las situaciones que se nos presentan en la vida diaria están determinadas por nuestra personalidad, si bien nuestras respuestas están determinadas por nuestros pensamientos, la situación es que cada individuo reacciona de diferente manera generando una serie de emociones que van influir en sus desempeño y en su estado de salud.

Las emociones tienen un papel fundamental, pues son las que nutren al cuerpo y estimulan o agotan a los órganos, y éstos a su vez a otros alterando en general la economía del cuerpo, (Herrera y Chaparro, 2008, p. 22).

Nuestra personalidad es un conjunto de recuerdos, conductas, valores, creencias, percepciones y actitudes, que o bien proyectamos en el mundo o bien escondemos del mundo. La personalidad se forma de la misma manera que nuestro neocórtex. Es lógico, porque el neocórtex es el asiento de la identidad personal. Heredamos predisposiciones genéticas en la forma de patrones sinápticos, incluidos aquellos que forman el núcleo de nuestra personalidad, en nuestra vida uterina y en nuestra primera infancia. Somos propensos a heredar de nuestros padres pensamientos, acciones, rasgos y actitudes basados en emociones, porque recibimos sus recuerdos como experiencias repetidas o dominadas, todas las cuales tienen sensaciones asociadas. (Dizpenza, 2007, p. 248).

Es entonces que podemos señalar que las emociones, sentimientos y creencias son estados afectivos, que generan reacciones fisiológica y endocrina en

el cuerpo, sustentadas en las experiencias previas; su función es adaptativa, es un proceso complejo sustentado en la forma en que nos hemos ido relacionando con nuestro entorno.

“Las emociones son procesos psicológicos que frente a una amenaza a nuestro equilibrio físico o psicológico, actúan para restablecerlo, ejerciendo así un papel adaptativo. Sin embargo en algunos casos, las emociones influyen en la contracción de enfermedades, (Rodríguez y Del Pino 2011, p. 2).

Las emociones desde Mestre y Palmero (2004), “son procesos episódicos que, facilitados por la presencia de algún estímulo o situación interna o externa, que ha sido evaluada y valorada como potencialmente capaz de producir desequilibrio en el organismo, dan lugar a una serie de cambios o respuestas en los planos subjetivo, cognitivo, fisiológico y motor-expresivo; cambios que están íntimamente relacionados con el mantenimiento del equilibrio, es decir, con la adaptación de un organismo a las condiciones específicas del medio ambiente” (p. 244). Lo episódico lo define como “descargas más o menos intensas producidas en un momento puntual por la presencia de un estímulo concreto” (p. 244) (González, Mendoza, Arzate y Cabrera, 2011, p. 119).

Según Palmero (1999), el estudio de la emoción como proceso debe contemplar la interacción entre la dimensión afectiva y cognitiva, que implica las siguientes dimensiones: subjetiva (sentimiento), fisiológica (cambios corporales internos), expresiva/motora (manifestaciones conductuales externas) y cognitiva (funcionamiento mental). (González, *et al.*, 2011, p. 120).

El objetivo de tales dimensiones tiene que ver con la movilización general del individuo para enfrentarse a una situación más o menos amenazante o desafiante. Todas y cada una parecen estar relacionadas e implicadas con el mayor o menor propensión para experimentar un proceso emocional en disfunción o desajuste. (González, *et al.* 2011, p. 120).

Algunos, como Martínez y Fernández (1999), destacan la importancia en torno a la salud y la enfermedad. Describen que en la década de los 70 se empezó a señalar que las principales causas de muerte (corazón, cáncer, enfermedades vasculares y accidentes) estaban vinculadas con la conducta de las personas, con lo que hacían y no hacían; que se identificó la confluencia de factores desde los modelos biomédico y biopsicosocial. (González, *et al.* 2011, p. 120).

Palmero y Fernández-Abascal (1998) y Fernández-Abascal y Palmero (2001) mencionan que deben ser estudiadas como un proceso que se moviliza cuando el organismo detecta algún peligro, amenaza o desequilibrio, y como activador de recursos que permite controlar la situación. Dicen que las emociones, por tanto, pertenecen a procesos adaptativos, los cuales no se restringen a simples reacciones para sobrevivir, dado que constituyen un amplio complejo proceso de resistencia biológica y psicológica con repercusiones en la salud y el bienestar. Como proceso no adaptativo, contribuye a menoscabar la salud y el ajuste de las personas, para lo cual es importante, por un lado, estudiar la evaluación valorativa que modula la activación emocional en sus componentes de experiencia subjetiva o de sentimiento, de expresión corporal y de reajuste a las demandas del entorno; a la par de su papel como responsable de que las emociones pierdan su valor adaptativo y sean entonces perjudiciales para la salud. Por otra parte, investigar de qué manera la activación y la expresión emocional responden a mecanismos socioculturales de control emocional que, en gran medida, determinan los estilos de afrontamiento. (González, *et al.* 2011, p. 121).

Martínez y Fernández (1994) apoyan la hipótesis sobre el estrés como factor etiológico al afirmar que, aunque el origen de la enfermedad pudiera ser desconocido, existen pruebas de que una función inmune alterada desempeña un papel relevante en el trastorno, por lo que proponen que sea desde la psiconeuroinmunología que se permita delimitar su papel en la enfermedad, para lo cual serían necesarios estudios prospectivos desde una óptica psicosocial. “sabemos que las emociones humanas no influyen en la salud a través de un único

mecanismo, sino que pueden ejercer esta influencia de diversas maneras que además inciden en diferentes momentos del proceso de enfermar” (Martínez y Fernández, 1994, p. 103 en González, *et al.* 2011, p. 120). Las emociones y los sentimientos están presentes en todo el proceso de la construcción de la enfermedad constituyendo un elemento clave tanto como en el génesis, como en el proceso mismo de la enfermedad o la sanación.

“Los pensamientos emiten reacciones bioquímicas que conducen a una conducta, nuestros pensamientos repetitivos e inconscientes producen patrones automáticos adquiridos de comportamiento que son casi involuntarios. Estos patrones de conducta son hábitos y casi con seguridad, se instalan neurológicamente en el cerebro”, (Dispenza, 2007, p. 46).

La plasticidad del cerebro es su capacidad de reformarse, remodelarse y reorganizarse hasta bien entrada nuestra edad adulta, (Dispenza, 2007, p.57).

Como los antiguos mitos de la creación, los discursos que adoptamos tienen un efecto poderoso y mágicamente sugestionador sobre la forma en que interpretamos nuestros síntomas, es como sanamos y en la calidad de vida que experimentamos. Ciertamente o no, el relato crea el patrón que guía al cuerpo hacia la enfermedad o la salud. Cuando se aceptan como verdades, ciertos mitos no solo impide nuestra curación, si no que destruyen toda esperanza de sanación, (Epstein, 2002, p.9).

“La ruptura del equilibrio energético está en estrecha relación con las condiciones de vida y las formas en que se expresan sentimientos, como se vive, con o sin estrés, los cuidados del cuerpo, tipo de trabajo y alimentación, las formas en que se guardan los rencores, abandonos afectivos, sobreprotección, resentimientos, etc., en la relación familiar. Esto es importante porque de ello depende la forma en que la persona elabora su proceso psicosomático: lo deposita en algún órgano, articulación o se produce alguna sintomatología que bien puede ser migraña, hemorroides, estreñimiento, asma, depresión o tristeza crónica, en

algunos casos problemas de psoriasis, entre otras menos comunes. Pues bien, cuando nosotros nos enfrentamos a este síntoma lo que hacemos es buscar la relación con el órgano o en algunos casos los órganos, porque la relación que existe entre los órganos es de madres-hijos, lo que significa que si se afecta un órgano, éste podrá a su vez afectar a otro, lo que desarmoniza el microcosmo; en ese sentido nada de lo que suceda al cuerpo es ajeno a la interpretación de relaciones que permiten encontrar la profundidad de un problema orgánico y emocional. (López, Lo corporal y lo psicosomático I, 2002, p. 34).

Lo anterior nos permite confirmar que la relación entre las emociones, sentimientos y creencias vs. el proceso de la construcción de la enfermedad son determinantes ya que permite determinar el camino de la misma, dado que siempre independientemente del estado de la persona o de la enfermedad estará presente una emoción, un sentimiento o una creencia.

Olivares en su artículo “Gastritis y ansiedad” describe en sus conclusiones que: la mayoría de las personas entrevistadas enfermas de gastritis, han tenido una infancia triste, son personas que no llevan una alimentación sana, mujeres sumamente ansiosas y que siempre se están preocupando de todo y por todos, menos por ellas, que quieren controlar todo; la mayoría de estas mujeres tienen o han tenido muchos problemas con su padre, las emociones que han predominado a lo largo de su vida son la ira, la tristeza y la ansiedad, emociones que son características de las personas con gastritis, son personas que están enojadas con algo, que su sabor favorito es el dulce y el picante, que reprimen sus emociones y que conciben a su cuerpo como una herramienta que solo les sirve para trasladarse a algún lugar o para realizar sus actividades,(Oliveros, Gastritis y ansiedad en una aproximación al proceso órgano-emoción, p.81).

“Un equipo de investigación de San Diego ha encuestado a diecisiete mil personas, con un promedio de edad de cincuenta y siete años, sobre su infancia y sobre las enfermedades que habían padecido a lo largo de sus vidas. El resultado fue el número de enfermedades graves en niños que habían sido maltratados era

mucho mayor que en las personas que habían crecido sin malos tratos y sin palizas “educativas”. (Miller, 2011, p.26).

Al respecto podemos observar que la emoción es un estado afectivo que se siente, una reacción subjetiva al ambiente que viene acompañada de cambios orgánicos (fisiológicos y endocrinos) de origen innato, influidos por la experiencia familiar, social o ambiental. Para el ser humano las emociones tienen una función adaptativa del organismo a lo que lo rodea. Es un estado que sobreviene súbita y bruscamente, en forma de crisis más o menos violentas y más o menos pasajeras. En el ser humano la experiencia de una emoción generalmente involucra un conjunto de cogniciones, actitudes y creencias sobre el mundo, que utilizamos para valorar una situación concreta y, por tanto, influyen en el modo en el que se percibe dicha situación.

Las emociones han estado consideradas poco importantes y siempre se le ha dado más relevancia a la parte más racional del ser humano. Pero las emociones, al ser estados afectivos, indican estados internos personales, motivaciones, deseos, necesidades e incluso objetivos. De todas formas, es difícil saber a partir de la emoción cual será la conducta futura del individuo, aunque nos puede ayudar a intuirlo.

En los primeros meses de vida ya se van adquiriendo emociones básicas como el miedo, el enfado o la alegría. Algunos animales comparten con nosotros esas emociones tan básicas, que en los humanos se van haciendo más complejas gracias al lenguaje, porque usamos símbolos, signos y significados.

