

47



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO
CAMPUS IZTACALA

**ESTADOS EMOCIONALES, COMO FACTORES
PSICOLÓGICOS, QUE INFLUYEN EN LA
SOMATIZACIÓN**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A:

NANCY RAQUEL CRUZ JAIMES

Director de tesis:

MTRO. CARLOS MONDRAGÓN GONZÁLEZ

Sinodales:

LIC. ARCELIA LOURDES SOLÍS FLORES

LIC. JOAQUÍN PÉREZ CHICO

290779

Tlalnepantla, Edo. de México, 2001.





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

GRACIAS A DIOS

Y SERES QUERIDOS

El corazón se da cuenta de la amargura del alma de uno.

Un corazón que está gozoso hace bien como sanador, pero un espíritu que está herido seca los huesos.

Un corazón calmado es la vida del organismo de carne, pero los celos son podredumbre a los huesos.

La solicitud ansiosa en el corazón de un hombre es lo que lo agobia, pero la buena palabra es lo que lo regocija.

"El ánimo del hombre soportará su enfermedad; ¿más quién soportará al ánimo angustiado?"

PROVERBIOS HEBREOS

RESUMEN

El objetivo general del proyecto fue demostrar que las emociones y las actitudes son factores psicológicos que influyen en la somatización. Dicho objetivo se cubrió a través de una investigación documental de aproximación histórico-conceptual.

Tal documentación permitió encontrar diversas investigaciones que apoyan la presencia e importancia de factores emocionales como el estrés, ansiedad, angustia, depresión y la actitud en la somatización. Dichas investigaciones desde luego tenían que ser vistas desde una óptica abierta e integral, como tiene a bien hacerlo la postura holista.

Por lo anterior, en este trabajo, después de analizar y debatir con otras posturas, se visualiza al holismo como una fuente de conocimiento más completa e integral, la cual hasta ahora ha sido rechazada por prejuicios o incredulidad. Consecuentemente, ofrece al profesional de la salud interesado por ayudar a la persona que acude a él, un panorama totalmente enriquecedor de lo que es el ser humano, aportándole así varios elementos útiles a la hora de su intervención.

La recopilación y análisis de la bibliografía expuesta aquí, permitió encontrar, además, que las emociones no sólo influyen en el surgimiento de somatizaciones como las gastrointestinales, cardiovasculares, endocrinológicas, respiratorias, dermatológicas, óseas y articulares, entre otras, sino que, además, si se les sabe dirigir, y si se aprende a reproducir e inducir emociones positivas, éstas pueden contribuir al mejoramiento o restitución de la salud del ser humano.

Otro de los alcances de este trabajo es la confirmación de que la familia, la escuela y el trabajo son los ámbitos de relaciones interpersonales de más importancia e influencia en el ser humano, que pueden generar emociones negativas tendientes a somatizarse, o bien pueden ser sistemas de apoyo que faciliten la creación y promoción de factores psicológicos (como emociones y actitudes) que estimulen una mejor salud.

Finalmente, se analiza la labor de la medicina conductual, el conductismo y la psiquiatría en el campo de las enfermedades psicosomáticas, y se habla de algunas aportaciones recientes en relación a dicho campo.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO 1 LOS PROCESOS DE SALUD Y ENFERMEDAD. POSTURAS.....	4
1.1 Postura naturalista.....	5
1.2 Postura social.....	15
1.3 Alcances y limitaciones de las posturas naturalista y social.....	20
1.4 Postura holista.....	28
1.5 Holismo: postura de alcances explicativos integrales.....	32
CAPÍTULO 2 ENFERMEDADES PSICOSOMÁTICAS. ASPECTOS GENERALES.....	37
2.1 Enfermedades gastrointestinales, de hígado, páncreas y vías biliares.....	49
2.2 Enfermedades cardiovasculares.....	54
2.3 Enfermedades endocrinológicas	56
2.4 Enfermedades óseas y articulares.....	57
2.5 Enfermedades respiratorias.....	59
2.6 Enfermedades dermatológicas	63
CAPÍTULO 3 ESTADOS EMOCIONALES. ASPECTOS GENERALES.....	80
3.1 Estrés.....	91
3.2 Ansiedad.....	105
3.3 Angustia.....	113
3.4 Depresión.....	126
3.5 Actitud.....	136

CAPÍTULO 4. ÁMBITOS GESTADORES DE ESTADOS EMOCIONALES QUE GENERAN SOMATIZACIÓN. ASPECTOS GENERALES.....142

4.1 Familia	144
4.1.1 Nivel económico.....	148
4.1.2 Estructura familiar.....	153
4.1.2.1 Familias ampliadas o extensas.....	153
4.1.2.2 Familias monoparentales	154
4.1.3 Patrones de crianza.....	155
4.1.3.1 Perentorio	155
4.1.3.2 Autoritario	156
4.1.3.3 Permisivo.....	156
4.1.4 Creencias de los padres.....	159
4.1.5 Madre trabajadora	162
4.2 Escuela.....	175
4.2.1 De los cinco a los quince años	176
4.2.2 De los dieciséis a los veintitrés años.....	181
4.3 Trabajo.....	187
4.3.1 El ambiente humano.....	190
4.3.2 El tipo de trabajo.....	192
4.3.3 Condiciones físicas	195
4.3.4 Condiciones temporales.....	196
4.3.5 Condiciones organizacionales.....	197
4.3.6 Remuneración económica.....	198

CAPÍTULO 5 LA PSICOLOGÍA Y LAS ENFERMEDADES PSICOSOMÁTICAS. ASPECTOS GENERALES.....221

5.1 Corrientes Psicológicas que han abordado a las enfermedades Psicosomáticas.....	223
5.1.1 Medicina Conductual.....	223
5.1.2 Conductismo.....	223

5.1.3	Psiquiatría.....	226
5.2	Alcances y limitaciones de algunas corrientes que han dado cuenta de las enfermedades Psicosomáticas.....	227
5.3	Aportaciones recientes.....	230
	CONCLUSIONES.....	236
	BIBLIOGRAFÍA.....	240

INTRODUCCIÓN

Asistimos hoy a una crisis profunda en lo que respecta al estudio de los procesos de salud y enfermedad, porque los modelos hasta ahora utilizados para hacerlo han resultado insuficientes. Insuficientes para explicar, conceptualizar y entender dicho proceso, en tanto limitan la posibilidad de obtener un conocimiento más global y completo al fragmentar al ser humano y ver sólo alguna de las partes que intervienen en el proceso.

Es importante reflexionar que la forma fragmentaria en que se han basado los estudios científicos abocados al hombre ha llevado a cualquier psicólogo, sociólogo y médico, que pretenda ser científico, a recurrir con la mayor naturalidad a conceptos básicos que hace tiempo han sido replanteados.

Tal es el caso de los psicólogos que se han introducido de tal manera al ámbito médico; esto les ha llevado a generar sus propios cuadros clínicos y centrar su atención más en los factores físicos que en todos los muchos otros factores (sociales, culturales, ambientales, emocionales y afectivos, entre otros) que influyen en la somatización.

Esto toma especial importancia al intentar explicar el proceso de las enfermedades, y en particular el de las psicósomáticas; sobre todo porque en la medida en que podamos entender los procesos de salud y enfermedad de forma integral, mayores y mejores serán nuestras aportaciones a la hora de intervenir en las enfermedades psicósomáticas.

Ahora bien, para generar mejores aportaciones cualquier profesionalista que esté relacionado con los procesos de la salud y enfermedad ha de ver que en cualquier parte del cuerpo está la persona entera, y que es la persona completa quien habla de su padecer y no sólo aquellas leyes universales sobre la enfermedad, la cuales generalmente hablan en lugar de la persona.

Es sólo de esta manera como el psicólogo podrá contribuir a que la incidencia de la psicología en los procesos de salud y enfermedad sea productiva, es decir, que genere aportaciones valiosas, en tanto ayude a comprender este proceso y se pueda, además de intervenir, prevenir, en lo que respecta a las enfermedades psicósomáticas.

De ahí la necesidad de que los profesionistas no olviden incorporar lo humano (emociones y actitudes) al organismo. Dimensión casualmente olvidada en la comprensión y cura de aquel sujeto que ha llegado a desarrollar una enfermedad psicosomática.

Tomando como base estos planteamientos, el objetivo general del proyecto fue demostrar que las emociones y las actitudes son factores psicológicos que influyen en la somatización.

La conformación de esta tesis está dividida en cinco capítulos.

El primer capítulo habla de los procesos de salud y enfermedad en general, presentando algunos argumentos teóricos de las posturas naturalista y social, que demuestran la forma fragmentaria como han abordado estos procesos, además que dejan muy claro cómo cada una de ellas responde a las demandas del entorno histórico, social, económico, político y científico.

Lo anterior se abarcó partiendo de un recuento histórico, desde la segunda mitad del siglo XVII hasta finales del siglo XIX, de los procesos de salud y enfermedad de dos posturas teóricas: Biologicista o Médica–Natural Positivista y Determinista Social–Marxismo.

Una vez hecho esto, se habla de cómo específicamente se ha abordado a las enfermedades psicosomáticas desde estas dos posturas, abarcando sus alcances y limitaciones. Posteriormente se plantea a la postura holista como una forma de alcances explicativos integrales de los procesos de salud y enfermedad, y de las enfermedades psicosomáticas.

Es a partir de esta postura que el segundo capítulo aborda el tema de las enfermedades psicosomáticas; primero se aclara lo que se entiende por psicosomático y después se analizan algunas de éstas, como las gastrointestinales, de hígado, páncreas y vías biliares, cardiovasculares, endocrinológicas, óseas y articulares, respiratorias y dermatológicas, centrandose especial atención en los factores psicológicos que las originan.

Después se dedica el tercer capítulo para explicar la relación que existe entre la persistencia de estados emocionales como la angustia, el estrés, la ansiedad, la frustración, la depresión y el surgimiento de enfermedades. Se dan algunas propuestas para una mejor comprensión de estos padecimientos y su consecuente intervención; además, se propone la creación y desarrollo de emociones positivas como una forma de evitar en lo posible la somatización por causa de factores psicológicos.

El cuarto capítulo analiza a la familia, la escuela y el trabajo como ámbitos gestadores de ciertas relaciones sociales que generan emociones tendientes a somatizarse.

En cuanto a la familia se analizaron aspectos como el nivel económico, la estructura familiar, y dentro de ésta, a las familias extensas y monoparentales, los patrones de crianza y dentro de éstos el perentorio, autoritario y permisivo, así como las creencias de los padres. El estudio de la estancia en la escuela se dividió en dos etapas, la que comprende de los cinco años hasta los quince y de los dieciséis a los veintitrés. En cuanto al trabajo, los factores que se encontraron como propiciadores de emociones negativas fueron: el ambiente humano, el tipo de trabajo, condiciones físicas, temporales, organizacionales y la remuneración económica.

El quinto y último capítulo habla de la incidencia de la psicología en las enfermedades psicosomáticas, haciendo una muy breve y general remembranza de cómo algunas corrientes psicológicas han estudiado a las enfermedades psicosomáticas, sus alcances y limitaciones, y las aportaciones recientes de la psicología.

CAPÍTULO 1

LOS PROCESOS DE SALUD Y ENFERMEDAD. POSTURAS.

A través del tiempo, el hombre, en su afán por alargar, mejorar y optimizar su proceso de vida, se ha dado a la tarea de indagar, tanto aquellos factores que le imposibilitan llegar a su meta, como aquellos que pueden contribuir a que la alcance; especialmente, ha intentado identificar los factores que le llevan a enfermarse.

Es así como el hombre va centrando su atención en el análisis de estos factores, y con el propósito de ser más meticuloso, llega a la fragmentación del ser humano, la que le permite delegar a diferentes ciencias y disciplinas cada una de las partes en las que lo ha dividido, para que éstas den cuenta de ese fragmento de una manera "especializada".

Persiguiendo este fin, se ha abordado el proceso de vida del humano en términos de salud y enfermedad desde varias bases teóricas que ayuden a explicar dichos procesos, ofreciendo para tal efecto diferentes alternativas.

Ahora bien, al hacer remembranza de los procesos de salud y enfermedad en términos de la evolución y desarrollo del concepto de ser humano, el valor que se le asigna en tanto mediador para apropiarse de la realidad y las divisiones que se han marcado para estudiarlo y entenderlo, se nos remite necesariamente al abordaje de las dos más grandes y globalizadoras posturas teóricas a través de las cuales se ha estudiado y analizado al cuerpo humano.

Tales posturas son:

a) **Natural Positivista**

De la cual se desprenden los modelos: biologicista, médico, ecologicista, epidemiológico, clínico, y combinaciones de éstos.

b) **Determinista Social**

Cuya base podemos ubicarla en el marxismo, del cual a su vez surgen combinaciones con la medicina y la psicología.

Cumpliendo con su misión, algunas de las ciencias y disciplinas derivadas de estas dos posturas han intentado explicar algunos de los factores que pueden contribuir al surgimiento de enfermedades; muchas de ellas incluso han creado alternativas que le permiten, ya sea prevenir algunas enfermedades, o bien intervenir de manera eficaz una vez desarrollada la enfermedad.

Algunos de los factores que se han encontrado como generadores de enfermedades son:

- a) Aspectos biológicos: agentes fisiológicos hereditarios y medio ambiente, en términos de los elementos físico-químicos y orgánicos infecto-contagiosos (Tecla, 1982).
- b) Aspectos psicológicos: emociones (angustia, ansiedad, estrés, depresión, frustración, miedo, etc.), prácticas o conductas de riesgo (inversión del tiempo libre, tiempos de vigilia y sueño, seguimiento de instrucciones a nivel de prevención y de intervención, etc.), actitudes, entre otros factores (Dejours, 1990; Sendrail, 1983; Ribes, 1990).
- c) Aspectos sociales: de tipo económico, político y social, como el papel de la pobreza y el imperialismo, el establecimiento de sistemas económicos ajenos a los anteriormente vividos, nuevos modos de producción, junto con nuevos patrones culturales de organización económica y social, factores que tienen incidencia en el surgimiento de daños a la salud (Ortiz, 1982).

1.1 Postura Naturalista

Este primer enfoque estudia al sujeto natural en su instancia meramente física (biológica), fundando sus bases en un positivismo que le garantiza su cientificidad. Este afán por hacer de todo estudio e investigación algo "científico", propicia recurrir a la constante medición y subdivisión del objeto de estudio, provocando un alejamiento entre el

ser humano y la naturaleza. El fraccionamiento en pequeñas partes y el distanciamiento es peor cuando el mismo humano pretende ser su objeto de estudio.

Más aún, cuando el hombre desea hacer ciencia (estudiando su cosmos y lo que éste contiene, incluyéndose a sí mismo), hace todo lo posible por ponerse en el lugar de un instrumento o aparato que examina de igual modo a otro objeto tan inerte como el que pretende ser, ocasionando con esto un estudio de algo que es su cosmos y una parte de lo que es el ser humano.

Es así que el precio a pagar por la obtención de conocimiento "científico" es la fragmentación de uno mismo y la separación o desprendimiento del hombre del cosmos; a cambio de ello el hombre obtiene el tan anhelante y codiciado poder proveniente de la escurridiza "verdad", a la que sólo se conforma con bordear.

Una breve revisión histórica centrada a finales del S. XVI y a principios del S. XVIII (es decir, en el periodo de tiempo de 1580 a 1850 d.C.), sobre cómo se pretendía alcanzar un conocimiento certero y confiable, y, por tanto, generador de verdad, nos permitirá darnos cuenta de esta fragmentación o escisión del hombre y su medio, del distanciamiento entre ambos y del afán por fomentar este modo de ver la realidad.