Cada individuo experimenta una emoción de forma particular, dependiendo de sus experiencias anteriores, aprendizaje, carácter y de la situación concreta. Algunas de las reacciones fisiológicas y comportamentales que desencadenan las emociones son innatas, mientras que otras pueden adquirirse.

“Aquellos que arrastran una memoria herida, quienes no logran perdonar y quienes sufren en secreto, muchas veces pueden terminar por destruirse a ellos

mismos, y desgraciadamente la mayoría de las veces lo logran; gran parte de los entrevistados mencionan que la tristeza y el enojo son dos sentimientos comunes en ellos, pues todos sufrieron de pequeños hechos tristes, ya sea una depresión muy fuerte por que alguien muy cercano a ellos falleció o simplemente porque nunca contaron con la presencia del padre o de una persona que les escuchara y les hiciera alegres las horas de comer. (Calles, Como se construye el sobrepeso y la obesidad en Una aproximación al proceso.. 2008, p.112).

En cuanto a las clasificaciones más comunes que se confrontan sobre las emociones se destaca la separación entre: emociones positivas y negativas. De estas últimas se puede decir que son el estigma de muchas depresiones y traumas y, a su vez, producen un funcionamiento desajustado de diferentes sistemas neurovegetativos. (Rodríguez y Del Pino, 2011, p.3)

Las emociones perturbadoras influyen negativamente en la salud, ya que hacen más vulnerable el sistema inmunológico, lo que no permite su correcto funcionamiento. Lograr que el hombre se adapte a su medio implica la mantención de la adecuada sincronización de las funciones de los sistemas de su organismo y, en caso del surgimiento de un desequilibrio, esta adaptación depende del restablecimiento de ese equilibrio (López 1999 en Rodríguez y Del pino, 2011 p. 4).

A continuación se considera necesario precisar algunos conceptos de emoción. Iniciando por el significado etimológico, la palabra emoción deriva del verbo latino motere (RAE, 2014, en Pérez y Redondo, 2015), además del prefijo 'e' que implica alejarse. En la raíz etimológica misma, la palabra emoción se asocia a la idea de movimiento como algo que nos "mueve hacia" o nos "aleja de" algo. En esencia entonces, todas las emociones conllevan una tendencia a actuar. (Tapia, Villalobos Ostiguin, Cadena y Ramírez, 2017, p.17).

Otra descripción que se nos hace completa respecto a las emociones es: La emoción es entendida como un fenómeno complejo que viene determinado fundamentalmente por el desarrollo conjunto de una serie de cambios fisiológicos,

de conductas (no instrumentales en muchas ocasiones) y de experiencias subjetivas y evaluativas. Estas alteraciones son evocadas por situaciones o eventos, internos o externos, que resultan significativos para la persona (Pérez y Redondo, 2015 en Tapia, *et al.*, 2017, p. 19).

Complementando lo anterior citan a Sastre y Moreno (2002) señalando que las emociones son un conjunto de cambios que se producen en el estado corporal de una persona, inducidos por las terminales de las neuronas situadas en diferentes órganos del cuerpo, que están controladas por determinadas áreas del sistema cerebral, las cuales, a su vez, responden al contenido del pensamiento del sujeto. De esta manera, pensamientos y emociones están interconectados y el contenido de los pensamientos no es indiferente para el organismo en su totalidad, sino que tienen repercusión corporal, ya que su acción no queda limitada únicamente al cerebro sino que se transmite a diferentes órganos a través del sistema nervioso. Esto explica que diferentes emociones produzcan cambios perceptibles en distintos lugares del cuerpo (Tapia, *et al.*, 2017, p. 19).

A este respecto se afirma que las emociones son respuestas a estímulos significativos que se producen en tres sistemas o componentes: el neurofisiológico-bioquímico, el motor o conductual (expresivo) y el cognitivo o experiencial (subjetivo).

- El neurofisiológico-bioquímico: Consiste en respuestas involuntarias del organismo que se inician en Sistema nervioso central, como taquicardia, el rubor, sudoración, secreciones hormonales, hiperventilación.
- El motor o conductual: El comportamiento de un individuo permite inferir que tipo de emociones está experimentando. El lenguaje no verbal, principalmente las expresiones del rostro y del tono de voz, aportan señales de bastante precisión.
- El cognitivo o experiencial: Permite tomar conciencia de la emoción que está experimentando para poder etiquetarla, además de que es una vivencia subjetiva (Tapia, *et al.*, 2017, p. 20).

Tapia, Ostiguin y Cadena (2017) destacan los siguientes puntos:

- a) La emoción es un proceso complejo, multidimensional, en el que están integradas respuestas de tipo neurofisiológico, motor y cognitivo.
- b) En los seres humanos emoción y cognición están integrados. Ser solamente racionales nos niega el acceso a una fuente compleja de conocimiento emocional, que informa adaptativamente a la acción y contribuye a la resolución de problemas y a la toma de decisiones. Las emociones son indispensables para la toma de decisiones porque orientan en la dirección adecuada.
- c) Nuestro bagaje emocional tiene un extraordinario valor de supervivencia y esta importancia se ve confirmada por el hecho de que las emociones han terminado integrándose en el sistema nervioso en forma de tendencias innatas y automáticas (Goleman, 2011 en Tapia, *et al.*, 2017, p. 21).
- d) En un sentido real, todos tenemos dos mentes, una que piensa y otra que siente, y estas dos formas de conocimiento interactúan para construir nuestra vida mental. La mente racional es la modalidad de comprensión de la que solemos ser más conscientes, nos permite ponderar y reflexionar. El otro tipo de conocimiento, más impulsivo y poderoso, aunque a veces ilógico, es la mente emocional (Goleman, 2001, 2012 en Tapia, *et al.*, 2017, p. 21).
- e) Existe una razón para que seamos emocionales. Nuestras emociones son parte de nuestra inteligencia. Es necesario resolver la división entre emocional y racional, dando un nuevo paso evolutivo cultural (Rivera y Fuentes, 2016 en Tapia, *et al.*, 2017, p. 21).
- f) Las emociones son importantes para el ejercicio de la razón. El cerebro emocional se halla tan implicado en el razonamiento como lo está el cerebro pensante.

Ahora bien si todo proceso psicológico conlleva una experiencia emocional de mayor o menor intensidad y de diferente cualidad es entonces básico considerar esto en el proceso de la construcción del proceso salud-enfermedad.

Las emociones son reacciones a las informaciones (conocimiento) que recibimos en nuestras relaciones con el entorno. La intensidad de la reacción está en función de las evaluaciones subjetivas que realizamos sobre como la información recibida va a afectar nuestro bienestar. En estas evaluaciones subjetivas intervienen conocimientos previos, creencias, objetivos personales, percepción de ambiente provocativo, etc. Una emoción depende de lo que es importante para nosotros. Si la emoción es muy intensa puede producir disfunciones intelectuales o trastornos emocionales y/o trastornos físicos (Vivas *et al.*, 2007 en Tapia, *et al.*, 2017, p. 23). En este sentido es podemos analizar el impacto de las emociones, sentimientos y pensamientos en la generación de enfermedades de todo tipo por que el estado de alerta o de estrés en que se mantiene va agotando al organismo.

Las emociones tienen una función que les confiere utilidad y permite que el sujeto ejecute con eficacia las reacciones conductuales apropiadas, y ello con independencia de la cualidad hedónica que generen. Incluso las emociones más desagradables tienen funciones en la adaptación social y el ajuste personal (Folkman & Lazarus, 1985; Frijda, 1986, 1987; Frijda & Mesquita, 1998; Chóliz, 2005, Goleman, 2012 en Tapia, *et al.*, 2017, p. 26).

Pero cuando la adaptación al ambiente familiar, social, ambiental o cultural conlleva el inadecuado manejo de la gestión emocional o estímulos que generan emociones “negativas” es cuando el cuerpo empieza a sufrir los estragos de estos estados, más si sumamos las creencias y juicios que confronta con lo que debería o no ser entonces se nos presentan situaciones en lo corporal que van a manifestarse como trastornos en el funcionamiento del individuo.

3.1. Funciones de las emociones

La emoción tiene tres funciones principales: adaptativas, sociales y motivacionales.

La función adaptativa es una de las más importantes de la emoción es el de preparar al organismo para que ejecute eficazmente la conducta exigida por las condiciones

ambientales, movilizando la energía necesaria para ello; así como dirigiendo la conducta (acercando o alejando) hacia un objetivo determinado. Plutchik (1980, en Chóliz, 2005) destaca ocho funciones principales de las emociones (Tapia, *et al.*, 2017, p. 26):

Tabla 1. Correspondencia entre emoción y función refleja.

| Lenguaje subjetivo | Lenguaje funcional |
|--------------------|--------------------|
| Miedo | Protección |
| Ira | Destrucción |
| Alegría | Reproducción |
| Tristeza | Reintegración |
| Confianza | Afiliación |
| Asco | Rechazo |
| Anticipación | Exploración |
| Sorpresa | Exploración |

En el sentido social de la emoción debemos destacar que una de las funciones principales de las emociones es facilitar la aparición de conductas apropiadas en el individuo, la expresión de las emociones permite a los demás predecir el comportamiento asociado con las mismas, lo cual tiene un indudable valor en los procesos de la relación interpersonal. Izard (1989) destaca varias funciones sociales de las emociones, como son la de facilitar la interacción social, controlar la conducta de los demás, permitir la comunicación de los estados afectivos, o promover la conducta prosocial (López, 2009, Goleman, 2011 en Tapia, *et al.*, 2017, p. 29).

Por último la función motivacional de la conducta se refiere a la relación entre emoción y motivación la cual es muy íntima, ya que se trata de una experiencia presente en cualquier tipo de actividad la cual posee dos características principales

de la conducta motivada, dirección e intensidad. La emoción energiza la conducta motivada. (Tapia, *et al.*, 2017, p. 30).

Es por consiguiente que la relación entre motivación y emoción no se limita al hecho de que en toda conducta motivada se producen reacciones emocionales, sino que una emoción puede determinar la aparición de la conducta motivada, dirigida hacia determinado objetivo y hacer que se ejecute con intensidad. Se puede decir que toda conducta motivada produce una reacción emocional y, a su vez, la emoción facilita la aparición de conductas motivadas y no otras (Chóliz 2005, Tapia *et al.*, 2013; Tapia, bravo *et al.*, 2015; Rivera y Fuentes, 2016 en Tapia, *et al.*, 2017, p. 30).

3.2. Clasificación de las emociones

Paul Ekman definió seis emociones primarias el miedo, la cólera, la tristeza, la aversión, la sorpresa y la felicidad. A estas se agrega una séptima que está particularmente presente en la comunicación humana y es el desdén. (Tapia, *et al.*, 2017, p. 34). La supervivencia del individuo y social depende de las emociones.

Otros autores clasifican las emociones en primarias, secundarias, positivas, negativas y neutras (Tapia, *et al.*, 2017, p. 35).