Dicha revisión nos ayudará a tener presente a algunos personajes cuya labor filosófica y científica se refleja en la manera de ver ahora la ciencia; así tenemos a Bacon, cuya filosofía consideraba que la gente era sierva e intérprete de la naturaleza y que el conocimiento era fruto de la experiencia, es decir, del *empirismo*. Asimismo, Bacon estaba convencido de que la verdadera meta de la ciencia sería, una vez visualizada la naturaleza como una abstracción, el control; de ahí su afirmación de que el conocimiento era poder y la verdad utilidad (Berman, 1987).

De manera similar, para Galileo la ciencia no era una herramienta sino el único camino hacia la verdad, y las bases fundantes de ésta eran, además del racionalismo, el empirismo del que hablaba y al que defendía Bacon; empirismo que en manos de Galileo sobrepasa los planteamientos de Bacon, según lo comenta Berman (*ibid*), quien alude al

respecto que los esmerados estudios de Galileo sobre el movimiento llevados a cabo veinte años antes de la publicación del *New Organum*, ya habían explicitado aquello que Bacon únicamente sugería como una construcción artificial en sus generalizaciones acerca del método experimental.

Lo anterior se hace patente al analizar las investigaciones de Galileo, ya que en ellas se pueden ver demostraciones vívidas de la relación entre la teoría y el experimento. De hecho, sus experimentos ilustran su ingeniosa característica de combinar el racionalismo y el empirismo; tales experimentos llevados a cabo abstrayendo los elementos esenciales de la situación; y luego adaptándolos a condiciones de laboratorio.

Retomando el empirismo de Bacon, se puede decir que éste fomentó el método experimental inductivo, que consistió en inferir a partir del uso de la analogía; esto es, desde las características o propiedades del mayor grupo al que pertenece el dato en concreto, dejando para una posterior experiencia la corrección de los errores evidentes. Esto representó un avance fundamental en el método científico al ser muy significativo en la mejora de las hipótesis científicas. En efecto, su *Novum Organum* influyó mucho en la aceptación en la ciencia de una observación y experimentación precisas (*Encarta*, 2000).

Por otra parte, como ya se mencionó, Bacon consideraba que la ciencia tenía que visualizar a la naturaleza como una abstracción. La manera de ver a la naturaleza como una abstracción, además de la escisión del hombre en mente y cuerpo (manejada también por Descartes, y abordado más adelante), se refleja claramente cuando meditamos en lo que Bacon decía que era necesario para conocer a la naturaleza. Él pensaba que conocerla implicaba tratarla mecánicamente, y que para ello la mente tendría que portarse en forma igualmente mecánica. Por consiguiente, Bacon creía necesario que desde el comienzo mismo de la vida, a la mente no se le debía permitir seguir su propio curso, sino que ésta debía ser guiada en cada paso (Berman, 1987).

Asimismo, Galileo consideraba que conocer algo era distanciarse de ello y convertirlo en abstracción; dicho proceso se llevaría a cabo a través de un estado mental

representado por el estado final en el desarrollo de la conciencia no participativa, como él lo llamaba (*id*).

En resumen: se conocen los fenómenos en el acto de distanciarse de ellos.

La razón por la que Bacon creía necesario que a la mente no se le permitiera seguir su curso y que se le guiara en cada paso, era presumiblemente para que todo asunto fuera concluido como si fuera hecho por una maquinaria (*idem*).

El considerar al ser humano como una máquina y de tratar a los demás como tales, e incluso el hecho de intentar serlo, se refleja también en la filosofía mecánica de Descartes, por lo que resultará interesante repasar brevemente parte de su obra. Este repaso, además, nos permitirá verificar cómo Descartes va encaminando aún más el fraccionamiento de los objetos de estudio (incluido el hombre desde luego) al proponer un método de conocimiento atomístico.

Al empezar a hablar de la obra de Descartes, es importante señalar lo que él consideraba necesario para una filosofía de la naturaleza. Pues bien, Descartes pensaba que para una verdadera filosofía de ésta sólo serviría la certeza, considerando a la certeza como equivalente a la medición, razón por la que pretendía convertir a la ciencia en una "matemática universal" (*idem*).

Ahora bien, para cumplir con lo anterior, esto es, para realizar un estudio certero de la naturaleza, según Descartes, era necesario tener un método de pensamiento claro que se pudiera aplicar de manera mecánica y rigurosa a cada fenómeno. Una vez que llega a esta conclusión propone un método materialista primordial y antecedente a todos: dejar enteramente fuera al mundo externo y quedarse únicamente con la naturaleza misma del pensamiento correcto (Rubinstein, 1985).

La relevancia que este método de pensamiento claro tiene para Descartes se hace evidente cuando llega a la afirmación de que sin dicho método todo examen que se haga de

la naturaleza necesariamente estará lleno de defectos y faltas; como consecuencia de esto, llega a tomar la determinación de no creer ninguna "verdad" hasta haber establecido las razones para creerla (*Encarta*, 2000).

Al poner en práctica este principio de duda metódica y cuestionarse sobre la razón y la realidad, llega a descubrir lo que para él resulta la certeza fundamental que subyace a todo: "Pienso, luego existo". Con esta conclusión Descartes transmitía el hecho de que para él pensar era idéntico a existir.

Es a partir de este único conocimiento seguro que Descartes propone el método de conocimiento atomístico, en el que para conocer se tenía que subdividir al objeto de estudio en sus componentes más pequeños (Rubinstein, 1985); esto debido a que, según Descartes, uno puede percibir directa e inmediatamente lo que es claro y distinto en estas unidades más simples (Berman, 1987).

De este método atomístico Descartes desprende su filosofía mecánica, en la que muestra que la conexión lógica de las ideas claras y distintas conducían a la noción de que el universo era una enorme máquina que consistía de dos entidades básicas: materia y movimiento, las cuales obedecían a leyes matemáticas (Dossey, 1986). Este último punto de vista cartesiano, plenamente validado por el trabajo de Newton, se abordará de forma breve posteriormente.

Asimismo, Descartes concibe al hombre como una máquina, hecho que se nota claramente cuando explica que una persona sana es como un reloj bien hecho, en perfectas condiciones mecánicas de funcionamiento, y una persona enferma, por tanto, es comparable a un reloj cuyas partes no están funcionando de la forma adecuada (Dossey, 1986).

Por lo expuesto hasta aquí, podemos alcanzar a discernir dos aspectos sobresalientes de la obra de Descartes: primero, la identificación de la existencia humana con el raciocinio puro, y segundo, la idea de que el hombre puede saber todo lo que le es dado por la vía de su razón; ambos aspectos contenidos en su postura racionalista.

Tal racionalismo incluyó para Descartes la suposición de que la mente y el cuerpo, sujeto y objeto, eran entidades radicalmente dispares. Esta escisión mente-cuerpo era aplicada en toda percepción y conducta, y según la posición materialista de Descartes, en el acto de pensar uno se percibe a sí mismo como una entidad separada "aquí adentro" confrontando cosas "allá afuera". Tal afirmación se plasma en la creencia de que el pensar lo separaba del mundo que enfrentaba (Berman, 1987).

Más aún, considerar que podía percibir su cuerpo y sus funciones, pero que él no era su cuerpo, deja claro que para Descartes la mente y el cuerpo estaban en una categoría diferente, si bien cabe aclarar que sí reconocía que ambas tenían una interacción mecánica (*ibidem*).

Aunque Descartes apenas si se oponía al experimento cuando éste servía para discernir entre hipótesis rivales, esta síntesis de la razón y del empirismo carecía de una expresión concreta, esto es, de una demostración clara de cómo podría funcionar en la práctica esta nueva metodología.

Debido a que es Newton quien suministra precisamente esa demostración clara, se hace imprescindible relatar un poco, acaso lo más sobresaliente de su obra. Antes de ello y para concluir con la obra de Descartes, cabe mencionar que puede considerarse su legado como fundante del método científico positivista, ya que aún cuando Descartes no expresaba literalmente su filosofía como positivista, postulaba y promovía elementos positivistas, como la certeza como equivalente a la medición, así como la pretensión de que todas las ciencias se convirtieran en exactas o en una "matemática universal".

Newton sigue de cerca el trabajo de Galileo, e incluso lo prolonga, y, al igual que Galileo, combina el racionalismo y el empirismo en un nuevo método. Más importante aún es la combinación metodológica de razón y empirismo que hace, convirtiéndose en una filosofía completa de la naturaleza. Con esta filosofía analiza las proposiciones de Descartes con respecto al mundo natural, y, entonces, el punto de vista central cartesiano de que el mundo es una vasta máquina de materia y movimiento que obedece a leyes matemáticas, es plenamente validado por el trabajo de Newton (Berman, 1987).

Así tenemos que la descripción matemática precisa que Newton hace de un sistema solar heliocéntrico, termina el misterio de más “dos mil años” y suma a todo el universo en cuatro formas algebraicas, hace algunas predicciones precisas y clarifica la relación entre teoría y experimento. El sistema para Newton era esencialmente atomístico, ya que, según él, estando tanto la tierra como el sol compuestos de átomos, éstos se comportaban del mismo modo que cualquier otro par de átomos, y viceversa; por consecuencia, tanto los objetos más pequeños como los más grandes del universo, obedecían las mismas leyes científicas (Encarta, 2000).

Por otra parte, Newton afirmaba que el objetivo de toda ciencia era saber el cómo de los hechos y no el por qué; afirmaba, incluso, que su imposibilidad de explicar la gravedad era irrelevante, si se tenía en cuenta que la podía medir, observar o hacer predicciones que se basaran en ella. Teniendo esto presente, puede entenderse por qué Newton decía que buscaba leyes o hechos ópticos y no hipótesis (Berman, *op. cit.*).

Por todo lo anterior, se puede decir que Newton sentó bases más sólidas y concretas para la revolución científica al manifestar esta postura filosófica encaminada cada vez más hacia el “positivismo”; positivismo que implica subdividir, cuantificar y recombinar, si se quiere obtener conocimiento de algo, esto representa preguntarse el cómo aunque no necesariamente el por qué de las cosas. Ello convierte todo en abstracción, e implica, por tanto, distanciarse de todo. Así, el universo, visto antes como algo vivo, será una colección de materia inerte que se mueve sin significado.

A pesar de que ninguno de los autores anteriores señaló su obra como positivismo propiamente, se nota una clara tendencia hacia los preceptos que sostiene dicha postura actualmente.

Conviene mencionar que el término positivismo fue utilizado por primera vez por el filósofo y matemático francés del siglo XIX Auguste Comte, quien eligió esta palabra sobre la base de que señalaba la realidad y tendencia constructiva que él reclamó para el aspecto teórico de la doctrina; en general, se interesó por la reorganización de la vida social a través del conocimiento científico, y por esta vía, del control de las fuerzas naturales. Dos

componentes principales del positivismo, la filosofía y el gobierno (o programa de conducta individual y social), fueron más tarde unificados por Comte en un todo (*Encarta*, 2000).

Una vez analizados los antecedentes históricos de la evolución de la concepción del hombre en términos de mente-cuerpo, podemos tener una mejor comprensión de cómo la combinación del atomismo (filosófico) del positivismo y del método experimental han dado origen al surgimiento de modelos de salud, muchos de los cuales aún están en gran medida con nosotros.

Así tenemos, modelos como:

- | | | |
|-----------------|-----------|-------------------|
| 1. Biologicista | 2. Médico | 3. Epidemiológico |
| 4. Clínico | 5. Social | |

Estos a su vez se desprenden de varios enfoques: monocausal, multicausal o ecológico, e histórico social.

El enfoque monocausal se basa en la doctrina de la etiología específica, la cual plantea que un factor específico (un microorganismo) puede ocasionar una enfermedad en un organismo sano (Dubos, 1975).

El sustento teórico de esta doctrina está basado en los trabajos realizados por Pasteur y Koch, quienes llegaron a tres conclusiones fundantes de su teoría:

- a) El microorganismo se halla siempre en la enfermedad,
- b) El microorganismo no se halla en ninguna otra enfermedad,
- c) El microorganismo, aislado de quien padece la enfermedad, y cultivado durante varias generaciones, reproduce la enfermedad en un animal experimental susceptible (*ibidem*).

La doctrina de la etiología específica sostiene que cada enfermedad tiene una causa bien definida y que la mejor forma de controlarla es atacando el agente causal, o en su defecto, concentrar el tratamiento en las partes afectadas del cuerpo (Campos, 1985).

Puesto que con el tiempo se demostró que la enfermedad no es el producto directo de determinantes específicos, sino el resultado indirecto de toda una serie de factores, esta doctrina es desplazada y surge el enfoque multicausal como respuesta a las deficiencias que el monocausal presentaba.

El enfoque multicausal conceptualiza al proceso salud-enfermedad en términos de una tríada ecológica: agente-huésped-medio. El "agente" hace referencia a un microorganismo patógeno, "el huésped" al individuo que entra en contacto con tal microorganismo y, finalmente, "el medio" se refiere a la totalidad de condiciones físicas como la temperatura, la contaminación, la humedad, etc., y sociales como el hacinamiento, alimentación, tiempos de vigilia y sueño, actividad profesional de la gente, entre otras (Dubos, 1975).

Pese a que este enfoque pretende ser más complejo al incluir en su comprensión de la salud y la enfermedad factores ambientales, tanto físicos como sociales, resulta aún insuficiente, ya que no se preocupa por explicar cómo el ser humano se apropia de, e interpreta esta realidad de su medio ambiente; lo que incluye, desde luego, olvidar que el medio afecta al ser humano en sus emociones y en sus actitudes, y que a su vez afecta el modo en que vive y la manera en que enferma.

A pesar de que su afán es abarcar todo aspecto involucrado en el estudio de la salud y la enfermedad, se le olvida aquella parte del humano que tiene que ver con cuestiones tan fundamentales como: qué representa el mundo en el que habita y cómo vive esto.

Y qué decir de los factores sociales que dice tomar en cuenta; en realidad, el modelo multicausal es una superposición de los modelos orgánicos al análisis de sistemas sociales; toma de la teoría de la información sus conceptos y de la biología su filosofía social (Pérez, 1988). Más aún, el modelo multicausal aborda las causas de la relación entre la salud y la enfermedad a partir de un pluralismo ecléctico.

La anterior afirmación obedece a que éste proporciona a los científicos un modelo general y unificado de representación del mundo, ya se trate de las ciencias biológicas, de

las ciencias exactas en general, o bien de las ciencias sociales. Por lo que se trata entonces de un modelo puramente analógico y de un simple vocabulario que permite abordar lo mismo a la máquina que al ser humano, la vida biológica o la vida social (Antoinette Chauvenet, 1980, cit. pos., Achard, 1980).

Asimismo, el modelo multicausal es un modelo descriptivo que hace referencia a la variedad de eventos que se asocian con la enfermedad (agente, huésped, medio ambiente) que lo mismo sirve para estudiar individuos que una población (Breilh, 1986).

Achard (1980) agrega que el enfoque multicausal es un esfuerzo de aprehensión totalizadora del conjunto de los fenómenos en los que se interesa el hombre y la sociedad con el fin de sistematizar su dominio, y, más particularmente, organizar el conocimiento en función de un objetivo: el control de la realidad social.

En efecto, la igualdad que se hace de la verdad con la utilidad y la manipulación del ambiente hecha con un objetivo, ha ocasionado que el estudio de los procesos de salud y enfermedad se deleguen en gran parte y de manera prioritaria a la medicina.

Este último hecho no ha resultado del todo benéfico, ya que, como menciona Foucault: "la medicina mata, ella siempre mató... La medicina mataba o porque el médico era ignorante en medicina, o porque la propia medicina era ignorante: no era una verdadera ciencia. La nocividad de la medicina era juzgada, medida, en proporción de su no científicidad. Ahora, lo que aparece desde el comienzo del siglo XX es el hecho de que la medicina podría ser peligrosa, no en la medida en que es ignorante, falsa, sino en la medida en que sabe, en que es una ciencia" (citado en Ortiz, 1982, p. 58).

Al respecto, Dossey (1986) dice que las causas de la actual crisis de la concepción de la salud son múltiples y que pueden hallarse tanto dentro como fuera de la ciencia médica.

Ciertamente, el perfil de la imagen cartesiana ha llevado a que la ciencia médica se limite a intentar comprender los mecanismos biológicos implicados en las afecciones de las

distintas partes del cuerpo, perdiendo de vista al paciente como ser humano; esto se da ciertamente porque la práctica médica actual está firmemente arraigada en el pensamiento cartesiano y completado por Newton.

La crisis de la postura naturalista es, pues, esencialmente una crisis de orden perceptivo, vinculada con una crisis social y cultural mucho más amplia; esto es, una crisis compleja multidimensional cuyas facetas afectan todos los aspectos de nuestra vida.

¿Significará esto que la postura social sí abarque esta compleja multidimensión?

1.2 Postura social

La presente síntesis de hechos y fenómenos sobresalientes que dieron paso al surgimiento de la postura social, se centrará sobre todo en los aspectos históricos que nos permitan tener presente cómo ha considerado al humano dicha postura, y cómo, en base a ello, ha explicado los factores que contribuyen para que éste enferme.

Antes de presentar las generalidades de la postura social, es pertinente hacer mención que gran parte de ésta se desprende de la postura naturalista. Esto obedece a que la confianza en la actitud científica influyó también en las ciencias sociales; incluso inspira el llamado Siglo de las Luces, que culminó en la Revolución Francesa de 1789.

Ahora bien, en lo que respecta a los procesos de salud y enfermedad desde un enfoque social, Rojas (1983) dice que éste tiene presente las condiciones reales de existencia, los intereses y la ideología de las distintas clases sociales para el surgimiento y la conceptualización de dichos procesos, así como para la determinación concreta de la enfermedad y las respuestas sociales a ésta.

Dicha postura propone que para elaborar un conocimiento objetivo y preciso del proceso salud-enfermedad, hay que saber sus causas y consecuencias y las relaciones que tiene con otros fenómenos de la vida social, y de las modalidades que adopta en una formación y grupo social en determinado momento histórico.

Por estas razones, según Rojas, la postura social postula que:

- 1) El estudio de la salud-enfermedad puede realizarse desde niveles de análisis diferentes que responden a determinados intereses y circunstancias concretas:
 - a) Cuando dicho proceso se manifiesta clínicamente y se reconoce su presencia por organización social, a través de las instituciones de servicios médicos. En este nivel se sitúa el quehacer de la ciencia médica y disciplinas afines que, a la brevedad, buscan resolver daños concretos a la salud, con el fin de que el individuo se reincorpore inmediatamente a las actividades que realizaba antes de enfermarse.
 - b) En el segundo nivel de análisis del proceso salud-enfermedad, se considera al individuo como un ser que está relacionado con factores sociales y físicos propios del medio donde trabaja y vive. Aquí se concibe a la enfermedad como un fenómeno vinculado al acontecer social y físico. Corresponde a la epidemiología buscar la distribución de la enfermedad en la población, considerando diversas variables socioeconómicas y culturales, así como del ambiente físico. Este nivel se encarga de relacionar los procesos patológicos y los accidentes con variables sociales y físicas (hacinamiento, desnutrición, contaminación ambiental, etc.).
 - c) El tercer nivel de análisis se apoya en la sociología médica marxista, misma que a partir de conceptos, leyes y teorías sociales pretende

alcanzar una comprensión completa y profunda de la salud-enfermedad, superando los enfoques anteriores. Tal perspectiva de análisis sostiene que este proceso se presenta en individuos que trabajan y viven en condiciones sociales históricamente determinadas, por lo que la salud-enfermedad es un proceso condicionado socialmente que encuentra su concreción en seres históricos. De acuerdo con esto, dicho proceso encuentra su explicación en la estructura y en la organización social, concretamente en la forma en que la sociedad se organiza en determinado momento para producir y reproducirse. Por tanto, la salud y la enfermedad se consideran como un solo proceso (salud-enfermedad) condicionado por lo social, que adquiere particularidades en cada formación y grupo social concretos; particularidades que, aseguraban los marxistas, era necesario analizar a partir de planteamientos teóricos (conceptos, leyes y teorías del materialismo dialéctico e histórico).

- 2) La salud y la enfermedad son elementos de un mismo proceso, ligados dialécticamente, por lo que su apropiación teórica debe realizarse con categorías y leyes dialécticas que permitan la reconstrucción conceptual del proceso en su movimiento, en su desarrollo y en su historia. La postura social postula que el conocimiento científico sobre este proceso debe orientar la elaboración de modelos que permitan comprender mejor las múltiples relaciones y aspectos de la salud-enfermedad en situaciones concretas; además, debe guiar las respuestas sociales que se proporcionen para preservar, recuperar y fomentar la salud.
- 3) La salud-enfermedad, como fenómeno histórico debe situarse en el modo de producción dominante, el cual condiciona la forma de organización del proceso productivo, que adquiere particularidades específicas en cada formación social. Por ejemplo, las características del proceso de trabajo en el modo de producción capitalista están determinadas por leyes que rigen a éste, y que responden a las necesidades de acumulación de capital a través

de la obtención de plusvalía. El proceso de trabajo es, por tanto, un proceso de explotación del obrero, al no serle retribuido el total del valor producido por su fuerza de su trabajo. Aunado a esta explotación está presente otro factor: las condiciones en que realiza el proceso de trabajo dañan la salud del trabajador, ya que, por ejemplo, las medidas de seguridad e higiene resultan por lo general insuficientes o inadecuadas. Los socialistas concluyen que las condiciones de trabajo y de vida de la clase trabajadora dan como consecuencia que se presente una patología industrial (accidentes y enfermedades laborales) y, además, la llamada patología de la pobreza, producto de las condiciones deterioradas de vida del proletariado (vivienda poco higiénica, hacinamiento, desnutrición, vestido y transporte insuficiente o inadecuado, etc.).

- 4) El Estado busca las formas de "proteger" la salud de la clase proletaria, estableciendo sistemas de seguridad social cuyo fin es eliminar la contradicción capital-trabajo; de ahí que la seguridad social actúa como un instrumento mediador de la lucha de clases y facilita la conservación y reproducción de la fuerza de trabajo, al proporcionarle determinadas condiciones de salud y de bienestar físico para que pueda ser explotada por el capital; beneficio que le permite a la población trabajadora hacer frente a la explotación.

- 5) La implantación del capitalismo en México trajo como consecuencia la presencia cada vez mayor de asalariados; asimismo se ha dado un incremento de desempleo y de subempleo, todo esto generador de condiciones económicas y sociales que repercuten en la salud de la población.

Por lo anterior, podemos darnos cuenta de que Rojas no menciona los aspectos de tipo económico, político y social como influyentes en los procesos de salud y enfermedad, sino que habla de ellos como los factores determinantes en el surgimiento de enfermedades; reconoce la influencia de los factores químico-biológicos en los procesos de

salud y enfermedad, pero no reconoce directamente los factores psicológicos involucrados en dichos procesos.

Una tendencia similar encontramos en Ortiz (1982), quien plantea que las condiciones económicas y sociales de los países son determinantes en la génesis de la enfermedad. En vista de lo anterior, menciona que la interpretación de las enfermedades como debidas al clima y los accidentes geográficos, oculta el papel que la pobreza y el imperialismo han tenido como causantes de enfermedad en los países colonizados.

Ortiz (*idem*) enuncia como factores determinantes y originadores de daños a la salud el establecimiento de sistemas económicos ajenos a los anteriormente vividos, nuevos modos de producción junto con nuevos patrones culturales de organización económica y social. Esto, claro está, sin reconocer el impacto emocional y el cambio de actitudes que ocasionan todos los factores antes mencionados.

No obstante lo anterior, encontramos que esta postura sí llega a mencionar de paso, y generalmente entre líneas, algunos factores psicológicos influyentes en la somatización.

Por ejemplo, Marini dice que la industrialización en México es un proceso rico y heterogéneo, cuyo estudio incluye diversos niveles que son complementarios, tales como los conceptos de "división internacional del trabajo" y "desgaste obrero", donde éste último refiere tanto al sustrato orgánico como al sujeto conductual activo en un contexto social inscrito a su vez en el sistema económico mundial (Pérez, 1988).

Laurell (1984) también hace referencia al desgaste laboral, dicha autora lo aborda como la unidad de trabajo y consumo que, al alterarse, produce diferentes patrones de desgaste en los trabajadores, como lo ejemplifican las estadísticas de morbilidad por edad, y causa la esperanza de vida y la disposición diferencial a enfermedades que se manifiestan como "fisonomías de clase y procesos de salud y enfermedad".

Esta misma autora ya anteriormente (Laurell, 1983) había hecho alusión a que la lenta destrucción del obrero en el proceso de producción es el estrés, el cual está causalmente relacionado con una serie de enfermedades como la hipertensión, el infarto al miocardio, la úlcera y la diabetes, entre otras.

Lo anterior lo dijo basándose en un estudio realizado por el Sindicato Mexicano de Electricistas, en donde se encontró que los trabajadores en condiciones de trabajo con un alto grado de estrés presentan accidentabilidad más alta, más hipertensión, más enfermedades izquémicas del corazón, disturbios gastrointestinales (úlcera péptica), más diabetes y más alteraciones del sueño (insomnio) (*ibidem*).

Es importante destacar que a pesar de que Ortiz (1982) constantemente da mayor peso a los aspectos sociales como factores influyentemente primordiales en el surgimiento de las enfermedades, hace una pequeña reflexión con respecto a los problemas psicológicos, y dice que éstos son "severos, pues llevan a la gente a vivir en la inseguridad, en la añoranza y en la frustración".

Ahora bien, para apoyar su comentario, hace referencia a las numerosas observaciones médicas que han revelado que los estados depresivos crónicos o de estrés prolongado, tornan al ser humano que los padece más susceptible de sufrir enfermedades tales como el infarto, las neoplasias y las infecciones.

Finalmente, se puede decir que este modelo refiere a la enfermedad como una creación cultural e histórica que puede tener como referentes indirectos fenómenos biológicos y, quizá, algunos psicológicos.

1.3 Alcances y limitaciones de las posturas: naturalista y social

Algunos de los alcances que ha tenido la postura naturalista se ven reflejados básicamente en el cumplimiento de sus funciones.

Por ejemplo, el modelo médico cumple con ser:

- 1) Curativo-preventivo. Esta función generalmente es reconocida como la única o como la más importante, por lo que con ésta identifica a la práctica médica.
- 2) Controlador. Esta función se observa en la medida en que el tipo de organización institucional requiere un ordenamiento para asegurar su funcionamiento. Por ejemplo, el desarrollo de la salud pública supone la extensión cada vez mayor de amplias zonas de control (vacunación obligatoria, drenajes, etc.) que suponen ordenamientos en el dominio privado.
- 3) Legitimador. Esta función sirve para confirmar las concepciones ideológicas dominantes. Así, el modelo médico es reconocido por el conjunto de las clases sociales como el medio más eficaz de cura y de control de determinadas enfermedades y "desviaciones" (Menéndez, 1984, citado por Campos, 1985).

De lo anterior se puede decir que este enfoque tiene cierta validez, ya que a través de las teorías, métodos, técnicas e instrumentos de que dispone el equipo de salud, puede, si existen las condiciones necesarias y suficientes en el organismo, reparar la salud de acuerdo con la concepción unicasal que predomina en el modelo médico vigente.

Sin embargo, es en ese cumplimiento de sus funciones que el médico se ha interesado únicamente en la enfermedad y no en el enfermo.

En cuanto a las aportaciones de la epidemiología, se puede notar que ésta busca la distribución de la enfermedad en la población considerando diversas variables socio-económicas y culturales así como del ambiente físico; relaciona, además, los procesos patológicos y los accidentes con variables sociales y físicas (hacinamiento, desnutrición, contaminación ambiental, etc.). Pese a que en este nivel el individuo ya no se concibe como algo abstracto, aislado de sus condiciones de existencia, presenta una limitación de su parte: hacer referencia solamente a los aspectos externos, inmediatos, del mundo físico, social y emocional.

Al reivindicar un estatus científico el médico se desentiende de lo humano; por ello, la psicología y el psicoanálisis son considerados no científicos por los médicos, y ya que no están avalados por la biología como método científico, se ven como prácticas complementarias de la medicina. Lo humano es entonces accesorio y subordinado a lo científico (Achard, 1980). De ahí, incluso, la dificultad del médico para lograr una relación adecuada con el paciente, además de su frecuente manifestación de actitudes poco favorables en el momento de atenderlo, al grado de causarle en ocasiones daños a la salud por su actitud irresponsable (Seguin, 1982).

Es evidente que en este discurso no hay lugar para lo social ni para lo psicológico, y por tanto, tampoco puede proporcionar una definición de salud adecuada que conceptualice a la psicosomatización.

Haciendo referencia a las limitaciones de la aplicación de la postura naturalista, López Acuña (1984) manifiesta que la práctica médica y sanitaria, así como el saber y los enfoques de interpretación dominantes, ponderan excesivamente la dimensión individual de la salud y la enfermedad, ocultando o menospreciando la existencia de procesos cuya expresión en daños a la salud reproduce tanto las condiciones sociales existentes, como el tipo de relación que los miembros de una sociedad establecen con la naturaleza y entre sí mismos.

En cuanto a las consecuencias de tratar los problemas psicológicos como análogos a las enfermedades físicas, se tiene que, por ejemplo, ya no se dice que una persona presenta delirios, sino que es un "esquizofrénico", con todas las implicaciones de esta categorización (Bastide, 1985). Al respecto, Laing (1975, citado por Bastide, 1985) argumentó que la esquizofrenia puede ser una máscara detrás de la cual los individuos ocultan sus reales problemas personales. Aunado a lo anterior, el modelo médico ha entrado en una crisis que puede resumirse en la siguiente serie de indicadores:

- 1) Aumento de los costos de atención a la salud. Este aumento está centrado primariamente en el alza de los costos en medicamentos y equipo médico, y secundariamente, en el incremento del costo del personal.

- 2) Aumento correlativo de la intervención médica, una de cuyas expresiones más visibles y costosas son las intervenciones quirúrgicas.
- 3) Ineficacia práctica. El modelo médico cada vez es más incapaz de resolver los problemas prioritarios de salud, como los problemas de nutrición, las llamadas enfermedades mentales, etc.
- 4) Incongruencia entre el perfil epidemiológico dominante y el tipo de atención médica (curativa individual, de base hospitalaria).
- 5) El reconocimiento de que junto con las funciones de curación y prevención el modelo médico cumple con funciones de control social e ideológico (Campos, 1985).

No obstante esta crisis del modelo médico, el Estado garantiza su hegemonía, dada su consistencia con el sistema económico capitalista, y, consecuentemente, suprime cualquier aproximación alternativa que pueda amenazar a tal sistema.

Más aún, a través del sistema de salud el Estado actúa para legitimar el sistema económico capitalista basado en la empresa privada; de ahí que el Estado sólo apoye políticas y programas que no entren en conflicto con el proceso económico capitalista basado en las ganancias privadas. En la mayoría de las sociedades capitalistas, el Estado se ha opuesto a cambios estructurales que lesionan la práctica médica privada, el control privado de la mayoría de los hospitales y las ganancias de las industrias farmacéuticas, de equipo médico, aseguradoras y otras que operan en el sistema de salud (*idem*).

Por otro lado, las aportaciones que proporciona la postura social son: primero, que tal perspectiva de análisis parte del hecho de que la enfermedad se presenta en individuos que trabajan y viven en condiciones sociales históricamente determinadas, por lo que la enfermedad es un proceso condicionado también socialmente que encuentra parte de su explicación en seres históricos.

Segundo, dicha postura considera que los procesos de salud y enfermedad encuentran su explicación y particularidades en la estructura y en la organización social, concretamente en la forma en que la sociedad se organiza en determinado momento para producir y reproducirse.