Las emociones primarias poseen una alta carga genética, en el sentido que presentan respuestas emocionales preorganizadas que, aunque son modeladas por el aprendizaje y la experiencia, están presentes en todas las personas y culturas, (Tapia, *et al.*, 2017, p. 35).

Las emociones secundarias emanan de las primarias se deben en gran grado al desarrollo individual y sus respuestas difieren ampliamente de unas personas a otras. Mediante el aprendizaje es factible adquirir emociones ligadas a una multitud de situaciones y de circunstancias de la vida cotidiana. (Tapia, *et al.*, 2017, p. 36).

Otra distinción de las emociones es en negativas, positivas y neutras. Las primeras se refieren a sentimientos desagradables, valoración de la situación como dañina y la motivación de muchos recursos para su afrontamiento (miedo, ira, tristeza, asco o desagrado). Las emociones positivas implican sentimientos agradables valoración de la situación como beneficiosa, tiene una duración temporal muy corta y movilizan escasos recursos para su afrontamiento (felicidad). Por último las emociones neutras son aquellas que no producen intrínsecamente reacciones ni desagradables y tienen como finalidad el facilitar la aparición de posteriores estados emocionales (sorpresa); (Tapia, *et al.*, 2017, p. 36 y 37).

3.3 Descripción de Emociones

Se hará una breve descripción de las principales emociones ya que esto nos dará las bases para contextualizar como las emociones influyen en el proceso de construcción de enfermedades determinadas como psicósomáticas:

El miedo: Es una emoción primaria negativa que se activa con la percepción de un peligro presente e inminente, por lo cual se encuentra muy ligada al estímulo que la genera. Es una señal emocional de advertencia, anuncia que se aproxima un daño físico o psicológico. El miedo también implica una inseguridad respecto a la propia capacidad para soportar o manejar una situación de amenaza. La intensidad de la respuesta emocional de miedo depende de la incertidumbre sobre los resultados. Genera aprensión, desasosiego y malestar. Una de sus características principales es la sensación de tensión nerviosa, preocupación y recelo por la propia seguridad o por la salud. (Tapia, *et al.*, 2017, p. 38).

La ira (cólera, furia): Es una emoción primaria negativa que se desencadena ante situaciones que son valoradas como injustas o que atentan contra los valores morales y la libertad personal; situaciones que ejercen un control externo o coacción sobre el comportamiento, personas que afectan con abusos verbales o físicos, y situaciones en las cuales consideramos que se producen tratamientos injusto o

bloqueo de metas. La ira produce efectos subjetivos o sentimientos de irritación, enojo, furia y rabia. También va acompañada de obnubilación, incapacidad o dificultad para la ejecución eficaz de los procesos cognitivos, colocando a la persona en riesgo de actuar impulsivamente. Es la emoción potencialmente más peligrosa ya su propósito funcional es el de destruir las barreras que se perciben. Se asocian a ella los términos: enfado, enojo, malhumor, indignación, amargura, venganza, desprecio, irritación, exasperación, furia, odio, desagrado, cólera, aversión, resentimiento, celos, hostilidad, menosprecio, violencia, rencor. Así como el predominio del instinto a pelear. (Tapia, *et al.*, 2017, p. 39).

La tristeza: Emoción primaria negativa que se produce en respuesta a sucesos que son considerados como no placenteros. Denota pesadumbre o melancolía. La tristeza es una forma de displacer que se produce por la frustración de un deseo apremiante, cuya satisfacción se sabe que resulta imposible. Los desencadenantes son la separación física o psicológica, la pérdida o el fracaso, la decepción especialmente si se han desvanecido esperanzas puestas en algo. Los efectos subjetivos se caracterizan por sentimientos de desánimo, melancolía, desaliento y pérdida de energía. Se asocian los términos pesimismo, pesar, decepción, remordimiento, rechazo, bochorno, sufrimiento, añoranza, depresión, aislamiento, melancolía, vergüenza, abandono, desánimo, infelicidad, desaliento, condolencia. (Tapia, *et al.*, 2017, p. 40).

La sorpresa: Es la más breve de las emociones neutras. Es una reacción causada por algo imprevisto o extraño. Los acontecimientos cognitivos también provocan sorpresa. También se da cuando se producen consecuencias o resultados inesperados o interrupciones de la actividad en curso. (Tapia, *et al.*, 2017, p. 41).

El desagrado (asco): Es una emoción primaria compleja, es la respuesta causada por la repugnancia que se tiene alguna cosa o por una impresión desagradable hacia algo o alguien. Implica una respuesta de rechazo a un objeto deteriorado, a un acontecimiento psicológico o a valores morales repugnantes. Los desencadenantes son los estímulos desagradables, fundamentalmente los

químicos, los potencialmente peligrosos o molestos como comida descompuesta, olores corporales o la contaminación ambiental. Los efectos subjetivos del asco se caracterizan por la necesidad de evitar o alejarse del estímulo desencadenante. (Tapia, *et al.*, 2017, p. 42).

La ansiedad: Es un estado de agitación, inquietud y zozobra, parecida a la producida por el miedo; es desproporcionalmente intensa en relación con la supuesta peligrosidad del estímulo. Hay dos tipos de ansiedad la inespecífica que no está asociada a estímulos determinados y agota al individuo, y la específica, que esta suscitada por un estímulo concreto que puede ser real o simbólico. Es la reacción que produce la mayor cantidad de trastornos mentales, conductuales y psicofisiológicos. Produce efectos subjetivos de tensión, nerviosísimo, malestar, preocupación, aprensión e incluso puede llegar a sentimientos de pavor o pánico. (Tapia, *et al.*, 2017, p. 42).

La hostilidad: Emoción secundaria negativa proveniente de la ira y del desagrado, que implica una actitud social de resentimiento que conlleva respuestas verbales o motoras implícitas. Sentimiento mantenido en el tiempo, el que concurren el resentimiento, la indignación, la acritud y la animosidad. Se desencadena cuando la persona siente actitudes negativas hacia ella o personas queridas. (Tapia, *et al.*, 2017, p. 43).

La vergüenza: Es una emoción negativa secundaria que se desarrolla por una creencia en relación al propio carácter. Alteración del ánimo que se genera por una falta cometida o por alguna situación humillante o deshonrosa, propia o ajena.

El desprecio y el odio: Son emociones secundarias negativas derivadas del desagrado y la ira, provocadas por creencias o prejuicios sobre el pensamiento de otros o el carácter. El desprecio lo provoca la creencia de que otro es inferior y el odio el pensamiento de que es malo. El odio es la antipatía y aversión hacia algo o alguien.

La culpa: Es una emoción negativa secundaria derivada del miedo, se genera por una creencia sobre una acción de la persona hacia otro, provocando daño físico y/o psicológico. La culpa es un factor importante en el desarrollo de trastornos y síntomas físicos.

La envidia: Esta emoción negativa es originada por el deseo de obtener algo que posee otra persona y de lo cual se carece. Es acompañada de enojo, tristeza, resentimiento y desprecio.

La indignación: Es originada esta emoción negativa por las acciones de otro o por el bien inmerecido de alguien, es un enojo vehemente contra una persona o sus acciones. Es asociada con la ira, la irritabilidad o la furia. Es general provoca acciones poco reflexivas.

Las emociones antes mencionadas han de provocar una serie de reacciones fisiológicas que al ser sostenidas por los sentimientos y en consecuencia por el estado de ánimo van generando un desgaste físico que sienta las bases para la construcción del proceso de las enfermedades principalmente psicosomáticas.

A continuación las emociones que se describen como positivas ya que estas al contrario provocan una estimulación positiva en lo fisiológico y psicológico de las personas.

La felicidad: Es una emoción primaria positiva, surge del estado de ánimo que se complace en la posesión de algún bien. La felicidad facilita la empatía, lo que promueve la aparición de conductas altruistas. Asimismo contribuye al rendimiento cognitivo, la solución de problemas, la creatividad, el aprendizaje y la memorización. Igual se produce por la congruencia entre lo que se desea y lo que se posee, entre las expectativas y las condiciones actuales, y en la comparación con las demás personas. Se asocia a los términos jovialidad, contento, triunfo, dicha, alegría, júbilo, entusiasmo, alborozo, deleite, regocijo, buen humor, gozo, embeleso. (Tapia, *et al.*, 2017, p. 41).

El amor: Es una emoción secundaria positiva que se deriva de la alegría y tiene diferentes niveles de intensidad, de acuerdo a lo que sentimos por el otro. El procesamiento cognitivo del amor se inicia ante una situación que posee una alta novedad y alegría.

La simpatía: Es definida como la capacidad de percibir y sentir directamente como siente las emociones otra persona. Implica afinidad, inclinación mutua y amabilidad. Comparte rasgos con la empatía. Es una emoción secundaria positiva provocada por la creencia sobre el carácter del otro, es una inclinación afectiva existente entre dos o más personas.

3.4. Los Sentimientos

Se considera importante distinguir los conceptos de sentimiento y estado de ánimo ya juegan un papel determinante en el proceso salud enfermedad, sobre todo en el momento que son más permanentes o duran más tiempo. El sentimiento es una actitud que se origina a partir de una emoción, pero perdura más allá del estímulo que lo origina, por lo que se puede decir que el sentimiento, es más estable y duradero que la emoción. Es como una emoción filtrada por la razón que se prolonga en el tiempo, y lo que la distingue de las emociones es la duración y el hecho de que sean disposiciones (Tapia, *et al.*, 2017, p. 51).

Entonces podemos observar que al ser el sentimiento es el resultado de una emoción, a través del cual, el individuo tiene acceso al estado anímico propio. El medio por el cual se lleva a cabo puede ser físico y/o psicológico. Esta respuesta está mediada por neurotransmisores como la dopamina, la noradrenalina y la serotonina. Forma parte de la dinámica cerebral del ser humano, que le capacita para reaccionar a los eventos de la vida diaria. Las emociones son polarizaciones que hace nuestra mente de los hechos. En ausencia de emociones emergen los sentimientos. Como necesidad y demanda de las emociones que ya no se experimentan y a las que hemos estado sometidos durante un tiempo, suficiente

como para ayudarnos a conceptualizar que dichas interacciones son buenas o malas. Así es como nuestro estado de ánimo toma forma.

3.5. Las Creencias

Otro aspecto a considerar y cuya influencia es determinante es el sistema de creencias que cada individuo tiene el cual se va conformando con base a su propia experiencia, aunque este sistema es heredado socialmente y este se lo apropia.

Alcaraz señala que “las creencias forman redes de significado que permea la percepción simbólica y sensorial del individuo, determinando aquello con lo que puede o no entrar en contacto. Este efecto puede ser tan fuerte que la persona se autorregula más en función de lo que cree que de lo que siente, ye es la base de la sugestión y múltiples procesos psicosomáticos” (Alcaraz, Tomo III, 2003, p. 83).

El sistema de creencias tiene como función principal construir una visión congruente de la realidad a la que pueden ser asimiladas las experiencias novedosas con las que la gente se topa, en caso contrario no cree en ellas y las rechaza, las olvida o simplemente no las ve. En este sentido, el sistema de creencias actúa, como un filtro estructurador de la experiencia; lo que es incongruente será puesto en duda y luego modificado, negado o rechazado. Lo que es contradictorio con el sistema o totalmente ajeno puede no ser siquiera percibido, (Alcaraz, Tomo III, 2003, p. 83).

En el campo de lo psicosomático las creencias tienen un papel preponderante, no sólo en el efecto placebo o en el fenómeno de la sugestión, sino en el proceso de enfermar y sanar. (Alcaraz, Tomo III, 2003, p. 83).

La creencia genera certeza y seguridad al crear la realidad, y esa certeza reduce el estrés que provocan la duda y la incertidumbre. (Alcaraz, Tomo III, 2003, p. 78).

Las creencias tienen la peculiaridad de que se manifiestan como expresiones verbales, pero fundamentalmente se expresan como actos. Toda creencia es aplicada en el comportamiento concreto de cada persona, de modo que la llevan a realizar los actos motores que son congruentes con las premisas que constituyen su sistema de creencias. (Alcaraz, Tomo III, 2003, p. 84).

Alcaraz (2003) señala que “las personas que viven con un sistema de creencias lleno de contradicciones, incongruencias o inconsistencias, son aquellas que piensan en una cosa, dicen otra, sienten otra y actúan de forma incongruente con lo que dicen, sienten y piensan. Estas personas viven llenas de duda, tienen gran dificultad para tomar decisiones y cuando lo hacen se sienten inseguros, angustiados o simplemente asustados, y esa angustia, ese miedo se expresara en su cuerpo”. Esto genera un estado de hiperestimulación del sistema nervioso y estrés crónico que finalmente va debilitando al organismo del individuo.

Las creencias influyen en este proceso psicósomático determinando en gran medida los actos de la persona, quien mediante sus creencias y sus actos pueden crearse literalmente una enfermedad y también su curación. Naturalmente, no hablo aquí de las enfermedades infecciosas o de procesos traumáticos si no de enfermedades crónico-degenerativas y autoinmunes. (Alcaraz, Tomo III, 2003, p. 85).

Las creencias pueden movilizar o inmovilizar los sistemas de defensa del cuerpo y hacer así a la persona vulnerable o resistente a los agentes patógenos o a sus propios procesos psicósomáticos; pueden contraer o relajar los músculos, acelerar o disminuir el ritmo cardiorrespiratorio y de esta manera regular el funcionamiento de los órganos internos. (Alcaraz, Tomo III, 2003, p. 85).

Las emociones, sentimientos y creencias son determinantes para el estado de bienestar del individuo, así como en el génesis de una enfermedad por lo que considero importante describir para seguir contextualizando su influencia en la construcción de las enfermedades, el acotar el siguiente término Alexitimia. La cual

ha sido definida como una constelación de características afectivo-cognitivas que denotan un déficit en el procesamiento y la regulación de las emociones. Este déficit implica la dificultad para identificar, expresar y diferenciar los estados emocionales de las sensaciones corporales y la tendencia a pensar de forma concreta y utilitaria (Nemiah, Freyberger y Sinfneos 1976, Taylor, 2000 en Rueda y Perez-Garcia 2007, p. 105).

Es importante retomarlo dado que la alexitima se ha asociado extensamente con la aparición de trastornos psicomáticos y de la alimentación de ahí que algunos autores propongan que esta característica de personalidad podría incrementar el nivel de susceptibilidad a otros problemas de salud y, en general a la enfermedad. Hay datos que manifiestan que las personas alexitimicas cuidan menos su estado de salud, siendo proclives a abusar del alcohol o las drogas o cumplir en menor medida los tratamientos médicos. (Rueda y Perez-Garcia, 2007, p. 106).

Rueda y Pérez-García (2007) demostraron con su investigación que la alexitimia, además de comportar un déficit en la regulación y representación de las emociones, se asocia con peor estado de salud y con un estilo de vida poco saludable. De igual forma la alexitimia se acompaña de una constelación de emociones negativas, compuesta por enfado manifiesto, el enfado suprimido, la rumiación y la depresión, factores todos ellos que en unión con la alexitimia pueden incrementar la posibilidad de desarrollar algún tipo de trastorno cardiovascular. (Rueda y Peréz-García, 2007, p. 116).

Considero necesario retomar lo que es el estrés como el precursor en el desarrollo del proceso de enfermedad debido a que involucra una serie de emociones, sentimientos, pensamientos y creencias negativas. Dispenza (2007) señala que es un estado en que el cuerpo sale del equilibrio homeostático normal. Cuando reaccionamos ante algo, el cuerpo produce numerosos cambios químicos que alteran el orden fisiológico y químico normal. Un factor de estrés es algo que perturba el normal equilibrio químico del cuerpo. Y la respuesta al estrés es lo que hace el cuerpo para reestablecer el equilibrio homeostático. Agregando que es

importante entender que el modo de reaccionar ante el entorno o de pensar en respuestas a algunos momentos pasados o futuros pueden resultar estresantes, y es el responsable de la mayor parte de las enfermedades que sufrimos, sean físicas o emocionales. Cuando de manera repetida (crónica) nos ponemos en el modo alto nivel de estrés, o cuando estamos excesivamente alertas, buscando factores estresantes pueden afectarnos en algún momento en el futuro, todo el tiempo generamos la respuesta de emergencia del cuerpo ante el estrés. Si se está siempre demasiado alerta o en el modo emergencia, nuestro cuerpo no tiene ni el tiempo ni los recursos necesarios para repararse y regenerarse. (Dispenza, 2007, p. 271).

De acuerdo con Dispenza (2007) Los seres humanos están sujetos a tres categorías de estrés: físico, químico y emocional/psicológico. El físico involucra acontecimientos como accidentes, caídas, lesiones debido a un esfuerzo excesivo y exposición a condiciones ambientales adversas. El estrés químico es al que se está expuesto a gran cantidad de toxinas, alérgenos, contaminantes y muchos otros factores de estrés químico. Y el estrés emocional o psicológico incluye preocupaciones relacionadas con el tiempo, el dinero, la carrera profesional y la pérdida de un ser querido. Es importante mencionar que independientemente del tipo de estrés el cuerpo reacciona de la misma forma.

Otra distinción muy importante es entre el tiempo que permanece la situación estresante, el estrés agudo en cuando se presenta algo que nos estresa pero dura solo durante el evento y es por un tiempo corto. Pero el resultado más dañino es el del estrés crónico, los seres humanos tendemos a vivir situaciones crónicas estresantes, debido a nuestras costumbres desarrolladas, nos preocupamos, anticipamos, razonamos, reprimimos, racionalizamos y nos comprometemos en distintas situaciones. El ser humano es capaz de recordar que puede mantener encendida la respuesta al estrés sin que el factor de estrés este físicamente presente, creando la misma respuesta al estrés. Esto genera más daño porque es permanente. (Dispenza, 2007, p. 278).

El mayor daño que sufren los seres humanos deriva del estrés emocional o psicológico, y sufren de ese estrés continuamente, así como el más extendido en este mundo moderno. Lo que también es importante destacar es que, en los seres humanos, el estrés emocional o psicológico produce un estrés físico. (Dispenza, 2007, p. 278).

Cálculos recientes indican que el 90% de las personas que piden atención médica lo hacen por algún desorden relacionado con el estrés. Cada vez más investigadores están estableciendo vínculos entre enfermedades físicas y las condiciones y reacciones emocionales extremos. (Dispenza, 2007, p.279).

En este sentido comparto lo expresado por Solís (2002) en *La obesidad, un proceso emocional* en donde señala que es evidente el papel de las emociones en el proceso de salud y enfermedad en el cuerpo, ya que aunque no son los únicos factores que influyen en éste, tienen que ver por cómo se construyen en la cabeza avaladas por la concepción de la vida, y por tanto van a tener un efecto en el cuerpo como enfermedad orgánica, (Solís en *Lo corporal y lo psicosomático I*, 2002, p. 98).

Así mismo la forma de vida actual donde es más fácil evadir que responsabilizarse de lo que está sucediendo en su entorno o en su cuerpo el individuo va acumulando toda una serie de emociones y sentimientos tanto negativos como positivos que el cuerpo va ir almacenando hasta llegar a botarlos vía la somatización, es decir, la manifestación a través de una enfermedad orgánica. (Solís en *Lo corporal y lo psicosomático I*, 2002, p. 98).

El individuo va construyendo la enfermedad a través del tiempo al actuar de manera contradictoria lo que va deteriorando el funcionamiento de su cuerpo, estos comportamientos son resultado de creencias, sentimientos y emociones como el coraje, la ira, la tristeza, la melancolía, la depresión, los rencores, los resentimientos, la amargura, el miedo, la soledad, provocando que dichos sentimientos o emociones o creencias se vayan acumulando en su cuerpo a manera de energías, que bloquean el flujo de energía natural de su cuerpo.

La onda vibratoria de dicha emoción, al ser constante, puede llegar a profundizarse lo suficiente como para llegar hasta la célula y actuar ahí de tal manera que lo que va ocasionar es un cambio en la red de cooperación de las células, es decir puede ocasionar un cambio en la información genética de la misma. La emoción, por tanto, puede cambiar la memoria, llegando a gobernar la red de cooperación, formando por consiguiente una nueva célula que cambia y altera el funcionamiento de la red a través del sistema endócrino, inmunológico o sistema nervioso central, teniendo por tanto un efecto a nivel orgánico, lo que se va a manifestar como una alteración orgánica que trae como resultado una particular forma de enfermarse. Anexo a lo anterior, cabe mencionar que si dichas emociones no se resuelven y siguen reproduciéndose en el cuerpo van a ir en detrimento de la salud, lo que va a traer consigo su propia autodestrucción de una manera lenta pero constante, que conjugada con los malos hábitos alimenticios y una medicación que empieza a sufrir el cuerpo ante la enfermedad, van a construir las enfermedades crónico-degenerativas. Entender la enfermedad como hasta ahora se ha planteado, es dar cuenta de ésta como un proceso de construcción emocional, donde las enfermedades orgánicas son el resultado y manifestación de éste, (Aguilera 1998 en Solís en *Lo corporal y lo psicosomático I*, 2002, p. 99).

Rainville (1995) explica que la frecuencia puede definirse como el número de ciclos idénticos de un fenómeno por unidad de tiempo. Cada pensamiento, cada emoción que tenemos vibran a una determinada frecuencia que se puede comparar con una emisora. Y el cerebro como un instrumento de retrasmisión. El enfermar, sentirse desgraciado o encontrarse en una situación desagradable, es el resultado de sintonizarse con determinada frecuencia. (Rainville, 1995, pp. 32-33).