Efectivamente, como lo manifiesta Rojas (1983), el ignorar la historicidad de los procesos de salud y enfermedad conduce a formulaciones paralizantes y estáticas, y la ciencia ha demostrado que la realidad se encuentra en movimiento, cambio y desarrollo permanentes. Y puesto que los procesos de salud y enfermedad son una realidad objetiva que forman parte de una realidad mayor (la naturaleza y la sociedad) con la cual está relacionada de diversas maneras, resulta necesario considerar su historia.

Por último, habrá que reconocer también que otra aportación de la postura social es el planteamiento de que la salud y la enfermedad, como fenómenos históricos, deben situarse en el modo de producción dominante, el cual condiciona la forma de organización del proceso productivo que adquiere particularidades específicas en cada formación social.

Esto es, si se toma en cuenta que las características del proceso de trabajo en el modo de producción capitalista están determinadas por las leyes que rigen a éste, y que responden a las necesidades de acumulación de capital a través de la obtención de plusvalía, se podrá ver al trabajo como un proceso de creación de plusvalía, de explotación del obrero, al no serle retribuido el total del valor producido por su fuerza de trabajo (*ibidem*).

Así pues, dadas las repercusiones que trae consigo un determinado modo de producción en los trabajadores, este aspecto necesita ser considerado, si se pretende estudiar, analizar o simplemente comentar a cerca de las enfermedades psicosomáticas.

Pese a las aportaciones que ofrece la postura social, encontramos que ésta también se deja atrapar por el positivismo, ya que pretende la formulación de leyes sociales universales. Notamos, pues, que para la postura social es necesario analizar los procesos

de salud y enfermedad a partir de planteamientos teóricos (conceptos, leyes y teorías) del materialismo dialéctico e histórico.

Al respecto, Tecla (1982), exponente importante del modelo social, reconoce que éste es un modelo médico que, sin embargo, es social por incluir categorías como clase social, proceso de trabajo y modo de vida, entre otros.

La manera que tiene la postura social de abordar los procesos de salud y enfermedad como un solo proceso no es conveniente, a menos que el modelo que se use sea de orientación patologista, en cuyo marco sí se considera que la salud y la enfermedad son extremos de un mismo continuo natural; siendo así, no es un modelo social, aunque use categorías sociales.

En el afán de sobresalir en su lucha en contra del naturalismo, la postura social intenta socializar lo orgánico, esto es, intenta convertir las necesidades orgánicas en necesidades sociales por la influencia de lo social en ellas (Pérez, 1988).

Las insuficiencias de las dos posturas anteriormente mencionadas, en lo que respecta al estudio y comprensión que tienen de los procesos de enfermedad y salud, se reflejan aún más en su comprensión de las enfermedades psicosomáticas.

Así tenemos, por ejemplo, que en el caso de los profesionistas que apoyan la primera postura, en su afán por abarcar los aspectos psicológicos de la enfermedad, han agrandado los servicios psicológicos de apoyo para los enfermos "biológicamente"; sin embargo, ello no implica que reconozcan la completud de la persona, ya que esto sólo les llevó a crear nuevos especialistas que se olvidaron de reunir la parte que les tocó estudiar al resto de las otras, pero no como una simple suma, sino como un todo que jamás debió partirse.

De ese modo, se han concentrado en fragmentos corporales cada vez más pequeños, mudando su perspectiva desde el estudio de los distintos órganos y funciones

del cuerpo al de sus células, y desde éstas finalmente al estudio de las moléculas (Morales, *et al.*, 1995).

Es por eso que, aún cuando se presentan manifestaciones abiertas de problemas psicológicos, éstos son considerados como meros indicadores de otra cosa que yace por debajo de ellas; se les considera como síntomas que facilitan la realización de un diagnóstico, pero que en sí mismas no son un problema real a tratar (Bastide, 1985).

De ahí que, paralelo al aumento de enfermedades psicosomáticas, se han interesado solamente en aumentar las teorías y los fármacos para tratar esas afecciones. ¿No es esto una clara manifestación de que se continúa inmerso en los sistemas y métodos mecanicistas de varios siglos atrás?

Aún cuando hay que reconocer que el camino newtoniano era atractivo, debido a que ofrecía la posibilidad de producir todo con un grado asombroso de exactitud, además de que permitía ir desenterrando verdades definitivas y totales, debemos alejarnos de él si queremos que ocurra un verdadero cambio; sobre todo porque la rigidez y la firmeza de estas ideas llevan a una escucha selectiva y, por tanto, reduccionista.

Lo anterior conduce a seguir dando una preeminencia absoluta a lo físico sobre lo mental o lo psíquico, aspecto que resulta preocupante, sobre todo porque el número de personas cuyas afecciones son psicosomáticas ha aumentado de forma muy considerable.

Otra limitante del mecanicismo se hace evidente en el tipo de práctica que la medicina psicosomática ejerce, la cual no le ha permitido resolver el enigma de la elección de órganos en diferentes enfermedades. Y es que en tanto se despersonalice a los órganos, es imposible captar los mensajes globales que van revelando cómo cada enfermedad o síntoma no pudieron haberse expresado de un modo más claro en otro órgano que en el que lo hizo (Schnake, 1997).

Con respecto a la manera de abordar las enfermedades psicosomáticas, desde la segunda postura encontramos que ésta hace alusión a algunos factores psicológicos influyentes en la somatización.

Como ya lo vimos, Marini dice que la industrialización en México es un proceso cuyo estudio incluye diversos niveles complementarios, como el concepto de "desgaste obrero" (Pérez, 1988); además, reconoce que éste refiere tanto al sustrato orgánico como al sujeto conductual activo en un contexto social. Esto hace referencia a un individuo trabajador que se "desgasta" biológica, conductual y socialmente cuando ejerce su fuerza de trabajo.

Asimismo, Laurell (1984) toma en cuenta al desgaste laboral como productor de diferentes enfermedades en los trabajadores, a la vez que hace alusión a la lenta destrucción del obrero en el proceso de producción por el estrés, al cual lo relaciona con diversas enfermedades como la hipertensión, el infarto al miocardio, la úlcera, la diabetes, etc., (Laurell, 1983). Incluso, Ortiz (1982) hace mención de que los problemas psicológicos influyen en la gente en el sentido de que las lleva a vivir en la inseguridad, en la añoranza y en la frustración.

Sin embargo, es sobresaliente el hecho de que tanto Laurell como Ortiz apoyen sus comentarios respecto de los factores psicológicos haciendo referencia a numerosas observaciones médicas y estudios biológicos sin hacer una sola referencia a estudios psicológicos, lo que pone al descubierto su atrapamiento en el modelo biomédico.

Se observa de esta manera la imposibilidad que tiene para conceptualizar las enfermedades psicosomáticas, ya que aún cuando tiene presente los problemas psicológicos los entiende sólo en tanto las observaciones y los estudios médicos las validen.

De ahí que, para este modelo, las enfermedades psicosomáticas se den en un proceso social, determinado básicamente por el modo de producción en el cual intervienen factores biológicos, ecológicos y también psicológicos; sólo que este modelo reconoce a los factores psicológicos como parte del proceso de salud, esto es, como referidos a enfermedades (enfermedades mentales, salud mental, etc.); ésta visión es la que le lleva a

analizar el origen y el desarrollo de estos factores como si fueran análogos a cualquier alteración orgánica.

Por ello, hasta que no se considere que lo social conforma las fuentes que nutren lo psicológico no se tomará verdaderamente en cuenta lo social.

Dado que esta postura destaca que la enfermedad es una creación cultural e histórica que puede tener como referentes indirectos fenómenos biológicos y algunos psicológicos, se puede considerar incompleta en el sentido de que cualquier postura que tienda a ignorar lo psicológico es insuficiente para una definición de salud que apoye de manera real un estudio y una práctica integral de las enfermedades psicosomáticas.

A través de la información hasta aquí presentada, se puede llegar a la conclusión de que tanto la postura naturalista como la social han resultado insuficientes para abordar las enfermedades en general, lo cual no ha sido menos aplicable en el caso de las que son psicosomáticas.

La pregunta ahora es: ¿habrá un modelo que realmente se interese por contemplar, además de los factores ya mencionados y enfatizados por los modelos anteriores, otros que vengan a completar la visión de un ser humano completo, sin caer en la suma de sus partes?

Veamos lo que postula el holismo.

1.4 Postura holista

- Holismo – Integralidad de lo externo y lo individual.

El holismo sostiene que una colección de entidades u objetos puede generar una realidad más amplia no analizable en términos de los componentes en sí

mismos. Sinergia o el principio sinérgico, son algunas de las formas como también ha sido denominado el holismo (*Encarta*, 2000).

Ahora bien, el holismo, según Berman (1987), parte en general de tres aspectos principales:

1. Proceso, forma y relación son primarios.
2. Las totalidades tienen propiedades que las partes no tienen.
3. Los sistemas vivos no son reducibles a sus componentes; la naturaleza está viva.

Estos tres aspectos surgen en respuesta a tres grandes fallas manifestadas, según Berman, en la visión del mundo de la ciencia moderna, que resumida en una palabra es: el atomismo.

Tales fallas son:

1. Únicamente la materia y el movimiento son reales.
2. El todo no es nada más que la suma de sus partes.
3. Los sistemas vivos son en principio reducibles a materia inorgánica; a final de cuentas la naturaleza está muerta (*ibidem*).

Bateson (1971), un exponente del holismo en el que se basa Berman, concibe al ser humano como un todo en convivencia con otros seres individuales y la naturaleza; plantea, además, que la realidad de cualquier fenómeno es por lo general más grande que la suma de sus partes. Cabe señalar que la concepción de la mente en la visión del mundo de Bateson le da a su epistemología ciertas características semejantes al aristotelismo (Berman, 1987).

Las características de la visión del mundo del holismo batesoniano son:

- "Interno" y "externo" constituyen realidades separadas.
- La naturaleza es revelada en nuestras relaciones con ella, y los fenómenos pueden ser conocidos sólo en un contexto (observación participante).
- La mente inconsciente es primaria, el objetivo es la sabiduría, la belleza, la gracia.
- Las descripciones son una mezcla de lo abstracto y lo concreto; la calidad es prioritaria frente a la cantidad.
- Mente-cuerpo, sujeto-objeto son ambos dos aspectos del mismo proceso.
- Circuito. No es posible maximizar variables individuales del sistema; en principio, no podemos conocer más que una fracción de la realidad.
- El corazón tiene sus algoritmos precisos.

Nuevamente, estos enunciados surgen como respuesta a lo establecido por la ciencia moderna, la cual, según Bateson se rige por los siguientes preceptos (*idem*).

- No hay relación entre lo "interno y externo".
- La naturaleza se conoce desde afuera, y los fenómenos se examinan en abstracción de su contexto (el experimento).
- El objetivo es el control consciente, empírico de la naturaleza.
- Las descripciones son abstractas, matemáticas; únicamente aquello que puede ser medido es real.
- La Mente es algo separado del cuerpo; el sujeto es algo separado del objeto.
- El tiempo es lineal, en una progresión

infinita; en principio podemos llegar a conocer toda la realidad.

- Las emociones son epifenoménicas.

El desacuerdo con algunos de los puntos anteriores podemos identificarlo también en Schnake (1997), cuando hace alusión a que la formación que reciben hoy los médicos y los psicólogos no es saludable ni para ellos mismos, en el sentido de que "quien rompe en otro la unidad, la rompe en sí mismo, porque el prójimo es un espejo en el cual uno se reconoce a sí mismo" (p. 1).

Y es justamente a través de la fragmentación que se ha enseñado a estudiar al hombre, resultando el paradigma cartesiano-newtoniano; la base, aún hoy, de las ciencias de la salud que han estudiado al ser humano como una máquina.

Paradójicamente, en su afán por reconstruir la unidad del ser humano, lo divide sistemática y permanentemente, creando más especialistas que se dediquen al estudio y tratamiento del humano y sus enfermedades; cada uno de ellos ha mirado exclusivamente desde su perspectiva, y por tanto, sólo ve la parte que conoce o que cree conocer, perdiendo de vista factores que pueden contribuir a una intervención más eficaz.

En contraste, el holismo considera a la persona como un ser total: cuerpo y mente; de ahí su nombre "Holos", que en griego significa integral o total (*Principios éticos de la medicina holística*, 1999).

Hasta aquí hemos visto algunos de los postulados básicos del holismo, y cómo esta postura conceptualiza al hombre; sin embargo, es necesario abordar la incidencia que tiene el holismo en el terreno de la salud, y más específicamente, en las enfermedades psicosomáticas. Aunque, como ya vimos, si el holismo no ve al ser humano como un ser fraccionado, entonces la concepción que tenga de las enfermedades será implícitamente psicosomática.

1.5 Holismo: postura de alcances explicativos integrales

Primeramente, se puede apreciar que el holismo busca la causa real del padecimiento preferentemente, y no sólo trata los síntomas que se presentan; de ahí que el terapeuta holístico hace un esfuerzo para establecer, tanto qué clase de padecimiento está presentando el paciente, como qué clase de paciente es el que está presentando un padecimiento.

Es a la persona que tiene los síntomas a quien debe ver, y no a la enfermedad, que, una vez que aparece y se transforma en lo primordial, desaparece la persona; esto hace que se pierda definitivamente la pista que puede llevar a encontrar el verdadero sentido y significado de esa enfermedad, para esa persona, en ese momento y en ese órgano (Schanake, 1997).

Teniendo esto presente, el terapeuta diagnostica y trata a pacientes como individuos únicos y no como miembros de una categoría de enfermedad. Cuando es posible, el terapeuta holista sugiere modificar los hábitos nocivos de forma de vida, en lugar de que opten por drogas o cirugía como opción para ayudarse (*Principios éticos*, 1999).

El holismo considera la enfermedad como una manifestación de una disfunción de la persona como un ser total, y no como un evento aislado. Por ejemplo, Edward Bach (*La medicina floral*, 1999) dice que la enfermedad es un desequilibrio emocional que se produce en el campo energético del ser vivo, y que de persistir sin tratamiento se produce la enfermedad en el cuerpo físico.

De hecho, definió la enfermedad como: "una suerte de consolidación de una actitud mental y sólo es necesario tratar tal actitud mental y la enfermedad desaparecerá" (*ibid*).

Al respecto, Schnake (1997) menciona que todas las enfermedades son un medio de cura, y que éstas tienen una finalidad. Al reflexionar sobre esto se descubre que el ser humano crea sus enfermedades, no de un modo arbitrario, sino bajo el efecto de una compulsión externa.

De ese modo, los deseos tienen que ver con las personas y con sus enfermedades.

Ahora bien, para el holismo la salud óptima es mucho más que sólo la ausencia de enfermedad; es el perseguir conscientemente las cualidades más altas a nivel mental, emocional, físico, del entorno, así como de los aspectos sociales de las experiencias humanas; por lo que los resultados en el tratamiento holista se verán reflejados en el equilibrio de las emociones del paciente y en la experimentación de éste como protagonista del cambio, y no como simple espectador de cómo un tranquilizante "tapó sus síntomas" (*La medicina floral*, 1999).

En el caso del psicólogo, por ejemplo, no tiene que temerle al cuerpo; tiene que saber que está ahí presente y que se manifiesta. Es preciso que tome a la persona realmente como tal; esto no lo conseguirá agregando aún más datos a la información que la persona está dando sobre su cuadro clínico o sus síntomas. Lo que hace falta es que ella, de informante pase a ser actor principal.

De lo anterior se desprende el hecho de que, en la mayoría de las situaciones, el terapeuta holista debe encausar la autonomía del paciente, en lugar de imponer decisiones. El terapeuta debe reconocer que el paciente tiene el derecho de tomar decisión en cuanto a su tratamiento.

Para esto, es necesario que los terapeutas se interesen por guiar y educar a los pacientes al respecto, además de hacerlos responsables de su propio cuidado; es importante reeducar a las personas y fomentar la necesidad de ser dueñas del cuerpo que habitan.

Ahora bien, la relación ideal entre paciente y terapeuta es, según el holismo, considerar las necesidades, deseos, conciencia e introspección del paciente, así como las del terapeuta. Aunado a esto, los terapeutas holistas deben animar a los pacientes para que evoquen sentimientos como el amor, buen humor, entusiasmo, esperanza, y liberar las consecuencias tóxicas de la hostilidad, vergüenza, avaricia, depresión, y el prolongado

miedo, enojo y tristeza, a fin de prevenir enfermedades, o bien para eliminarlas (*Principios éticos*, 1999).

Es necesario que en el terreno de la salud los terapeutas-centren más la atención en los mensajes que el cuerpo envía. Esto será posible sólo si quitamos el ruido ambiental que distorsiona este mensaje, y lo lleva a organizarse de tal manera que responda a los deseos y necesidades de otros: "el deber ser del científico".

Lo anterior es especialmente difícil cuando todos hemos sido enseñados sobre la base de que es nuestro conocimiento primordialmente positivista el que nos debe orientar y hacer decidir qué es lo primordial; hecho que también impide tomar en cuenta a quien tiene que proporcionarnos datos, de tal modo que la persona enferma será un mero informante poco confiable. Es necesario, por ello, liberarnos del supuesto de que el que "sabe" de nuestro cuerpo, y, por tanto, de nuestras enfermedades, es el médico. Si no hacemos esto, las situaciones experimentadas por el paciente y por el terapeuta mismo "quedarán encerradas dentro de una explicación que ya no permita volver a enfrentar esas situaciones de otro modo" (Heidegger, citado en *Schnake*, 1999, p. 24).

Si bien es cierto que conoce más de la anatomía y fisiología humana, el médico es tan ignorante como cualquier otro debido a que no sabe escuchar al cuerpo sano, y menos aún al enfermo; para escucharlo y escucharnos, lamentablemente es necesario que ocurra algo capaz de sorprendernos o intrigarnos.

Y aquí es necesario recordar aquello que el médico generalmente olvida:

"Realidad es aquello que tomamos por cierto. Lo que tomamos por cierto es aquello que creemos. Nuestras creencias se basan en nuestras percepciones. Lo que percibimos depende de lo que tratamos de ver. Lo que tratamos de ver depende de lo que pensamos. Lo que pensamos depende de lo que percibimos. Lo que percibimos depende de lo que creemos. Lo que creemos determina, a su vez, lo que tomamos por verdad. Y lo que tomamos por verdad es nuestra realidad" (Schanke, 1997, p. 1).

En resumen: los deseos tienen que ver con las personas y con sus enfermedades, por lo que todas las enfermedades son un medio de cura y tienen una finalidad. El tomar en cuenta todos estos factores lleva a una comprensión más integral y plena de los procesos de salud y enfermedad, y, por tanto, de las llamadas enfermedades psicosomáticas.

Lo único que falta para tener una comprensión más amplia, completa, y, por tanto, integral de las enfermedades, es atreverse. Averse a cuestionar aquello que se nos ha dado como "verdad única y absoluta", atreverse a experimentar y a crear. Es importante reflexionar que la forma fragmentaria en que se han basado los estudios científicos abocados al hombre han llevado a cualquier psicólogo, sociólogo y médico, que pretenda ser científico, a recurrir con la mayor naturalidad a los conceptos básicos de la física newtoniana y a seguir aferrándose a éstos, incluso ahora, cuando hace tiempo que los físicos han replanteado sus posturas a través de la teoría de la relatividad. *

Quizá no sea tan difícil arrancar ese positivismo, si tenemos presente que al tiempo que la ciencia biomédica ha ido elaborando sus modelos mecanicistas de salud y enfermedad, la base conceptual de la propia ciencia se ha visto sacudida por los espectaculares avances operados en el seno de la física atómica y subatómica, los cuales han puesto de manifiesto con toda claridad las limitaciones de la visión mecanicista del mundo, y han conducido a una concepción orgánica y ecológica de la realidad (Dossy, 1986).

Luego entonces, si en la física del siglo XX el universo ya no se percibe como una máquina compuesta de múltiples objetos separados, sino que se presenta como un todo armonioso e indivisible, como una red de relaciones dinámicas: ¿por qué no incluir al ser humano, observador y participante en este todo? Si además el espacio y el tiempo han perdido su condición de absolutos y no pueden ya considerarse como entidades separadas, ¿por qué entonces seguir fraccionando al ser humano?

* Para ampliar este tema de la relatividad, cfr.: Barnestt, L. (1957). *El universo y el doctor Einstein*. Fondo de Cultura Económica, México; y Hawking, S. (1988). *Historia del tiempo*. Grijalbo, México,

Dado lo anterior, surge la necesidad de que todo terapeuta ayude a la persona enferma a reordenar toda su visión del mundo; es preciso ayudarle a comprenderse a sí mismo como un proceso en el espacio-tiempo y no como una entidad aislada, fraccionada del mundo de los sanos, que marcha a la deriva mientras el tiempo fluye, acercándole lentamente al exterminio (*idem*).

Para que el terapeuta pueda ayudar a estas personas, es necesario, además, que entienda y tenga presentes factores generadores de enfermedad tales como emociones, actitudes y determinado ámbito social (familiar, laboral o escolar). Al hacer alusión a estos factores, inmediatamente viene a la luz el tema de las enfermedades psicosomáticas.

Veámoslo a continuación.

CAPÍTULO 2

ENFERMEDADES PSICOSOMÁTICAS. ASPECTOS GENERALES.

La medicina convencional, incluso, ya ha reconocido que la experiencia común y corriente, y más específicamente el factor humano, puede desempeñar papeles complejos en el proceso de las enfermedades.

Dicho reconocimiento ha tenido mucho que ver con la cuestión de por qué algunos individuos ante la misma situación o tensión se enferman, mientras otros se conservan perfectamente sanos, o bien, por qué el mismo evento provoca reacciones muy diferentes en diferentes individuos.

Con lo anterior podemos decir que la experiencia ordinaria –un balance complejo de fuerzas internas y externas– ha desafiado las reglas de causalidad (Chopra, 1994).

Y es que hoy día resulta imposible pensar en ninguna enfermedad cuyo mecanismo causal sea tan simple como se suponía en otro tiempo, incluso en las enfermedades infecciosas, que eran resultado, según se creía, de un estricto equilibrio entre la agresividad de los microorganismos y el arsenal defensivo del organismo agredido.

Las cuestiones anteriormente planteadas surgen ante casos como en el que algunos investigadores que incubaron virus del catarro lo colocaron directamente sobre la mucosa que recubre la nariz de algunas personas y descubrieron que sólo el doce por ciento de los sujetos del experimento contrajo la enfermedad. No lograron incrementar esta proporción cuando expusieron a los sujetos a corrientes de aire frío, cuando sumergieron sus pies en agua helada para que les diera escalofríos, ni cuando hicieron otras cosas puramente físicas (*ibid*).

Asimismo se ignora, por ejemplo, o no se sabe con certeza, por qué ciertas personas en presencia de una infección de estreptococos contraen una fiebre reumática, mientras que otras pueden desarrollar unas anginas, o por qué algunos se convierten en transmisores de ciertas bacterias sin sufrir síntoma alguno, mientras que otros sucumben totalmente a sus ataques (Dossey, 1986).

Otro ejemplo. Muchos médicos convencionales, haciendo alusión a la etiología del cáncer, hacen referencia a factores ambientales y muchos otros factores físicos y químicos, pasando por alto el factor humano; pero ¿qué tendrán que decir estos médicos ante las estadísticas que muestran que las personas que viven solas, sobre todo las viudas, son más propensas al cáncer que las casadas? Al respecto, Chopra (1994) dice que la soledad, en el caso de estas personas es un factor de riesgo, e igualmente se puede decir que se trata de un factor carcinógeno.

Por otro lado, Dossey (1986) menciona como el factor más poderoso de protección contra las enfermedades psiquiátricas a la presencia o ausencia de una relación íntima y confiada con una pareja, una relación en la que se compartan sentimientos, con independencia de que exista o no intimidad sexual.

Si nos mantenemos en la postura abordada en el capítulo anterior, es decir, si se conceptualiza al ser humano como un ser completo y total, se dará plena cuenta el lector de que lo que constituye a la persona, además de su masa corporal y sus funciones fisiológicas, es el factor humano: la experiencia, sus aflicciones, sus alegrías, los momentos traumáticos y las largas horas en que no sucede nada especial.

Aunado a lo anterior, se encuentra que "los minutos de la vida se acumulan en silencio y, como los granos de arena que deposita un río, pueden llegar a acumularse en formaciones que irrumpen a la superficie bajo la forma de enfermedades" (Chopra, 1994, p.158).

Ahora bien, específicamente ¿qué se entiende por factor humano en el origen de las enfermedades? En general se refiere a las emociones y sentimientos, tanto positivos como negativos. Alegría y tristeza, entusiasmo y depresión, son factores humanos; también lo son la pena, la ansiedad, la frustración, o los sentimientos de felicidad, de impotencia, de esperanza y de satisfacción.

Con referencia a esto, Prigent (1982) habla de su modelo, el cual presenta la forma de uno de los numerosos canales, conductos u órganos huecos del cuerpo; para ilustrar su

modelo, habla de los individuos que renuncian a vivir con su deseo, su abertura interna y sus símbolos para emplear mejor en la exterioridad su trabajo y sus necesidades, los cuales producirán una obturación, un encogimiento de ese espacio interior que figura en el modelo, y un cierre, un espasmo de los órganos huecos, conductos y canales de los que de algún modo es el reflejo. Si el modelo es la imagen de los órganos huecos, es también la imagen global del cuerpo, con su espacio interior, el vientre y sus instrumentos exteriores periféricos, la cabeza y las manos. De este modo una vida de deseo y una actividad simbólica insuficientes, reprimidas, demasiado controladas, se traducirán en una impresión de que se cierra el interior del cuerpo, lo cual se manifestará en opresión torácica, cólicos de todo tipo, hepáticos, intestinales, nefríticos, dolores de vejiga y de estómago.

La observación clínica humana habla en favor de la influencia del factor humano en la somatización; por ejemplo, hace alusión a los efectos inmunosupresores del estrés. Esta afirmación se basa en la acción de los estímulos estresantes sobre la actividad del sistema inmunológico, expresada a través de fenómenos alérgicos, infecciones, enfermedades autoinmunitarias y la formación de neoplasias (cánceres) (Valdés y Flores, 1985).

Esto concuerda con la afirmación de que en cuanto se cede a la desesperación y al temor, la compleja cadena de la respuesta inmunitaria, con sus cientos de operaciones precisamente sincronizadas, se descompone, deja de trabajar con gran celo, y se comienza a enviar los neuropéptidos que se relacionan con las emociones negativas, los cuales se fijan a las células inmunitarias y la respuesta pierde su eficiencia (Chopra, 1994).

Aunque no se sabe exactamente cómo es que ocurre esto, ha quedado bien documentada la disminución del vigor del sistema inmunitario en pacientes deprimidos (*idem*).

Un estudio realizado por el psiquiatra William Green en los años 60's evidencia la influencia de las emociones en la somatización. Green estudió la vida de tres pares de mellizos idénticos. Los resultados manifestaron que un mellizo de cada grupo había contraído leucemia después de experimentar algún trauma psicológico que no había sufrido el otro mellizo. De igual modo, estudios hechos en los controladores del tráfico aéreo, que

sufren fuertes tensiones, indican que con mucho tienen índices más elevados de alta presión sanguínea, úlcera y diabetes que el resto del personal del aeropuerto (Dubos, 1975).

Otras investigaciones, principalmente referentes a la frecuencia del pulso, la presión arterial, la tensión muscular, la resistencia cutánea y los movimientos respiratorios, han reportado que las variaciones experimentadas por estas funciones han sido puestas en relación con cambios psíquicos espontáneamente aparecidos o experimentalmente provocados. La relación recíproca entre estos dos grupos de datos, es decir, los resultados de las medidas de funciones fisiológicas, pueden utilizarse como indicadores de las reacciones emocionales, incluso en situaciones en las que los procesos psíquicos no pueden estudiarse directamente (Kielholz, 1987).

Asimismo, se conoce desde hace tiempo que la secreción de adrenalina se ve aumentada en las reacciones emocionales. La eliminación urinaria de catecolaminas constituye un procedimiento cómodo para estudiar la secreción. Dicha eliminación ha sido utilizada por primera vez por Euler y Lundberg como medida del estrés. Durante los años 80's han sido publicados varios de estos estudios (así, por ejemplo, los de Pekkarinen y otros (1982), Elmadjian (1984), Frankenhaeuser (1984), Graham y cols (1986); Levi (1988)). Comparando la referida eliminación (Euler y Lishajko (1986)) con los datos proporcionados por el individuo acerca de sus vivencias bajo la acción de diversas intensidades de emociones, por una parte, y en reposo ópticamente equilibrado, por otra, se obtiene la posibilidad de calibrar la intensidad de las reacciones de estas emociones (*idem*).

También se ha demostrado, estudiando la eliminación de uropepsinógeno en la orina, que la secreción gástrica excesiva puede estar causada por una angustia selectivamente conectada con el deseo de sentirse cobijado o con el riesgo de pérdida de unas relaciones de dependencia (*ibid*).

Ahora bien, los conflictos emocionales poseen también afinidades selectivas de acuerdo con las cuales se aflige a ciertos órganos internos. De hecho, a cada estado emocional corresponde una respuesta fisiológica característica (De la Fuente, 1985).

En este sentido, es importante mencionar que cada célula es un pequeño ser vivo; se halle en el hígado, en el corazón o en los riñones, "sabe" todo lo que sabemos a su manera (Schnake, 1997). Es claro que se está acostumbrado a la idea de que somos más inteligentes que nuestros riñones; incluso el concepto mismo de "elementos constitutivos" que se utiliza para referirse a los órganos internos del cuerpo, implica, a modo de ejemplo, que el ladrillo es más simple que la construcción. Esto es cierto cuando se trata de estructuras no vivas, pero deja de serlo en el caso del ser humano (Chopra, 1994).

Así tenemos que el impulso nervioso de la preocupación puede manifestarse en el estómago en forma de úlcera, en el colon como un espasmo, o en la mente como una obsesión, aunque todas éstas sean manifestaciones distintas del mismo impulso. La preocupación se transforma a sí misma, de órgano en órgano, y sin embargo cada punto del cuerpo sabe que hay preocupación y todas las células del cuerpo lo recuerdan. Es posible que se olvide conscientemente que se está preocupado, pero de pronto surge el sentimiento para recordarlo, y cuando lo hace parece provenir de todas partes (*ibidem*).

Muchas de las deficiencias de ignorar las emociones del ser humano quedan esclarecidas en este ejemplo: un hombre va a ver al médico aquejado de un dolor hemicraneal, que sobreviene por crisis y va acompañado de náuseas, de un estado de postración y repliegue sobre sí mismo, así como por brumas y destellos ante los ojos.

¿Qué entiende el médico? Que este conjunto de penosas manifestaciones abarca unos síntomas que, agrupados, dan origen a una enfermedad, a un síndrome denominado jaqueca. El saber médico le ha enseñado que esos dolores se deben a un espasmo de las arterias meníngeas; que los síntomas visuales tienen también relación con trastornos arteriales, y que las náuseas derivan probablemente de un espasmo a nivel de la vesícula y de los canales biliares (Prigent, 1982).

Debido a que conocimientos recientes han respondido a la cuestión del origen de la jaqueca, ello ha otorgado a este trastorno sus cartas de nobleza como enfermedad de referencia bioquímica (*idem*), por lo que un tratamiento mediante medicamentos que impiden la crisis será la mayor aportación del médico al paciente.

De este modo, las personas que padecen jaqueca verán así que el médico las comprende al nivel del análisis de síntomas, de su agrupamiento, de su relación con espasmos arteriales y de la vesícula biliar y de ciertas modificaciones bioquímicas (*ibid*). Recibirán como respuesta una receta, a menudo muy eficaz.