La evolución ha dotado a nuestros cerebros de la capacidad de almacenar en la memoria un número incalculable de comportamientos y creencias. Los comportamientos, las creencias y las actitudes que los humanos observamos en nuestros padres se graban en nuestro cerebro con tanta firmeza como las rutas sinápticas de la mente subconsciente. Una vez que la información se almacena en

el subconsciente, controla nuestra biología durante el resto de nuestra vida. (Lipton, 2005, p. 223)

A manera de conclusión puedo determinar que el inadecuado manejo de las emociones, sentimientos y creencias va permeando en el cuerpo del individuo generando estados alterados que van repercutiendo en un gasto innecesario de energía, así como manteniendo un estrés crónico lo que ocasiona el debilitamiento del estado general del cuerpo que sienta la base para la construcción de enfermedades no solo psicosomáticas, sino también crónico-degenerativas y autoinmunes.

En la actualidad el individuo vive en una situación carente de sentir su cuerpo y la manifestación de estas alteraciones a través de síntomas inespecíficos provoca que los individuos de manera no consciente vayan construyendo la enfermedad que tarde o temprano lo detendrá a buscar alternativas de búsqueda del restablecimiento de su salud.

4. EL PAPEL DEL PSICÓLOGO EN LOS PROCESOS DE SANACIÓN, UNA PROPUESTA INTEGRATIVA

“La gente no necesita ser salvada o rescatada. La gente necesita saber despertar su propio conocimiento interior y acceder a él” El sendero del Chamán.

El notable incremento de individuos que enferman y no responden a los tratamientos médicos normales o tradicionales alópatas, nos obliga a analizar que como sociedad debemos retomar otros enfoques que permitan a las personas recobrar su salud. Debemos de dejar de considerar los enfoques separatistas y considerar al ser humano como un todo, un microcosmos.

Siendo la salud humana un complejo proceso de adaptación en que confluyen factores biológicos, psicológicos y sociales. La salud, ese estado de bienestar físico psicológico y social no es patrimonio ni responsabilidad exclusiva de un solo grupo o especialidad profesional. La salud no es solo la ausencia de enfermedad, sino que ha de ser entendida de una forma más positiva, como un proceso continuo que tiene que ver con los comportamientos y el estilo de vida de una persona o comunidad (Ballester, 1998), por el cual el hombre desarrolla al máximo sus capacidades, teniendo a la plenitud de su autorrealización como entidad personal y como entidad social (San Martín, 1985). (Rodríguez y Del Pino, 2011, p. 2)

La forma simplista de ver al ser humano como cuerpo y sus funciones ha llevado a las ciencias médicas a un nivel de fraccionamiento y especialización que se olvida lo más importante a la persona. “por lo que a los médicos se les ha impedido considerar las dimensiones psicológicas de las enfermedades y a los psicólogos ocuparse del cuerpo de sus pacientes”. (Martínez en Una aproximación...., 2008, p.61)

Pero a pesar de la idea de abordar el cuerpo desde una visión científica, este sigue funcionando en forma integral y equilibrada. “Con la división del organismo, perdimos la capacidad de valorar y recuperar muchas sensaciones que se nos presentan; hacemos tan grande la división del organismo que olvidamos situaciones y sensaciones que se nos presentan día a día; además mecanizamos conductas y actitudes que bien pueden perjudicarnos. Nos olvidamos que el cuerpo envía mensajes, en algunos casos fáciles de interpretar; pero otro tipo de éstos está en relación con la construcción de enfermedades o del conocimiento, no los escuchamos fácilmente y si los llegamos a detectar los ignoramos” (Martínez, Una aproximación..., 2008, p. 61)

“La correlación entre enfermedad, afectos y emociones hoy día no se discute mucho, lo que interesa en cuándo y cómo se da el proceso de cambio en el cuerpo y en este caso no estamos hablando de una somatización, se habla del efecto de una relación de pérdida o estado emocional, como la tristeza, que cambia el metabolismo bioquímico del cuerpo. Este proceso es distinto de la somatización, las construcciones son distintas y sus manifestaciones también; la primera es de efectos paulatinos y en algunos casos mortal. Se puede manejar con terapia o acompañamiento, por lo regular las personas lo superan, en el peor de los casos se mueren. La segunda conlleva un proceso distinto: el sujeto elabora un síntoma en un órgano y se convierte en un problema de salud crónica que no le impide llevar el curso de su vida y se asocia con algunos periodos de crisis de acuerdo con un problema no resuelto en su vida cotidiana”. (López, 2002, p. 31).

“Querer encontrar los sentimientos en una relación química puede no ser cuestionable, lo que importa es la reflexión que de ello se deriva para poder comprender el proceso del sentir en el humano y en especial la negación explica los procesos sociales e histórico- culturales que hacen que lo orgánico pueda ser transformado a otro comprender que los órganos tienen una relación entre sí, es decir, no son autónomos, lo que implica que el desequilibrio es energético. En esta

lógica nada de lo que sucede a la persona es ajeno a su condición.”. (López, 2002, p. 33).

Como se señaló en un inicio para fines explicativos y de análisis se dividió en los procesos fisiológicos, familiar-social-cultural y psicológicos pero el ser humano no funciona así, es una entidad integrada que no responde solo desde un aspecto.

“Las enfermedades psicosomáticas, en sentido estricto, son aquellas cuya manifestación y desarrollo están bajo la influencia demostrable de los factores psicosociales. Ello significa que no toda persona que sufre asma está enferma psicosomáticamente, y que tampoco es cierto que el diabético padece una enfermedad puramente física” (Luban-Plozza, Pöldinger, Kröger, Laederach, El enfermo psicosomático en la práctica, Barcelona, Heder, 1995, p.1 en López, 2002, p.23).

La enfermedad surge en el momento que las personas no se “sienten feliz” o están en una situación estresante por el momento lo nombrare así, en realidad lo que sucede es que fuimos aprendiendo a mantener nuestro cuerpo en alerta con el objetivo de sabernos aceptados y queridos por nosotros mismos de acuerdo a nuestra personalidad o a el entorno social en la que nos encontramos.

De ahí surge una gran incógnita si sabemos que esta condición nos llevara tarde que temprano a una situación de inestabilidad física, porque no tomamos las acciones necesarias.

El cuerpo es tan inteligente que siempre encuentra el medio para mostrarnos lo que debemos poner en orden. (Bourbeau, 2000, p.11).

Al presentarse un desequilibrio corporal, el organismo sufre un desajuste que se ve reflejado en las relaciones que se tienen con el resto de la gente; o viceversa, si una persona tiene un problema, se verá reflejado en el organismo, provocando en muchos casos algunos padecimientos, que en un tiempo determinado se pueden volver crónico-degenerativos. (Martínez, ¿Cuánta acidez hay en tu vida? Una aproximación al ..., 2008, p. 69)

Ahí radica el problema en esa inmadurez emocional, primero nos es difícil definir que emoción estamos sintiendo y más difícil transmitir el sentimiento que esto genera, pero aún más complicado poder ser asertivo en transmitirlo. Una serie de creencias y pensamientos adquiridos impiden a las personas saber reconocer lo que el cuerpo nos está expresando.

Cada vez hay enfermedades más complicadas y difíciles de diagnosticar claro que son resultados de una sociedad más compleja, donde se han ido desconectando de las partes, se ha ido perdiendo ese concepto ancestral de unidad.

Vamos transitando por la vida con nuestras heridas y creencias erróneas de que tenemos que complacer al otro para recibir ocasionando esto una serie de emociones y sentimientos que llevan a una alteración de las funciones del organismo aunado a una serie de factores externos sociales y ambientales provocando que el cuerpo enferme.

El desarrollo de una enfermedad es multifactorial donde las emociones y nuestro apego a estas últimas generan en el cuerpo un estado de estrés permanente, provocando una constante alteración fisiológica, agotando nosotros mismos a nuestros órganos.

En la sanación, el espíritu y el proceso natural de la vida son primordiales, y funcionan de manera más efectiva cuando el intelecto aprende a servir en lugar de controlar. La sanación nos invita a ver más de cerca los problemas en nuestra vida y a responder a nuestros sentimientos más profundos. A través de la enfermedad, los acontecimientos caóticos y las crisis, las cosas que nos han mantenido aislados de nuestros sentimientos y de nosotros mismo comienzan a caerse en pedazos. Aunque el intelecto puede sentirse amenazado y fuera de control, la enfermedad y el caos a menudo preparan el camino para la curación. (Epstein, 2002, p.17).

La curación es la manifestación externa de nuestro viaje de descubrimiento interno. Mientras sanamos comenzamos a ver la magia en nuestra experiencia, aun cuando no entendamos la experiencia en sí, (Epstein, 2002, p. 17).

Considero importante retomar lo dicho por Dethlefsen y Dahke (2000) respecto a que el cuerpo nunca está enfermo ni sano, ya que en él sólo se manifiestan las informaciones de la mente. El cuerpo no hace nada por sí mismo. El cuerpo de una persona viva debe su funcionamiento precisamente a dos instancias inmateriales que solemos llamar conciencia y vida. La conciencia emite la información que se manifiesta y se hace visible en el cuerpo, (Dethlefsen y Dahlke, 2000, p. 17).

Lo que ocurre en el cuerpo de un ser viviente es expresión de una información o concreción de la imagen correspondiente. Las funciones del cuerpo generalmente no se pueden explicar solas, dependen de información concreta. Cuando las funciones corporales se conjugan de un modo determinado y su produce un modelo que nos parece armonioso y por ello lo llamamos salud. Si una de las funciones se perturba, la armonía del conjunto se rompe y entonces llamamos enfermedad, (Dethlefsen y Dahlke, 2000, pp. 17 y 18).

Enfermedad significa, pues la pérdida de una armonía o, también el trastorno del orden hasta ahora equilibrado. Ahora bien, la pérdida de armonía se produce en la conciencia, en el plano de la información, y en el cuerpo sólo se muestra. Por consiguiente, el cuerpo es vehículo de la manifestación o realización de todos los procesos y cambios que se producen en la conciencia. (Dethlefsen y Dahlke, 2000, p. 18).

La clasificación de lo psicosomático se ha convertido en una nueva forma de etiquetar de la lógica cartesiana que no puede comprender el complejo proceso de la construcción individual. Rebasar la concepción de la analogía máquina-cuerpo es solo una posibilidad de lectura para no caer en estigmas y la negación de nuevas realidades corporales en nuestro tiempo, donde el mundo de las emociones ha ganado un espacio predominante en el cuerpo. (López, Lo corporal y lo psicosomático I 2002, p. 24).

Se considera importante señalar el significado etimológico del psicosomático, el cual está compuesto por dos palabras griegas: psique, “alma” y somático, lo “corpóreo” en un ser animado. Implica un síntoma material, físico o químico, dependiente de una alteración de lo sólido o líquido del organismo para diferenciarlo del sistema funcional. Esto significa que ambos, el alma y lo corpóreo, existen en un mismo cuerpo pero su funcionalidad puede ser alterada por procesos sociales y personales. (López, III, 2003, p. 19).