Sin embargo, existe otra manera de escuchar la queja de los que padecen esta dolencia; es tal vez menos inmediatamente operativa. Tener presente que el hombre que se lamenta de que su cabeza está como "hinchada, inflada, va a estallar, arde, da golpes", se acusa, y confiesa sin saberlo y por eso lo hace mediante su cuerpo, su propia actitud existencial.

Esta puede ser una forma de comunicar que su cabeza ya no soporta funcionar tan intensamente, girando a fondo como una máquina al máximo, imágenes que, además, sus propias declaraciones evocan: "está como hinchada, como si fuese a estallar, siento que se calienta. me late, arde".

Esto puede reflejar un hombre que vive mal, que piensa, racionaliza, organiza, que "lleva la gerencia" de su vida en lugar de vivirla. El cierre, el espasmo de las arterias meníngeas, del aparato visual, de la vesícula biliar, puede asimismo interpretarse como una cerrazón de su ser interior (*id*).

Al sacar su trastorno a través de un lenguaje corporal, más certero y franco que su palabra, expresa su deseo en términos simbólicos: "soy un obsesivo y estoy harto de ser así: esta inflación de mi pensamiento me hace un daño intolerable". Pero como es un espíritu racional, y precisamente por ello no puede emplear símbolos verbales —la palabra, las imágenes profundas— se ve forzado a utilizar su cuerpo enfermo como lenguaje. Al no poder formular una queja o una demanda en términos existenciales, lo hace en términos somáticos.

Al recurrir a esto, comunica su mensaje en una lengua extraña para él y, por desgracia, a menudo también para el médico, que sólo quiere saber sobre arterias

meningéas, serotonina y medicamentos (*id*). De todo esto se puede decir que la persona tiene que permitir entrar en juego su propio simbolismo personal y hondo.

Este ejemplo demuestra que hay una lectura objetiva, racional, pragmática y operatoria del trastorno y de la enfermedad, que corresponde a la medicina como ciencia, pero que es posible otra lectura, más particular, una escucha específica, de carácter no riguroso ni codificable, sino más bien una escucha sensible que permita percibir "de otra manera" la enfermedad.

No se trata de observarla, sino de escuchar al enfermo, y además de forma diferente a como un magistrado oye la declaración de un testigo o un maestro escucha a su alumno. "La atención requerida se parece más a una audición poética, musical, hasta humorística; permite que el paciente eleve su propio canto, su queja, su honda reivindicación, y consiente que el médico que cuida sus reacciones desarrolle su cálida subjetividad, su sentido de la ironía, del juego de palabras, su sensibilidad poética, metafórica, analógica e incluso musical, para apreciar las armonías y dejar que resuenen libremente en su interior los múltiples ecos de una lamentación o de un síntoma" (Prigent, 1982, p. 104).

La intervención del ser humano completo en la enfermedad queda más clara cuando se estudia a los neurotransmisores, los cuales, como su nombre lo indica, son compuestos químicos que transmiten los impulsos nerviosos. Estos actúan en nuestros cuerpos como "moléculas comunicadoras" mediante las cuales las neuronas del cerebro pueden platicar con el resto del cuerpo. Los neurotransmisores son los mensajeros que marchan al cerebro, y de él al resto del cuerpo, para comunicarle a cada uno de los órganos que tenemos dentro lo referente a nuestras emociones, nuestros deseos, recuerdos, intuiciones y sueños. Nada de ello está confinado sólo en el cerebro (Chopra, 1994).

Asimismo, nada de ello es estrictamente mental, ya que pueden codificarse en forma de mensajes químicos. Los neurotransmisores tocan la vida misma de cada célula. A donde quiera que desee ir un pensamiento, es necesario que estos compuestos químicos vayan también, y sin ellos no pueden existir los pensamientos. Pensar es practicar la química del cerebro, promover una cascada de respuestas a lo largo del cuerpo. La

inteligencia, en tanto que saber práctico, inunda la fisiología entera; y ahora ha adquirido una base material (*ibidem*).

En verdad, ningún otro acontecimiento reciente de la biomedicina ha sido tan revolucionario como estos descubrimientos. La aparición en escena de los neurotransmisores vuelve mucho más dinámica y fluida que nunca a la interacción entre mente y materia.

Incluso una por una, muchas otras funciones que antes estaban "sólo en nuestra cabeza" han sido relacionadas con neurotransmisores específicos (*id*).

Hasta aquí vale la pena hacer una pequeña reflexión: ¿fue mera coincidencia el surgimiento de las enfermedades que hasta aquí se han ejemplificado y abordado?, o ¿estamos ante un ejemplo perfecto del comentario de Philip Stater, quien dijo: "Una coincidencia es una dirección que hemos decidido no tomar en serio"? (Dossey, 1986, p. 104).

Otro medio por el que se puede llegar a discernir cómo el factor humano está tan involucrado en la somatización, es el análisis de lo que está en juego o lo que está implicado cuando un ser humano enferma.

Pues bien, el que literalmente se toma la molestia de ponerse enfermo, invierte en esa empresa lo más hondo, íntimo, intenso y radical de sí mismo (Prigent, 1982). Aquí cabría hacer el reclamo, tanto al psicólogo como al médico, de que dejen de sacar escaso provecho de esa mina de sentidos y sustancia existencial que es el sufrimiento humano.

Dado que, como ya se mencionó, en la enfermedad se invierte lo más profundo del ser humano, no resulta extraño que el individuo recurra a la enfermedad para afirmarse en la existencia, sobre todo en aquellos casos en los que el juego simbólico impide la libre circulación del deseo, o cuando existen sometimiento o bloqueo del mismo o de su faceta verbal, la palabra (*id*).

De lo anterior podemos concluir que las enfermedades psicosomáticas y otras dolencias simbolizan lo que un paciente no consigue expresar de otra manera. Por ejemplo, la crisis de asma puede significar "tú me impides respirar" y la úlcera de estómago algo así como "me consumen los remordimientos y el rencor" (*idem*).

Asimismo, las personas que no pueden liberar de esta manera su palabra o su deseo mediante los procesos simbólicos se valen de ciertos productos que despiertan y exaltan la capacidad de hacerlo, como tóxicos de todo tipo, que hacen estallar y brotar en la conciencia símbolos adormecidos (*ibid*).

Es interesante notar que cuando se produce la huida y se busca refugio en la enfermedad o la invalidez, puede elegirse inconsciente y simbólicamente de modo específico ciertos órganos. Así ocurre, por ejemplo, en el caso de la úlcera gástrica causada por una violenta emoción (Passebecq, 1987).

Otro aspecto involucrado en las enfermedades psicosomáticas es el deseo que tiene la persona de ser vista como enfermedad. Hay personas que sufren la pesadilla de no tener ningún nombre para su dolencia, lo cual implicaría la posibilidad de no tener en realidad ninguna enfermedad (Chopra, 1995).

La siguiente historia ejemplifica mejor lo que implica para un ser humano una enfermedad. Esta refiere a un hombre de cuarenta años de edad, un bombero de Boston, que fue tratado por Deepak Chopra, quien relata haberlo visto por primera vez en la sala de emergencias de un hospital, donde llegó con un dolor repentino y severo en el pecho. Al examinarlo, el bombero le dijo que el dolor se había iniciado hacía poco y, dado que era bastante intenso, estaba convencido de tener un mal cardíaco. Pese a que se le dijo que no debía emitir juicio alguno hasta que pasara por una revisión completa, él insistió en que sabía lo que andaba mal. Además de que quería retirarse con incapacidad.

Al final del examen, y luego de hacerle una serie de preguntas para determinar la naturaleza de su dolor, Deepak le informó que, en su opinión, no tenía una enfermedad del

corazón. Al oír esto el bombero se manifestó muy inseguro respecto del diagnóstico y se fue muy desalentado.

Dos noches después regresó con la misma queja, sólo que ahora el dolor era peor y más frecuente. El médico de la sala de emergencias no pudo encontrar nada malo al auscultar su corazón. Entonces se llamó a consulta a Deepak, quien notó al paciente angustiado por el dolor severo que sentía, pero tampoco encontró ninguna irregularidad en su corazón. El paciente, sin embargo, insistió de nuevo en que tenía un mal cardíaco y que quería jubilarse por incapacidad.

Debido a que en la zona de Massachusetts se ofrece una pensión muy generosa, que a veces asciende a un salario completo y vitalicio a los policías y bomberos que se jubilan por males cardíacos, los médicos empezaron a creer que ese podría ser el pretexto del dolor al que hacía alusión el bombero.

Desde ese día en adelante el hombre era cliente regular de la sala de emergencias. Siempre aparecía muy tarde por la noche y reportando la misma dolencia. Esto llevó a Deepak a enviarlo a un ecocardiograma (una prueba muy compleja de las funciones cardíacas). Los resultados obtenidos eran por completo normales. Empero el paciente insistió en volver, y conforme el tiempo pasaba se angustiaba más y más.

La persistencia del dolor intenso en el bombero motivó al médico a enviarlo a que se le realizara una angiografía para determinar si sus arterias coronarias estaban tapadas. De nuevo, los resultados fueron negativos. Pese a ello, el paciente estaba alterado de manera tan obvia que, tras muchas sesiones Deepak aceptó escribir una receta médica declarando que debería retirarse con incapacidad del cuerpo de bomberos, por su dolor recurrente en el pecho.

Unas semanas después se expuso su caso ante un consejo de examinadores. Deepak compareció como su médico y declaró, ante otros tres médicos, uno de ellos cardiólogo, sus razones para considerar al paciente como incapacitado. El cardiólogo entonces preguntó si se había detectado alguna anomalía en la estructura o función del

corazón de este hombre. Al responder que los resultados de los análisis eran siempre normales, el consejo decidió con rapidez negar la incapacidad. Cuando se le informó del veredicto al paciente, éste se alteró y regresó a su casa de inmediato.

Dos noches después se llamó a Deepak a la sala de emergencias; éste pensó que se trataba de nuevo del bombero que venía justo a tiempo. Pero esta vez fue diferente: había sufrido un ataque masivo al corazón, y por lo menos un 90% del músculo cardíaco estaba destruido o dañado de gravedad.

Al acercarse al hombre, que yacía en una camilla en el pasillo, este último tuvo suficientes fuerzas para abrir los ojos y reconocerlo y murmurar: "¿Ahora me cree?" Acto seguido murió.

Por todo lo anterior, se puede decir que no faltan evidencias que vinculen a los pensamientos y a las emociones con enfermedades físicas. Antes de mencionar algunas de las enfermedades cuyo origen o surgimiento se debe a la influencia del factor humano, cabe hacer referencia a la influencia que ejercen las emociones en el sistema inmunológico.

Por ejemplo, Valdés y Flores (1985) menciona que la exposición continua a estímulos aversivos incrementa la susceptibilidad a las infecciones por virus, con disminución del título de anticuerpos, además de que el estrés sostenido disminuye la producción de interferon, una proteína inespecífica implicada en la resistencia del huésped a la infección.

Por su parte, Schleifer ha descubierto recientemente que el sentimiento de duelo que conlleva la muerte del esposo o esposa genera en el superviviente desórdenes en el funcionamiento de su sistema inmunitario. Este descubrimiento lo basa en su estudio centrado en el funcionamiento del sistema corporal inmunitario de varones, antes y después del fallecimiento de sus esposas, afectadas todas ellas de cáncer de mama avanzado (Dossey, 1986).

Young, médico inglés, avala lo anterior con los resultados que encontró en diversos estudios hechos con 5.000 viudos británicos, los cuales reportan que la tasa de mortalidad

en los seis meses siguientes al fallecimiento de sus esposas, había sido un cuarenta por ciento más alta de lo que se esperaba, según las tasas normales previstas (*id*).

Para entender los alcances de su investigación, es necesario mencionar que las células encargadas en el cuerpo de mantener su inmunidad son las llamadas linfocitos. Los hay de dos tipos, B y T, que se distinguen por su diverso origen y cometido corporal. Los linfocitos B se encargan de producir anticuerpos, por ejemplo, cuando el cuerpo es invadido por virus o bacterias; los de tipo T, por el contrario, se ocupan principalmente de proporcionarnos inmunidad tisular, esto es, un tipo de inmunidad que se supone es particularmente importante para retrasar la aparición y crecimiento de células cancerosas en el organismo (*id*).

Schleifer descubrió que el número total de células B y T no cambiaba tras la muerte del ser querido, pero las células se comportaban de forma diferente; no se las podía estimular para que cumpliesen con su cometido habitual. Tanto los linfocitos B como los T se negaban a responder de forma apropiada al ser estimulados por determinadas sustancias químicas que, de ordinario, en personas sanas las hace aparecer "dedicadas" a su tarea de proporcionar inmunidad. Era como si las células mismas estuviesen enfermas (*idem*).

¿Qué había ocurrido? ¿Cómo podía un suceso, como es la pérdida del ser más querido, producir cambios en el sistema inmunitario corporal, comprometiendo así su sistema de defensa frente al cáncer y frente a las infecciones en general?

Una vez analizados los puntos anteriores, ahora procede abordar directamente algunas enfermedades psicósomáticas, que de algún modo representan más evidencia de la vinculación entre las emociones y la somatización.

A continuación se abordarán algunas de las enfermedades psicósomáticas. Cabe aclarar que la clasificación que se hizo fue en función del sistema u órgano afectado.

2.1 Enfermedades gastrointestinales

Es bien sabido que los estados emocionales afectan al aparato digestivo. ¿Quién no ha tenido la experiencia de ver su apetito, su digestión o su eliminación afectados por las preocupaciones, la cólera, el miedo o la tristeza? En estas condiciones, perder el apetito, indigestarse, vomitar, constiparse o sufrir diarrea es corriente. De hecho, una de las condiciones por las cuales se consulta con mayor frecuencia al médico, y uno de los padecimientos más rebeldes a la terapéutica es la "colitis nerviosa" o "colon irritable", que no es sino la expresión intestinal de un estado persistente de ansiedad, relacionado con problemas habituales de la vida (De la Fuente, 1985).

Puede asegurarse que las emociones influyen en los procesos digestivos a través de los centros diencefálicos. En 1931, Cushing describió la perforación aguda del estómago como complicación de intervenciones en el área diencefálica, y Light produjo experimentalmente úlceras pépticas por la estimulación del diencefalo mediante la pilocarpina, y pensó que el mecanismo implicado es la irritación parasimpática, la cual causa anemia local del estómago, cuya resistencia al jugo gástrico disminuye (*ib*).

En cuanto a la influencia de estados emocionales sobre el funcionamiento gástrico, las observaciones clásicas en el hombre son las llevadas a cabo por Wolff en su paciente Tom. Debido a un accidente que sufrió en la niñez, Tom tenía una abertura permanente en el vientre, a través de la cual la actividad de su estómago pudo ser investigada, ya que una parte de la mucosa gástrica estaba expuesta en la superficie de la pared abdominal anterior. Por un largo período se observaron las actividades del estómago de este individuo en diversos estados emocionales y se registraron sus respuestas a varias condiciones experimentales (*idem*).

Durante las ocasiones en que Tom sufría estados de enojo y resentimiento, la mucosa enrojecía de forma notoriamente intensa; se la apreciaba congestionada por un mayor aflujo de sangre a través de ella, cuya consistencia era espesa y engrosada. Al mismo tiempo se observaba un aumento de la secreción de ácido. Fue notorio que durante estos períodos disminuía el umbral del dolor, y éste podía ser fácilmente provocado

por las contracciones del músculo. En la situación descrita, la mucosa era exageradamente frágil, al grado de que la menor fricción, o aún la simple presión, hacía aparecer pequeñas manchas de sangre, algunas en la superficie y otras más profundas. La mayoría de éstas eran absorbidas y desaparecían aproximadamente en el término de un día, sin embargo, otras persistían por varios días como pequeñas erosiones (*ib*).

Cuando Tom estaba en una condición afectiva de miedo o desaliento, la mucosa del estómago se tornaba pálida, delgada y seca. La secreción disminuía y también la actividad muscular. Reacciones análogas se observaron en estados de tristeza. No sólo la frecuencia y concentración de la secreción ácida era afectada por los estados emocionales, sino también la secreción de moco, cuya función protectora de la mucosa es importante. Se observó que cuando el moco era más fluido o cuando era removido artificialmente, el contacto de la mucosa con el jugo gástrico daba lugar a una segunda congestión e hipersecreción de ácido, estableciéndose así las condiciones de un círculo vicioso. La exposición continua al jugo gástrico de una pequeña erosión de la mucosa dio lugar al desarrollo de una úlcera que, cuando se la mantuvo cubierta, alejada del jugo gástrico, curó en varios días (*id*).

También se observó que la reacción del estómago de Tom a los alimentos y a algunas drogas dependía del estado del estómago y del estado emocional del momento. Por ejemplo: se encontró que en un estado afectivo de desaliento y autodepreciación, cuando el estómago estaba pálido e inactivo y la secreción aminorada, la ingestión de un guiso de carne, que normalmente producía congestión e hiperactividad del estómago, suscitaba paradójicamente una disminución de sus funciones (De la Fuente, 1985).

Lo anterior se puede entender si tenemos presente que sufrir hambre o satisfacerla tiene para el ser humano, desde que nace, un importante significado emocional, y que desde entonces, la ingestión de alimentos va ligada a sensaciones de bienestar y de seguridad, no sólo por el alivio de una tensión dolorosa, sino también porque es durante las comidas que la madre acerca hacia sí al niño, lo acaricia y le proporciona calor y afecto. Por razones fácilmente comprensibles, el no tener satisfecha la necesidad de comer a su debido tiempo se asocia en el niño con sentimientos de abandono y desamparo. En esencia

entonces, los deseos de ser amado, los sentimientos de seguridad y la hostilidad en sus distintas formas, se asocian con la ingestión de alimentos.

De ahí la íntima conexión de estas emociones con las funciones del aparato digestivo y por qué su persistencia es capaz de activar innecesariamente estos órganos, así como el hecho de que la ingestión exagerada de alimentos, o su rechazo, pueda expresar trastornos emocionales profundos. También es fácil entender por qué, tanto en el lenguaje popular como en los sueños, la comida es usada como símbolo de afecto y protección. Está justificado pensar que, más que otras funciones, las digestivas están cargadas de afectividad y de significados simbólicos (*ib*).

Prigent (1982), antes mencionado, agrega más elementos de explicación al referir que muchas de las manifestaciones de opresión torácica, cólicos de todo tipo, hepáticos, intestinales, nefríticos, dolores de vejiga y de estómago, están relacionados con una vida de deseo y una actividad simbólica insuficientes, reprimidas, demasiado controladas, que se traducen en una impresión de que se cierra el interior del cuerpo.

Respecto a las alteraciones localizadas, sobre todo en los tractos gastrointestinal y genitourinario (disminución de la secreción salival, diarreas, espasmos del esfínter vesical, trastornos de la menstruación, dismenorrea), Kielholz (1987) las relaciona con personas que logran enmascarar de tal modo su angustia, que ni ellos mismos son ya conscientes de ésta, y tampoco se revela a los ojos de los demás, pero cuyo cuerpo no calla.

En el caso de la úlcera péptica, su evolución, al igual que la de otros desórdenes incluidos en la categoría de psicósomáticos, se caracteriza por una sucesión de remisiones y recurrencias. Se trata de un padecimiento de incidencia creciente en el que de tiempo atrás se ha pensado que factores psicológicos intervienen en forma significativa (*ibidem*).

En los estudios que llevaron a cabo Browning y Houseworth, encontraron que 30 enfermos gastrectomizados dejaron de presentar síntomas gástricos, pero desarrollaron en su lugar otros, particularmente síntomas neuróticos. La impresión de estos investigadores es

que el enfermo operado no se cura con la intervención, sino que con ella tan sólo se logra un desplazamiento de los síntomas (De la Fuente, 1985).

Estas investigaciones han demostrado sin lugar a dudas que los estados de tensión emocional se acompañan de cambios en la actividad y estado del estómago, que lo hacen más susceptible a la ulceración.

Otras investigaciones en las que se examinó la mucosa gástrica, son las observaciones llevadas a cabo por H. G. Wolff y sus colaboradores. El grupo estudiado consistió de nueve enfermos de úlcera duodenal, uno con úlcera gástrica, tres con úlcera gastroduodenal y trece sujetos normales, los cuales fueron entrevistados en sesiones de hora y media o dos horas de duración. Con el objeto de registrar los movimientos del estómago, se hizo tragar a los sujetos un globo que después se infló a una presión de 100 mm. de agua y se conectó con un sistema de registro. Los cambios secretorios se determinaron cada 5 o 10 minutos en muestras de contenido gástrico obtenidas por succión continua. Las determinaciones que se hicieron fueron las de acidez total, ácido clorhídrico libre y contenido de pepsina (*id*).

El objeto de la primera entrevista fue tranquilizar al enfermo y familiarizarlo con la situación para lograr mejor cooperación en las entrevistas subsecuentes, en el curso de las cuales se le provocaron reacciones emocionales utilizándose como estímulos datos personales previamente obtenidos. En otras entrevistas, el objetivo fue aumentar los sentimientos de seguridad del sujeto. Estas investigaciones pusieron de manifiesto que durante los estados emocionales de resentimiento, angustia, culpabilidad y frustración ocurre un aumento de ácido clorhídrico libre acompañado de un aumento en la movilidad del estómago, el cual, además, cambia su actividad peristáltica de periódica a continua. Estos cambios se observaron en la mitad de los testigos y en todos los sujetos enfermos, en los que el cambio fue más notorio (*idem*).

Uno de los aspectos importantes señalados por los investigadores es que las respuestas en el colon dependen de la actitud del sujeto ante el estímulo. Por ello, la respuesta aparece cuando el sujeto cree que su seguridad personal está amenazada (*ib*).

En cuanto a la presencia de síntomas tales como anorexia y vómitos, Kielholz, (1987) estableció una relación entre éstos y la manifestación de emociones negativas que pueden establecerse como reacciones psíquicas a unas ganas de comer compulsivas, cargadas de sentimiento de culpa y, con ello, contribuir a reprimir un proceso colmado de angustia.

Dentro de las investigaciones hechas a enfermos espásticos, destaca la de Almy y Kern, quienes llevaron a cabo una investigación con enfermos que sufrían constipación espástica y cuyos síntomas empeoraban en condiciones de presión emocional. El experimento mostró que los cambios más notables en el colon ocurrieron cuando los sujetos se alteraron durante la discusión de sus problemas emocionales y sus dificultades en situaciones vitales. Concluyen los autores que la mayor intensidad y duración de las reacciones colónicas a situaciones difíciles es la causa de que ciertas personas desarrollen síntomas referibles a esta parte del aparato digestivo (De la Fuente, 1985).

Grace, Wolf y Wolff investigaron en cuatro enfermos de colitis ulcerosa, quienes, por haber sufrido la colostomía, permitían la observación directa del colon. Los investigadores observaron que el resentimiento y la cólera no expresada se asocian a la hiperactividad del colon, lo cual se manifiesta por ingurgitación vascular, excesiva movilidad y aumento en la secreción del moco y lisozima. La cólera sostenida puede llegar a dar lugar a hemorragia puntiforme submucosa y ulceraciones (*idem*).

Estos mismos autores realizaron un trabajo posterior, en el que observaron a dos enfermos ulcerosos durante un período de tiempo más largo. Tales observaciones les permitieron descubrir que cuando los enfermos afectados de colitis ulcerosa estaban tristes y deprimidos, su colon estaba pálido e inerte; cuando estaban disgustados y resentidos, como resultado de entrevistas especiales, su colon aparecía congestionado e hiperactivo. En un sujeto sano, los cambios también se produjeron, pero con menor intensidad (*id*).

Por otro lado, padecimientos como la diarrea o la ingestión excesiva de alimentos conducente a una obesidad se explican con frecuencia como procesos regresivos, determinados por emociones negativas como la angustia, hacia modos de comportamiento de la temprana infancia (Kielholz, 1987).

Finalmente, cabe señalar que la mayor parte de los autores está de acuerdo en cuanto a la importancia de factores emocionales como causas precipitantes de enfermedades gastrointestinales (De la Fuente, 1985).

2.2 Enfermedades cardiovasculares

Todas las estadísticas coinciden en situar a los enfermos cardiovasculares en el primer lugar en cuanto a la frecuencia, a la vez en lo que toca a enfermedad y a mortalidad: se muere, ante todo a partir de los cincuenta años, del corazón y de los vasos sanguíneos (Sendrail, 1983).

Según los datos de la Oficina de estadística en Alemania, mueren 460,000 personas al año por afecciones cardiovasculares, lo que representa aproximadamente la mitad de todas las defunciones. A escala mundial los fallos cardiovasculares constituyen la primera causa de mortalidad (Plattner, 1995).

Ahora bien, con relación a la influencia de los estados emocionales en la somatización de cardiopatías, tenemos que desde finales de los años cincuenta una serie de investigaciones ha demostrado que un determinado modelo de comportamiento (el denominado comportamiento tipo A) favorece la aparición de cardiopatías coronarias. Tal comportamiento se caracteriza por un marcado afán de rendimiento con una fuerte actitud de competencia y una gran ambición; presenta asimismo una tendencia a la agresión y la hostilidad así como la impresión subjetiva que tiene el afectado de estar permanentemente bajo una premura de tiempo. Todo ello se acompaña de reacciones vegetativas, como desasosiego, impaciencia e irritabilidad. En abierto contraste está el modelo tipo B con sus características de contar con tiempo, una mínima actitud de competencia, escasa agresividad y una mayor serenidad y distensión en general (Schultz, 1988).

Los científicos W. Friedman y R.H. Rosenman iniciaron en 1960 un estudio a largo plazo en el cual analizaron a 3,154 varones sanos, entre 39 y 59 años, respecto de las características A y B. Ocho años y medio más tarde descubrieron que las personas de tipo A

doblaban aproximadamente a las de tipo B en lo que se refería a cardiopatías coronarias. Los resultados de dicho estudio se han visto después confirmados repetidas veces. Eso quiere decir que el comportamiento de tipo A conlleva un riesgo de enfermar de corazón dos veces mayor (Plattner, 1995).

Otro ejemplo en el que el factor humano aparece en situaciones en las que se ejerce un profundo influjo, es el caso de la angina de pecho (nombre que se da al dolor que experimentan las personas que sufren de arteriosclerosis coronaria), cuya incidencia admite una gradación desde algunos casos leves hasta otros graves, pudiendo incluso llegar a incapacitar totalmente a la persona afectada (Chopra, 1994).

Lo anterior se ha confirmado en muchos estudios, como ejemplo está el que hicieron Medalie y Goldberg, quienes efectuaron un seguimiento de 10,000 varones israelíes de cuarenta y más años de edad; dicho seguimiento tenía como fin determinar el influjo de distintos factores de riesgo en la incidencia de la angina. Sus resultados evidencian una correlación con la ansiedad y con la existencia de problemas psicosociales graves, además de la correlación con la mayor parte de los factores de riesgo comúnmente conocidos (Plattner, 1995).

Tal vez lo más sorprendente de todo fue el descubrimiento de que, entre los hombres afectados de ansiedad grave, aquellos que encontraban en sus esposas una fuente de amor y de apoyo sufrieron de angina con una incidencia dos veces menor que aquellos que no se sentían amados ni apoyados por sus esposas (*ibid*).

En 1973 una unidad especial de estudio radicada en Massachusetts informaba al Ministerio de Salud, Educación y Bienestar de sus descubrimientos con respecto a las posibilidades de supervivencia después de haber sufrido de arteriosclerosis coronaria. De acuerdo con sus resultados, el factor determinante principal para la supervivencia no era el fumar, la tensión alta, el mellitus diabético ni los niveles elevados de colesterol en sangre, sino la satisfacción en el trabajo. El segundo factor general de predicción era lo que la unidad especial denominaba felicidad en general (Dossy, 1986).

En cuanto a las enfermedades vasculares, se sabe, por ejemplo, que la ansiedad, el estrés y la tensión estimulan el aumento del nivel en sangre de las catecolaminas: sustancias tales como la adrenalina y la noradrenalina, que provienen fundamentalmente de la glándula suprarrenal. Estas sustancias químicas inducen cambios profundos en la manera como el cuerpo controla los niveles de grasa y de colesterol en la sangre. Y cuando se está sometido a estrés, puede predecirse que el nivel de colesterol va a aumentar, lo que es debido, al parecer, al aumento de los niveles de catecolaminas en sangre (*idem*).

Ahora bien, se sabe que una de las formas de reducir el nivel de catecolaminas en la sangre es enseñar a los sujetos, es la relajación y el biofeedback, los cuales no solamente afectan los niveles de adrenalina, sino que inducen cambios profundos en la concentración en sangre de otras hormonas, tales como el cortisol (hidrocortisona). Al quedar alterada la concentración de estas sustancias, quedan también secundariamente modificados los procesos fisiológicos regulados por ellas, entre los que se incluyen el ritmo cardíaco, la tensión, el riego sanguíneo y los niveles en la sangre de otras varias sustancias, como glucosa, insulina y glucógeno (*id*).

Estos hallazgos plantean una enorme cantidad de problemas complejos. ¿Cómo pueden esas experiencias humanas de satisfacción en el trabajo, de felicidad o la relajación actuar dentro de las células? ¿Cómo pueden traducirse unos efectos psíquicos en un cambio fisiológico tan real como puede ser un aumento de las posibilidades de supervivencia en caso de arteriosclerosis coronaria, o una disminución del nivel de colesterol en la sangre?

2.3 Enfermedades endocrinológicas

Una de las afecciones referentes al sistema endócrino es la diabetes *mellitus*, de este padecimiento De la Fuente (1985) comenta que cualquier internista ha observado casos en los cuales la "coincidencia" entre situaciones emocionales y la iniciación de la diabetes es impresionante. En algunos de los intentos de correlación psicofisiológica se señala la frecuencia con que rasgos tales como pasividad e infantilismo están presentes en

grado exagerado en los enfermos diabéticos, así como la avidez con que estos enfermos buscan afecto y atención. De ahí que el término "personalidad oral" se les aplique con frecuencia. Meyer, Bollmeier Alexander y Mirsky comparten esa idea ya que han llamado la atención sobre la presencia de deseos infantiles insatisfechos de atención y cuidado, en las personas diabéticas. Hinkle y sus colaboradores, por su parte, encuentran que cuando hay relación entre la iniciación del padecimiento y situaciones emocionales, éstas implican la reactivación de una experiencia de rechazo ocurrida en la infancia. De la Fuente hace notar además que el diabético es una persona hambrienta de afectos que maneja los carbohidratos como lo hace una persona hambrienta de alimentos.

Otro camino por el cual el factor psicológico puede participar en el desarrollo de la diabetes es el de su participación en la obesidad, que generalmente se acepta como una condición que predispone a la diabetes. Ya hemos visto que la ingestión exagerada de comida es usada por algunos sujetos como una compensación de la frustración de necesidades básicas (*id*).

Además de la relación entre factores psicológicos y el desarrollo y evolución de la diabetes, también es importante la valoración de los efectos de la enfermedad sobre las emociones del enfermo. En la diabetes, la interacción entre el equilibrio metabólico y la adaptación personal es tal, que la regulación clínica no es suficiente para tener éxito en el manejo de los enfermos.

Por ejemplo, Bruch ha encontrado que si los niños diabéticos tienen madres con personalidades bien integradas y que aceptan la enfermedad de sus hijos, éstos pueden madurar tan satisfactoriamente como los niños no diabéticos (*ib*).