López (2003) resalta que la conceptualización de lo psicosomático desde el modelo médico alópata tiene dos aspectos a considerar: 1) es una clasificación que se usa como recurso para aquello que, con respecto a la enfermedad, no se puede explicar desde el modelo médico dominante hegemónico. Esto hace dos posibles formas de evasiones del problema una es la genética y la otra es decir que el padecimiento es de origen genético, con lo que se niegan otras interpretaciones o lecturas del cuerpo con respecto a sus signos y síntomas. 2) Los procesos psicosomáticos se han reducido a causas de origen social-cultural, biopsicosocial, químico, emocional-químico, el tejido sanguíneo como expresión de una baja del sistema inmunológico, y hasta culminar en crear la nueva disciplina llamada psicoimmunología, entre otras que se derivan de un problema creciente, como las enfermedades psicosomáticas. (López, III, 2003, p. 19).

Ya se ha mencionado por diversos autores como van en aumento las enfermedades que tienen un origen emocional o psicológico. Al respecto López (2003) lo vuelve a destacar al indicar que “los índices de padecimientos que involucran el aspecto emocional dominando cualquier parte del cuerpo se han incrementado en las dos últimas décadas. Se sabe que los problemas de orden psicológico, psiquiátrico y psicosomático van a la alta por diversas condiciones sociales: políticas-económicas, de guerra, desnutrición crónica, estrés, aglomeraciones y hacinamientos, pérdida de expectativas en la realización personal, crisis en la familia y los valores en las sociedades contemporáneas, el deterioro ecológico, entre otras muchas posibles razones que nos dan un panorama

no muy alentador en eso de crear nuevas patologías en los individuos. (López, III, 2003, p. 20).

Los trastornos psicósomáticos son diferentes y pueden clasificarse en los siguientes grupos principales:

1. Síntomas de conversión. El síntoma adquiere un carácter simbólico que no es comprendido por el paciente. La manifestación del síntoma puede entenderse como un intento de solucionar el conflicto. Los síntomas de conversión suelen afectar la motricidad voluntaria y los órganos sensoriales.
2. Síndromes funcionales (somatomorfos). Por regla general, resulta imposible detectar cambios en los tejidos. Al contrario de lo que ocurre con la sintomatología de conversión, en este caso el síntoma concreto no tiene una importancia particular en la vida paciente, sino que se trata de una consecuencia no específica del trastorno de una función o percepción corporal.
3. Enfermedades psicósomáticas en sentido estricto (psicosomatosis). Son producidas por una reacción física primaria frente a una vivencia conflictiva, acompañada de transformaciones morfológicas objetivables y una enfermedad orgánica. Las condiciones previas necesarias (predisposición), una respuesta orgánica (un locus minoris resistentiae que debe entenderse dentro de la historia individual del paciente) puede influir sobre determinados órganos. Desde el punto de vista de la medicina histórica, este grupo comprende los siete cuadros patológicos clásicos de la psicósomática: asma bronquial, colitis ulcerosa, hipertensión esencial, hipertiroidismo, neurodermatitis, artritis reumatoide y úlcera duodenal. (Boris, Poldinger, Kroger, Laedereach-Hofmann en López, 2002, p.24).

Es necesario puntualizar algo el ser humano procesa la enfermedad de acuerdo a los síntomas presentados más no desde el génesis de los mismos. El cuestionar si hubo un evento que desencadena los síntomas casi siempre es cuando evoca lo que generó su situación física. Pero a la mayoría de los individuos le es difícil expresar que emoción, sentimiento o estado de ánimo lo ha estado

alterando y ha mantenido en un estado de estrés que termina agotando el sistema inmunológico y genera el desarrollo de la enfermedad.

El proceso de construcción de la enfermedad está determinado en función de las características personales de cada persona. Los factores sociales, físicos e individuales que lo llevan a construir determinados síntomas físicos generalmente están en el inconsciente del individuo.

Las enfermedades son la manifestación de situaciones sin resolver en el transcurso de nuestras vidas. En muchas ocasiones no se permite el reconocimiento de esa emoción que a través de las experiencias que van conformando la personalidad del individuo, el principal problema es que la mayoría de las personas ni siquiera saben reconocer lo que determinadas situaciones genera en su cuerpo. Dado que vamos adquiriendo experiencia en nuestra interrelación con los otros y lo que socialmente está aceptado o no.

En esta relación de los órganos con las emociones es donde podemos encontrar la construcción de un proceso psicosomático que ha de interpretarse como la expresión de una emoción que ha logrado ser dominante en el organismo, vía la conjugación de lo que representa y siente el sujeto. Sus mecanismos de construcción no están ajenos a su condición histórica y sus representaciones de una cultura que le impone una movilidad y de una manera de actuar a través de un conjunto de símbolos, especialmente el lenguaje. Así, la materialización de estos aspectos en un padecimiento psicosomático es susceptible de interpretación si seguimos la ruta de una expresión o contención de emoción y sentimientos, es decir la historia personal. Las personas las depositan en algún lugar, o más específicamente en algún órgano que puede ser el más débil o el más fuerte en el interior de su cuerpo; es posible localizarlo y empezar a trabajar con él en la medida en que podamos hacer que se armonice y no domine a los otros órganos, eso significa que las otras emociones están sometidas por un órgano. (López, III, 2003, pp. 26 y 27).

Coincido con López (2003) al señalar que si es posible lograr el cambio de lo que se construyó en el cuerpo que generó la enfermedad hacia un proceso de sanación. Además señala que “habría que hacer trabajo con el cuerpo para poder cambiar la memoria en que se construyó, es decir, se puede pensar que es factible la transformación del cuerpo desde el reconocimiento del proceso de elaboración” en una cultura, sociedad y familia, así como las emociones, sentimientos, estados de ánimo y creencias. (López, III, 2003, pp. 26 y 27).

Una epistemología de lo psicosomático que incorpore esta lectura del cuerpo está en posibilidades de encontrar nuevas interpretaciones de un fenómeno cuyo origen se ha buscado en el cerebro, en las emociones, y su efecto en el sistema endocrino, inmunológico, es decir, que las endorfinas son las causantes, y se requiere neuropéptidos y neurotransmisores en las células del cerebro a fin de crear un sistema de estabilidad para que no se deprima el sistema inmunológico. (López, III, 2003, p. 27).

La búsqueda de opciones es continua, algunos autores han explorado los campos energéticos para solucionar el problema psicosomático. Drouot sostiene que es necesario ir en búsqueda de nuevas lecturas sobre la sanación, las terapias del futuro, como él le llama, deben abarcar el aspecto espiritual. (López, III, 2003, p. 28).

Desde luego ésta es una propuesta más avanzada que incluye un trabajo profundo con la memoria del cuerpo para poder transformar lo instituido por la cultura y por el espacio de la familia. Así, lo psicosomático se puede instituir en el cuerpo a partir de la exaltación de una emoción que se cultiva en lo cotidiano y logra cambiar el curso de la seguridad social en la mente, para convertirse en un síntoma convencional o innovador en cuanto a dolor o zona de expresión se refiere. Esto significa que la sintomatología se hace más real, más verdadera en cuanto a los síntomas y signos, lo que implica un malestar o un padecimiento que elabora su ritual, su asociación, su significación, pero no es factible darle un remedio puntual, de ello derivan los fracasos de las terapias médicas o psicológicas, porque en

ambas sucede una condicionalidad o amplitud de los síntomas. El miedo del paciente es un elemento que se alía con los sentimientos o emociones que dominan, tanto interna como externamente, en cualquier parte del cuerpo. Si se pueden cambiar los procesos bioquímicos o fisiológicos con una emoción, eso quiere decir que el camino se puede revertir, es decir, se puede hacer que la emoción se diluya o pierda predominio en la representación del cuerpo, (López, III, 2003, p. 28).

Un padecimiento es una expresión corporal compleja, una respuesta que puede tener diversas lecturas, también, es la posibilidad de descifrar los procedimientos como una señal de que el sistema se ha desequilibrado en términos homeostáticos, estaremos impedidos de pensar que en realidad es una expresión más compleja que tiene que ver con la condicionalidad social de la individualidad. Una lectura así sería unilateral, y se encontraría lo que se quiera encontrar, con un esquema definido sobre los síntomas, y sería allí donde acabaría la expresión del individuo. En otras palabras, esto significa que el paciente continuará con la sintomatología e incluso lograra que los síntomas de su padecimiento crezcan, se estancan o se hagan cada vez más complejos, estableciéndose en el cuerpo con una expansión sin control, es decir, que los mecanismos de construcción interna serán desbordados por alguna emoción o un sufrimiento conjugado con la sintomatología. La complejidad de sentir en el sujeto se cruza con su historia personal del sufrimiento y sus maneras de encauzar los padecimientos; esto es, en que órgano instala su dolor, y si lo hace por una circunstancia temporal o por un proceso de autodestrucción. Las implicaciones de una y otra dan sus frutos en cuanto a las formas en que el cuerpo se va deteriorando con el padecimiento conforme pasan los días. Respecto al dolor, acrecentarlo o hacerlo más complejo está en función de los procesos personales, sobre lo que significan las relaciones humanas o incluso que desea hacer el sujeto con su enfermedad (López, IV, 2007, p. 17).

Lo que se deriva de esta compleja relación entre el proceso individual y los alcances de comprensión que debe hacer el sujeto en su construcción personal;

esta complejidad es parte sustancial de cómo un proceso se instala y se echa a andar en el cuerpo, y tiene implicaciones diversas, pues sus expresiones se relacionan con la cultura del individuo o si se quiere, con sus representaciones y significaciones con la historia familiar y con otros procesos individuales y sociales (López, IV, 2007, p. 18).

Un individuo se construye mediante un proceso que incluye no sólo el ciclo homeostático, sino también otros elementos como el proceso histórico-social, la familia y el plano individual; en este último existen a su vez otros procesos que implican un establecimiento, reordenamiento y transformación de la red interna de los órganos. El proceso de cooperación para alimentarse u obtener los nutrientes de los alimentos se conjuga con la distribución de los mismos, a los diferentes órganos y el arrojar los desechos, pero la cadena no termina ahí, la red de funcionamiento de los órganos se articula con los procesos emocionales del individuo. Una emoción puede producir cambios en el interior del cuerpo y expresarse en forma de síntomas o padecimientos. Esta construcción órgano-emoción tiene una forma horizontal recíproca, es decir puede surgir primero la emoción y después expresarse en el órgano, o a la inversa, el órgano y su manifestación pueden traducirse en un estado emocional. (López, IV, 2007, p. 19).

La clave entonces está en descubrir cómo el sujeto establece los mecanismos de la enfermedad en su cuerpo, como surgen las redes de cooperación entre las emociones y los órganos y su expresión de vida, cómo ir más allá del “estoy enfermo de algo” y dejar de quejarme. Una enfermedad no es unicausal ni multicausal sino un proceso más complejo; es algo que trasciende lo que se piensa de ella. Existe una representación que implica un quehacer con el ser humano y establece los parámetros de lo que se entiende por síntoma, por lo que debemos preguntarnos qué se debe contemplar en esa búsqueda de las enfermedades psicosomáticas y cómo se establecen en el cuerpo, desde dónde hacer una lectura que rompa con esa representación que conduce a maneras de sentir y construir la enfermedad o el padecimiento en la vida ordinaria. La enfermedad también puede

entenderse como una crisis necesaria que vive el cuerpo, e incluso para algunos representa la oportunidad para darse cuenta de dónde está fallando, en tanto que para otros es parte de un crecimiento del cuerpo de acuerdo al lugar donde se viva. Lo cierto es que la crisis de un cuerpo se hace necesaria para verse a uno mismo desde otra lógica, (López, IV, 2007, p. 21).

La relación órgano-emoción es la modalidad que dota de nuevos sentidos a los procesos fisiológicos y nos permite entender e intervenir de una manera más eficiente en las patologías de nuestro tiempo, (López, IV, 2007, p. 31).

La importancia del factor emocional en los nuevos diagnósticos no debe ser soslayada, pues las emociones son un reflejo del nuevo proceso de las epidemiologías sociales, (López, IV, 2007, p. 31).

Lo que nos compete como psicólogos es poder profundizar en el origen de las manifestaciones o síntomas que presenta el individuo para poder concientizarlo y transformar los síntomas para lograr el equilibrio en el cuerpo y conciencia, finalmente se busca lograr que el ser humano se encuentre en armonía consigo mismo y su entorno.

La Psicología ha abordado desde diferentes enfoques el proceso psicosomático, logrando interesantes aportes como señala Gutiérrez mencionando los principales a continuación (Rivera, 2014, pp. 65, 66, 67 y 68):

Paradigma conductual: Desde la teoría conductual se han dado aportaciones como el aprendizaje condicionante visceral y la respuesta de adaptación del organismo ante una situación demandante, de agresión y sobrecarga, es decir, el estrés.

Paradigma sistémico: Dada la premisa que un fenómeno puede entenderse desde diversas perspectivas, el síntoma es visto como una interacción de la biología, emotividad, relaciones interpersonales y el contexto. La familia es uno de los pilares del estudio al ser el principal contexto de experiencia y aprendizaje. El elemento concluyente de la teoría es el manejo de la enfermedad como punto de inestabilidad y la ocasión de realizar movimientos hacia el crecimiento y equilibrio sistémico.

Paradigma humanista: En un principio este enfoque fue constituido por diversas teorías que trataban de dar una nueva alternativa a lo conductual y psicoanalítico, caracterizándose por tener al ser humano en un papel activo de su realidad.

Paradigma psicoanalista: Esta teoría propuesta por Freud para dar explicación de los fenómenos mentales en concreto de lo consciente e inconsciente. El aporte al estudio de lo psicosomático fue el relacionar las motivaciones inconscientes y la enfermedad. En un inicio se intentó hacer una correlación entre diversas personalidades y enfermedades orgánicas.

De acuerdo con Díaz, Landa y Rodríguez algunos enfoques psicológicos han heredado la concepción clínica en el área de salud, el modelo biomédico y por consiguiente adoptando también su problemática. (Rivera, 2014, p. 68)

Es donde debemos considerar que los procedimientos a utilizar pueden ser de diversa índole de manera que se integren diferentes herramientas terapéuticas. El cómo iniciar el apoyo terapéutico depende de las circunstancias en la que el individuo está viviendo la enfermedad.

Es por tal razón que acotando todo lo expuesto en este documento debe considerarse un abordaje integral desde donde se originó el o los síntomas. Es importante poder guiar al individuo hacia el origen de la sintomatología presentada.

Cuando en el cuerpo de una persona se manifiesta un síntoma, este llama la atención interrumpiendo, con frecuencia bruscamente, la continuidad de la vida diaria. Un síntoma es una señal que atrae atención, interés y energía y, por lo tanto, impide la vida normal. Un síntoma nos reclama atención, lo queramos o no. Esta interrupción que nos parece llegar de fuera 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 se esté pendiente de él. (Dethlefsen y Dahlke, 2000, p. 19)

La enfermedad es un estado que indica que el individuo, en su conciencia, ha dejado de estar en orden o armonía. Esta pérdida del equilibrio interno se manifiesta en forma de síntoma. El síntoma es, pues, señal y portador de información, ya que con su aparición interrumpe el ritmo de nuestra vida. El síntoma nos señala que nosotros, como individuo, estamos enfermos; nos indica que algo está fallando. (Dethlefsen y Dahlke, 2000, p. 22).

Hellinger (2011) señala que la enfermedad en el cuerpo sólo es el último eslabón de una larga cadena. Inicia en el alma, ya que desde el alma se derivan estos movimientos de amor que nos acercan y vinculan a las personas que provocan nuestra enfermedad. Indicando también que el amor que sana, a diferencia del amor que sentimos en nuestras relaciones es un amor del espíritu. (Hellinger, 2011, p. XXII)

Hay una diferencia entre combatir la enfermedad y transmutar la enfermedad. La curación se produce exclusivamente desde una enfermedad transmutada, nunca desde un síntoma derrotado, ya que la curación significa que el ser humano se hace más sano, más completo. La curación se consigue incorporando lo que falta y, por tanto, no es posible sin una expansión de conciencia. (Dethlefsen y Dahlke, 2000, p. 23)

Messean (2008) apoya lo anterior al señalar que si se lucha contra el síntoma y no la causa, dejamos de curar. El síntoma es el signo de una enfermedad en flujo. El sistema inmunológico necesita ayuda. Luchar contra el síntoma es lo que la alopátia hace. (Messean, 2008, p. 20)

Hacer un cuerpo no es cosa de instituciones, es un proceso que va al individuo y este tendrá que elegir lo que desea hacer. Si pretendemos a ver y sentir de otra manera, podremos ser otros con nuestros propios cuerpos, trascender lo que la institución ha normalizado, liberarse no en la anarquía, sino en la lucha por ser mejores personas con los espacios que nos rodean y cultivar la vida como un principio llevado en el cuerpo y no como un discurso. Esta nueva realidad llevaría a

las células del cuerpo a dar otra respuesta: una vida larga en que la angustia y la ansiedad no consuman tanta energía ni modifique la relación armoniosa de los órganos. (López, VII, 2011, p. 204)

Cualquiera puede preguntarse quién es, pero la pregunta no debe ir dirigida a otro para que me diga que soy; debo construir, buscar la respuesta en el cuerpo. Para ello necesito la historia de mi país, mi cultura, mi historia familiar; solo así comprenderé cómo ha sido construido mi cuerpo, ajeno a mi elección. Es ahí donde inicia el proceso de construirse, cambiar, transformar el proceso personal. Eso significa transformar la memoria corporal y emocional. Enfrentarse con lo instituido revelara un principio de sufrimiento por los deseos, los apegos y la condicionalidad que creó el cuerpo. (López, VII, 2011, p. 204)

Conocer esto nos lleva a desarrollar, considerar o retomar metodologías factibles de aplicar en la construcción de un cuerpo sin tanto sufrimiento. Quizá la ruta para empezar tiene que venir del proceso de construcción de una vida digna, con una perspectiva que vaya más allá de lo instituido por una cultura. Eso nos enfrenta con una lectura del cuerpo que solo es posible ejercer en el cuerpo mismo, una metodología que abra la sensibilidad a un mundo lleno de opciones en el interior del cuerpo. (López, VII, 2011, p. 205)

López, S. (2011) ha utilizado la teoría de los cinco elementos lo que le ha permitido seguir una ruta del viaje de las emociones en el cuerpo y con ello poder hablar de la instalación de esta en la memoria. Las emociones desempeñan un papel fundamental en la construcción de un padecimiento. Esta lectura puede ser descalificada desde otro ángulo, pero lleva años de trabajar con este esquema de interpretación y puede constatarlo. Su lectura está encaminada a trabajar la prevención y los resultados obtenidos hasta ahora son alentadores. (López, VII, 2011, p. 250)

Con este sistema de diagnóstico se aproxima al cuerpo, localizan los padecimientos y se trabaja en el equilibrio órgano-emoción. Cuando las emociones

están desbordadas emprendemos un proceso distinto: a veces es necesario recurrir a la verbalización, al trabajo con el cuerpo desde la bioenergética, a la terapia psicológica, etcétera. Todo depende del nivel de desequilibrio que muestra la persona. (López, VII, 2011, p. 250).

En la práctica terapéutica personal durante 15 años he desarrollado un sistema de intervención similar en donde se ve al ser humano como un todo, una unidad en donde el objetivo ha sido trabajar los aspectos físicos, mentales, psicológicos y espirituales, la pauta por donde iniciar la define la persona. Se han utilizado otras técnicas integrativas como el Par Biomagnético, la Osteopatía Bioenergética Celular y terapias basadas en la física cuántica como el Scio-quantum y Quantum Mind. Así como el acompañamiento en el proceso de llegar al génesis de la enfermedad a través de la construcción del proceso de la enfermedad.

Como señala López (2011) se debe buscar los procesos internos y externos y no dividir órganos-emoción, ni mente-cuerpo; si acaso los procesos internos se dan en función de un deseo no concluido o controlado, o dominado por la persona, es justamente en este espacio donde debemos buscar los posibles porqués de esas repuestas fisiológicas. Quizás el primer paso es identificar su ruta de lo instituido, después buscar la técnica para desbloquear o crear nuevas formas de cambiar la memoria. (López, VII, 2011, pp. 251 y 252)

Las diferentes alternativas dentro de la misma psicología han explicado el término de emoción dependiendo de su óptica, sin embargo es importante hacer énfasis en que estas solo se inclinaron por un solo aspecto cómo la conducta observable o los cambios biológicos y no podían ver el aspecto de como la emoción influencia al cuerpo. Este enfoque es la teoría corporal que considera que las emociones al ser expresadas inadecuadamente o no exteriorizarse repercute en el organismo por medio de síntomas o dolores corporales, como pueden ser dolor de cabeza, dolor de espalda, entre otros y al no dar la importancia que esto requiere se construirá una enfermedad crónico-degenerativa. (Camacho, 2004, p. 84)

El proceso de sanación debe ir más allá de la eliminación del dolor o de la desaparición de los síntomas, haciendo hincapié en la búsqueda del factor responsable del malestar o de la enfermedad. En este sentido el dolor, el malestar o la afección se consideran señales que anuncian un desequilibrio en una parte del organismo. Raiville (1995) señala que la Metamedicina ayuda a reconstruir la historia de una dolencia, de una enfermedad o de un malestar profundo, remontándose cuanto sea posible hasta la aparición de los primeros síntomas. Utilizando el simbolismo del cuerpo y sus manifestaciones, para orientar el interrogatorio que nos permitirá reconstruir la historia, a fin de discernir la causa inherente. (Rainville, 1995, pp.14 y 15)

A continuación se mencionan posibles causas que originan una enfermedad mas no es limitativo, más bien se sientan las bases para poder guiar al individuo en el proceso de descubrimiento del génesis de la enfermedad, según Rainville (1995) la enfermedad puede ser: La resultante de un conjunto de emociones acumuladas, significar ¿no veis que estoy sufriendo?, una excusa para dejar una actividad o un trabajo que ya no se quiere hacer o para expresar un “no” que nos sentimos incapaces de pronunciar por miedo a que no nos quiera o a que nos rechacen, una ocasión para huir de una situación en la que no se encuentra salida, un medio para llamar la atención de quien amamos, un mecanismo de supervivencia relacionado con el dolor de vivir, un medio para culpabilizar a la persona a la que responsabilizamos de nuestro sufrimiento, una manera de alimentar un rencor hacia una persona a la que responsabilizamos de nuestro sufrimiento, expresar una renuncia, originarse en una vida anterior.

Estos puntos aquí señalados dependen mucho de ir todavía más atrás en cuanto que lo está llevando a construir la enfermedad desde ese esquema, es ahí donde pueden entrar emociones negativas, creencias y juicios los cuales se apropió o fueron enseñados o sentidos por el individuo, así es como se va llegar al génesis de la enfermedad.

Debemos considerar los siguientes aspectos: la primera etapa para sanar radica en reconocer y aceptar lo que está hiriendo, junto con aceptar que no es la experiencia lo que importa, sino lo que se siente ante esa vivencia. El cuerpo no miente jamás, sino que refleja lo que sucede en los planos emocional y mental, además mientras más tiempo se tardan en sanar las heridas emocionales, más se agravan, tanto en el plano emocional como en lo físico. (Bourbeau, 2000, México, pp.190, 192 y 194)

No hay duda de que para lograr que un individuo este en equilibrio y por consiguiente se encuentre en un estado de salud es imperioso evitar la separación de lo físico y lo psicológico, entonces considero que el papel del Psicólogo debe ser integrativo, además de considerar también diversas técnicas que lo apoyen a abarcar la totalidad del individuo donde el acompañamiento se integral. Sé que es muy atrevido pero los psicólogos debemos estar preparados también para comprender lo físico. Que le permita ser un acompañante en el proceso de recuperación de la salud. Es poder llevarlo a encontrar qué emociones, miedos, traumas o creencias fueron las que detonaron la enfermedad. Y reconstruir el proceso de la misma, así como transformar estos en procesos en positivos para restituir el equilibrio en el cuerpo y mente. Por otro lado es ayudar al individuo a asumir la responsabilidad de lo que ha creado de forma inconsciente.

Los métodos convencionales para eliminar los comportamientos destructivos incluyen fármacos y terapia conversacional. Los métodos más innovadores prometen cambiar nuestra programación mediante el reconocimiento de que no tiene sentido razonar con el subconsciente. Estos últimos métodos resaltan la importancia de los descubrimientos de la física cuántica que relacionan energía y pensamiento. De hecho, estas modalidades que reprograman los comportamientos adquiridos previamente pueden denominarse en su conjunto “psicología de la energía”, un floreciente campo basado en la nueva biología. (Lipton, 2005, p. 234)

Martínez, (2013) concluye y lo comparto que aún hay mucho que hacer, que estudiar, que desarrollar y que explicar al mundo desde esta visión holística, lo

importante es que existen esfuerzos por que las personas relacionadas con la salud entiendan la vida desde un proceso distinto al mecánico, desintegrado y dualista. Desde esta perspectiva la psicología no es quitarle la mente al cuerpo para solo estudiar alguno de los dos ya sea la conducta o el pensar humano; la psicología y el ser psicólogo es ver al humano como un ser integral que piensa, siente, dice, calla, enferma, vive o sobrevive según la condición de su medio; es entender lo corporal y el malestar físico como un proceso de construcción en el que la historia de vida del sujeto, su lugar de origen, sus usos, costumbres, el tipo y forma de educación, la manera de relacionarse con su medio y la no expresión de las emociones se ve reflejada en una enfermedad que no necesariamente se atiende con pastillas. Esta visión holística le da la posibilidad al individuo de que requiere trabajar en sí mismo para expresar con lenguaje lo que le aqueja, al tiempo que se modifican sus hábitos de vida. (Martínez, 2013, p. 54)

CONCLUSIONES

Como conclusión es necesario retomar algunos puntos que permitan resumir lo señalado en el presente trabajo:

No hay la menor duda que las emociones, sentimientos, pensamientos y creencias tienen una gran influencia en la respuesta fisiológica de una persona lo que la lleva a determinar el estado de su cuerpo ya sea en salud o enfermedad.

La influencia de la parte social-cultural y la familia en la construcción de la esencia del individuo que lo lleva adoptar emociones, sentimientos, pensamiento y creencias a veces contrarias a su bienestar físico o psicológico, todo por el sentido de pertenencia o por amor.

Mientras sigamos evitando el abordar las enfermedades de una manera integral refiriéndonos a lo físico, lo emocional y espiritual, será muy difícil lograr que las personas con padecimientos crónicos o psicosomáticos logren el equilibrio y retomen su salud.

La forma en que por las condiciones históricas y culturales se empezó a formalizar el estudio científico de modo que si no era medible, observable y comprobable no era válido llevó a la medicina a dejar de considerar la parte emocional y espiritual del individuo, tal vez en su momento estuvo correcto. Esto se agudizó con la formas sociales de producción y control social llegando al extremo de que salud era estar bien físicamente.

Actualmente nos estamos percatando que así no se están resolviendo las cosas ya que hay un importante incremento en padecimientos que no tienen una lógica explicativa desde ese punto de vista. La mayoría de los enfermos actuales cuando se busca una razón que lo está llevando a carecer un estado de equilibrio y armonía reporta importantes niveles de estrés.

Pero lo más importante es como la Psicología va a cambiar los enfoques separatistas al sujetarse al aspecto mental y del comportamiento e integrar opciones para la parte física y espiritual. Me estoy refiriendo a que al considerar al ser humano como un microcosmos debemos buscar la colaboración entre profesiones.

El nuevo enfoque para poder ayudar a recobrar la salud debe ser integral. El cual permita al individuo acceder a su propia construcción del proceso de la enfermedad y de esta forma reconstruir sanando las memorias registradas en su cuerpo.

El proceso terapéutico integral debe considerar lo biológico, social, familiar y emocional donde el individuo ha ido construyendo y registrando las memorias de sus emociones, sentimientos y creencias que han influido en la construcción de su enfermedad y con base a esto establecer la terapéutica necesaria para realizar los cambios necesarios para que el individuo recobre el equilibrio en su salud y lo más importante sienta un estado de bienestar en su vida.

REFERENCIAS

- Bertoli, A. (2010) *El Origen real de la Enfermedad, Psico-Bio-Genealogía*, España, Editorial Sirio.
- Bourbean, L. (2000) *Las 5 heridas que impiden ser uno mismo*, México, Editorial Diana.
- Bourbean L. (1997) *Obedece a tu cuerpo*, Canadá, Editorial Sirio.
- Corbera, E. y Batlló, M. (2015,) *Lecciones Básicas de Bioneuroemoción*, Barcelona España, Editorial El grano de Mostaza.
- Camacho, C. (2004) *Implicación de las emociones en la construcción de enfermedades psicosomáticas*, Tesis de licenciatura no publicada, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Dethlefsen, T. y Dahlke, R. (2000) *La enfermedad como camino, un método para el descubrimiento profundo de las enfermedades*, España, Plaza Janes.
- Dispenza, J. (2007) *Desarrolle su cerebro*, Florida U.S.A. Kier.
- Epstein, D. M. (2002) *Mitos de la curación, magia de la sanación*, México, Ed. Diana.
- Goleman, D. (1997) *La inteligencia emocional*, México, Editor Javier Vergara.
- González, R. Mendoza, H. Arzate, R. y Cabrera N (2011) *Enseñanza Didáctica de los procesos Psicológicos Básicos EMOCION*, México, UNAM, FES Iztacala.
- Guyton, A. y Hall, J. (1998) *Fisiología y Fisiopatología*, México, Ed. McGraw-Hill Interamericana
- Hellinger B. (2011), *La sanación, un manifiesto para la salud y la vida en el siglo XXI*, México, Grupo CUDEC.
- Herrera I. y Chaparro A (2008), *Una aproximación al proceso órgano-emoción I*, México CEAPAC.

- Lipton, B. (2005), *La biología de la creencia*, Madrid, Gaia Ediciones.
- López, S. (2014), *Metodología del aprendizaje por medio del cuerpo*, México UNAM.
- López, S. (2002) *Lo corporal y lo psicosomático, Reflexiones y aproximaciones I*, México CEPAC.
- López, S. (2002) *Lo corporal y lo psicosomático, Reflexiones y aproximaciones II*, México, Zendova.
- López, S (2003), *Lo corporal y lo psicosomático, Reflexiones y aproximaciones III*, México, CEPAC.
- López S. (2007), *Lo corporal y lo psicosomático, Reflexiones y aproximaciones IV*, México, CEPAC.
- López S. (2011) *Lo corporal y lo psicosomático, Reflexiones y aproximaciones VII*, México, CEPAC.
- Martínez, M. (2013) Las emociones como factores en la variación de glucosa, Diabetes Mellitus II, Tesis de licenciatura no publicada, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México
- Messean, L. (2008) *Las enfermedades cuánticas*, Madrid, Ediciones Mándala.
- Miller, A. (2011) *El cuerpo nunca miente*, México, Editores Tusquets.
- Pulido, M. (2012) *El lujo de enfermar. Historia de vida y Trabajo*, México, Editorial Porrúa CEAPAC
- Rainville, C. (1995) *La Metamedicina, la curación a tu alcance*, España, Editorial Sirio
- Rivera, D. (2014), *Proceso psicosomático de la lumbalgia*, Tesis de licenciatura no publicada, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México
- Rivera F., Rico M., (1995) *El cuerpo humano*, México, Ed. Trillas.

Rodríguez, P. M. Del Pino Rodríguez, D.A. y Alvaredo B. R. (2011, 15 agosto). *De lo psicológico a lo fisiológico en la relación entre emociones y salud*, Cuba, Revista Psicología Científica.com 13 (13). www.psicologiacientifica.com/relacion-emocion-y-salud.

Rueda, B. y Pérez-García A. (2007) *Estudio de la Alexitimia y de los procesos emocionales negativos en el ámbito de los factores de riesgo y la sintomatología cardiovascular*. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica Vol. 12, N° 2, pp. 105-116 ISSN 1136-5420/07.

Rigutti, A. Ortiz, I. Sayalero, M. Olmeda, M. y Andriulli, A. *Atlas de anatomía*, Madrid, España, Ediciones Susaeta.

Tapia, D. Villalobos, R. Ostiguin, R. Cadena, J. y Ramírez, J. (2017) *Inteligencia Emocional y Adolescencia. Estrategia de prevención de conductas de riesgo*, México, UNAM, FES Iztacala.