2.4 Enfermedades óseas y articulares

De las muchas enfermedades pertenecientes a esta clasificación, Valdés y Flores (1985) destaca dos: la miastenia gravis y la artritis reumatoide. Dicho autor habla de la relación entre variables psicosociales y la recrudescencia de estas enfermedades (miastenia gravis y la artritis reumatoide).

Respecto de la artritis reumatoide se puede decir que ésta se caracteriza por la presencia de cambios degenerativos; en relación a su etiología se han invocado factores diversos tales como los infecciosos, metabólicos, endócrinos, y hasta nutricionales y citóxicos, de los cuales ninguno explica satisfactoriamente la totalidad del problema. A pesar de esto, la mayor parte de los autores están de acuerdo en que las emociones juegan un papel de importancia en el padecimiento, variable en cada caso (De la Fuente, 1985).

Al respecto Nissen y Spencer, McGregor, Cobb y sus colaboradores han demostrado la coincidencia temporal entre situaciones de estrés y la exacerbación de la artritis. Algunas de las situaciones repetidamente encontradas en relación temporal con la iniciación de los brotes de este padecimiento son: la pérdida de seguridad, de prestigio o interrupción de relaciones afectivas por muerte o abandono (*id*).

Asimismo, se infiere que estados emocionales persistentes pueden desencadenar en personas constitucionalmente predispuestas una serie de eventos fisiológicos que afectan, tanto al sistema neurovegetativo como al músculo esquelético, y contribuyen al desarrollo de la artritis. En cuanto a la personalidad de los enfermos con artritis reumatoide, Arlow afirma que lo más característico es la prominencia de sus tendencias sadomasoquistas. Además, estos pacientes son con frecuencia sujetos provocativos, que tienden a interpretar la asistencia que se les brinda como una interferencia con su vida. El autor señala también la frecuencia con que los enfermos, pese a una aparente contradicción, demandan y necesitan una atención exagerada (*ibidem*).

Ludwig ha reportado el resultado de la investigación llevada a cabo por él en siete mujeres y un hombre, afectados de artritis reumatoide. Estos enfermos fueron observados durante periodos de tiempo variables entre 6 meses y 5 años. Cuatro casos fueron recientes y el resto, casos más avanzados. El autor informa que encontró algunas condiciones comunes a todos los casos. Una de ésta condiciones es que se trataba de personalidades profundamente inmaduras, cuyo ego débil y sujeto a marcados sentimientos de incapacidad no es propicio para hacer adaptaciones (*ib*).

Otra característica es la angustia severa y las tendencias agresivas primitivas difusas. Se trata de sujetos poco capaces de tolerar frustraciones y rechazos y de exteriorizar sus emociones. En estos enfermos se observó también una tendencia familiar a la hiperactividad autonómica: inestabilidad vasomotora, tendencia a la sudoración, la taquicardia y la diarrea. Grados variables de depresión, acompañados de tendencias autoacusatorias, así como tendencias hacia el aislamiento, estuvieron presentes en todos los casos (*idem*).

También fue notable su dificultad para aceptar ayuda, a pesar de su intensa necesidad de depender y de recibir apoyo. Mientras sus necesidades de apoyo y dependencia se encuentran satisfechas, los enfermos están compensados. Sin embargo, cuando su relación con un individuo o con un grupo de importancia vital para el enfermo se ve interferida, esta situación es capaz de desencadenar un período de exacerbación de la enfermedad (*ib*).

Aquí resultará muy conveniente citar la observación previa de Lindemann en un enfermo de artritis reumatoide que, al ser aliviado de sus síntomas con terapia hormonal, desarrolló un episodio psicótico de varios meses de duración. Aunque durante este período estuvo libre de artritis, cuando el enfermo sanó de su psicosis, volvió a padecerla (*ibid*).

2.5 Enfermedades respiratorias

Las enfermedades respiratorias crónicas no son nuevas, pero lejos de disminuir con la mejora de las condiciones de vida, tienen más bien tendencia a aumentar, tanto en frecuencia como en gravedad.

En Estados Unidos de Norteamérica, por ejemplo, las bronquiopatías crónicas, los asmás complicados y el enfisema constituyen un conjunto mórbido que ocupa el sexto lugar en la escala de la mortalidad (Sendrail, 1983).

Las encuestas llevadas a cabo en el mundo occidental han puesto en evidencia en todas partes que los trastornos respiratorios bronquiales atacan a más de un cuarto, y a veces más de un tercio de hombres adultos. Pese a esta incidencia las personas conciben tales trastornos como si se tratará de síntomas de una banalidad tal que los individuos que los sufren no se quejan y se consideran tan poco enfermos que ni consultan al médico; considerado banal y no inquietante, es de hecho el testimonio de una enfermedad desconocida, lentamente progresiva, y que puede conducir a la enfermedad caracterizada, a la invalidez y la muerte (*ibidem*).

Si bien es cierto que los mecanismos de los trastornos respiratorios están relacionados con el consumo de tabaco, la polución, las características del hábitat, las modalidades de transporte y los trastornos de ciertas enzimas de carácter genético, resultará del todo interesante ir más a fondo en dichos mecanismos y descubrir cómo también interviene el factor humano.

En efecto, hay datos que apuntan hacia una mayor incidencia de asma, rinitis, fiebre del heno, en períodos de estrés y en estados emocionales negativos prolongados (Valdés y Flores, 1985).

Por ejemplo, en el caso del catarro común, éste es causado por un virus que hasta la fecha ha sido difícil de aislar, pero que aparentemente se desarrolla cuando ocurren cambios de resistencia en el huésped debidos a factores tales como la exposición al frío. En los últimos años se ha considerado que situaciones de tensión emocional juegan un papel de importancia en la precipitación de este padecimiento (De la Fuente, 1985).

El reporte de Saul sobre quince enfermos sujetos a tratamiento psicoanalítico por diversos motivos apoya este fundamento. El investigador encontró que todas las personas a las que observó sufrían la presencia de frecuentes resfriados antes del análisis, sin embargo, tres años después del mismo pocos o ninguno presentaba estos síntomas. También pudo descubrir que en nueve de los casos el factor psicológico implicado era la frustración de demandas receptivas inconscientes asociadas a la represión de hostilidad (*idem*).

Chiozza (1990), basado en muchas de sus investigaciones, ha llegado a la conclusión de que todos los trastornos de la respiración pulmonar son la expresión del afecto desaliento que, al no poder hacerse conciente, se ha deformado en su clave de inervación.

La intervención de las emociones queda más acentuada en el padecimiento del asma bronquial. El mecanismo de la disfunción en este padecimiento es el siguiente: en el ataque típico ocurre un espasmo del músculo involuntario de los bronquiolos, lo que constituye un obstáculo para la respiración que es mayor en la expiración que en la inspiración, con la consecuencia de que los pulmones se distienden y el enfermo tiene una dificultad cada vez mayor para expulsar el aire y poder inspirar de nuevo. A la dificultad inspiratoria se suman efectos secundarios como son la secreción de flemas espesas que son expulsadas lentamente y la congestión de la mucosa. La recurrencia de ataques conduce a cambios permanentes que faltan durante las primeras fases del padecimiento. Las fibras musculares de los bronquiolos reciben una doble inervación autonómica: impulsos vagales que producen la contracción de las fibras e impulsos simpáticos que producen su relajación (De la Fuente, *op. cit.*).

Tiempo atrás, Cannon demostró que los bronquiolos son sensibles a los cambios emocionales. Por ejemplo: en el miedo, estos tienden a dilatarse. Otras de las modificaciones que sufre el cuerpo y de las que se tiene conocimiento son las alteraciones de la frecuencia, el ritmo y la profundidad de la respiración que se presentan en los estados de miedo o angustia (Valdés y Flores, 1985).

El estudio de Faulkner puede ayudar a comprender mejor lo anterior. Este observador, usando un broncoscopio, investigó el estado bronquiolar de un enfermo en distintas situaciones emocionales. Su reporte manifiesta haber evidenciado que en estados de inseguridad y frustración se producen espasmos y estrechamientos de la luz bronquiolar, en tanto que en estados placenteros, inducidos por sugestión en el enfermo, se produce la dilatación de los bronquiolos. Esta observación es generalmente aceptada como una demostración de la influencia que estados emocionales ejercen en la constricción y dilatación de los bronquiolos (De la Fuente, 1985).

Por otro lado, el asma está ligada a otras condiciones con las que se presenta como unidad. La eczema, el asma y la fiebre de heno, son condiciones que una misma persona suele presentar en el curso de su vida, predominando el eczema en la infancia. Las crisis pueden desencadenarse por contacto, inhalación o ingestión de ciertas sustancias extrañas, a las cuales existe la posibilidad de que el sujeto se llegue a hacer inmune. Aunque nadie duda que la alergia juega un papel importante en la mayor parte de los casos de asma, cada día se presta mayor atención a los aspectos psicológicos, cuya participación ha sido reconocida de tiempo atrás (*ibidem*).

El asma, según afirma Chiozza (*op. cit.*), sería la principal enfermedad entre las que expresan el conjunto de fantasías correspondientes al desaliento de tipo espiratorio.

Ahora bien, en 1941 French y Alexander, en un estudio psicoanalítico, pusieron de manifiesto la participación en el asma de emociones que operan en combinación con factores constitucionales y alérgicos. Estos autores concluyeron que los enfermos asmáticos coinciden primero, en cuanto a que siempre muestran una gran dependencia en figuras maternas. Y segundo, se trata de sujetos que tienen una gran necesidad de ser amados y aceptados por sus madres, en los que los ataques se precipitan como respuesta a situaciones en las que simbólicamente se repite el peligro de verse separados de ellas. Los psicoanalistas hicieron alusión a que muy probablemente este peligro puede ser suscitado cuando impulsos hostiles o tendencias autónomas son activadas. Alexander y French sugieren, además, que el ataque de asma simboliza un ataque de llanto reprimido (De la Fuente, *op. cit.*).

Este punto de vista se ve reforzado por la observación de Schwöbel, quien en su estudio de 129 casos encontró que con frecuencia se trata de sujetos que tienen dificultad para llorar cuando sufren un choque emocional, y las de Harris y Rapaport, quienes confirman que un número significativo de niños tienen dificultad para llorar. Otra observación de Schwöbel es que en algunos enfermos las crisis asmáticas se desencadenan más fácilmente cuando se encuentran en una situación de conflicto psicológico, que cuando están en presencia de sus alérgenos específicos. Después de un tratamiento psicológico, los enfermos desarrollan, en la opinión del autor, mayor resistencia a los alérgenos (*ib.*).

Treuting y Ripley estudiaron, mediante entrevistas, a 23 varones y 28 mujeres afectados de asma, quienes fueron observados durante un largo período. Los autores piensan que, sin lugar a dudas, los ataques de asma están en relación con los problemas de la vida diaria. Cinco sujetos con reacciones al polen intensamente positivas no presentaron ataques en presencia del alérgeno, pero sí cuando se discutió con ellos aspectos álgidos de sus vidas. Los enfermos reportaron que sus ataques son precipitados frecuentemente por la cólera que, al no poder ser expresada, genera sentimientos de frustración. Cuando a estos enfermos se les dio una mejor oportunidad de ventilar sus sentimientos disminuyó la severidad de sus crisis. Todos los enfermos estudiados mostraron ser personas inseguras, con necesidades excesivas de afecto y protección por parte de figuras maternas. El conflicto más comúnmente encontrado fue la alteración de una situación de dependencia en figuras maternas (*id*).

Finalmente se puede decir que el factor humano juega un papel muy importante en el desencadenamiento de enfermedades respiratorias como las antes mencionadas.

2.6 Enfermedades dermatológicas

Un problema debatido en relación con la participación cutánea en los estados emocionales es si la piel puede o no llenar la función de descargar simbólicamente tensiones derivadas de conflictos emocionales.

A este respecto, Seitz (citado por De la Fuente, *op.cit.*) hace notar que, no obstante que la piel carece de inervación voluntaria, es indudablemente un órgano de expresión. Puede decirse que su posición es intermedia, ya que no es uno de esos órganos que por tener una inervación voluntaria son capaces de expresar simbólicamente estados psicológicos, y tampoco puede situarse entre los órganos vegetativos internos, a través de los cuales tales significados no pueden expresarse directamente.

De igual modo, Valdés y Flores (1985) habla de una relación entre variables psicológicas y sociales con la recrudescencia de enfermedades como el lupus eritematoso

sistémico, entre otras afecciones dermatológicas. En relación a esto, la experiencia clínica muestra que las reacciones vegetativas de la piel tienen un propósito y significado simbólico (De la Fuente, 1985).

En cuanto a las investigaciones modernas relacionadas con las neurodermatitis de tipo seco, éstas tienden consistentemente a relacionar estos desórdenes con conflictos en los que están implicados impulsos hostiles o sentimientos de hostilidad y de depresión y las exacerbaciones de la erupción cutánea. Levy, en sus enfermos con neurodermatitis, Seitz, en sus enfermos con escoriaciones psicocutáneas, y Miller, en sus enfermos con neurodermatitis seca, coinciden en afirmar que la represión de impulsos hostiles es el factor dinámicamente más significativo. Walsh y Kierland por una parte y Hubler por otra, usando diversas formas de psicoterapia, reportan buenos resultados con tratamientos relativamente superficiales, en los que la atención del terapeuta se concentra en los problemas actuales del enfermo (De la Fuente, *op. cit.*).

Respecto de la neurodermatitis de tipo húmedo, Kepecs y sus asociados se encontraron con que, usando un método original para investigar el fenómeno de la exudación en la piel (consistente en registrar la cantidad de exudado por unidad de tiempo en una ampolla producida por la aplicación local de cantáridas y que ha sido previamente vaciada), tanto en enfermos con padecimientos de la piel como en sujetos sanos, ocurre un aumento rápido en el nivel del líquido de las vesículas cuando el sujeto llora. Cuando el llanto es inhibido, se produce una baja inicial en el nivel del líquido. Sin embargo, si la inhibición continúa, nuevamente se produce un aumento (*ibid*).

La influencia de las emociones en las enfermedades dermatológicas es tal, que Saul y Bernstein consideran la urticaria psicogénica como el equivalente de un llanto hostil que se genera debido a la frustración de tendencias dependientes (*id*).

Desde años atrás es bien sabido entre los dermatólogos que las verrugas pueden ser curadas por medios psicológicos. Aunque el trastorno es causado por un virus, su aparición y desaparición está muy influida por las emociones (*ib*).

Haber analizado las enfermedades antes mencionadas tomando en cuenta al factor humano, nos permite ver a la salud y a la enfermedad como cuestiones que competen a cada cuerpo en particular, por lo que el mantenimiento de la salud es también un asunto individual. De ahí que, Doseey (1986) diga que lo que cada uno haga por mejorar o por destruir su propia salud es algo que solamente a él le concierne.

Por otro lado, si se hiciera un análisis médico-biológico de las enfermedades anteriores, la concepción de salud sería un cuadro fijo, una colección fija de elementos de información: electrocardiogramas, curvas de tensión, índices medidos en laboratorio de enzimas hepáticas, de azúcar en sangre y de funcionamiento renal (*id*).

De esta manera, la experiencia misma de la salud queda reducida a unos datos muertos que parecen tener más valor para asegurarnos de que estamos sanos, que la experiencia misma de la salud como tal.

Sin embargo, ya se trate del retorno a la salud física o a la psicológica, la aceptación de los fenómenos internos y externos, la determinación tranquila y la esperanza razonada, son algunas de las mejores garantías para dicho restablecimiento (Passebecq, 1987).

Respecto a un concepto de salud diferente, Dossey (1986) nos presenta la idea de que la salud posee una cualidad cinética. Dicho concepto hace alusión a la inactividad como un campo abonado para la enfermedad; de hecho, habla de que mantenerse activo es una forma de favorecer la propia salud en todas las edades.

Ése a que alude a la escasa evidencia clara de que la actividad física prolongue la duración de la vida, menciona que pocos son los médicos que discutirían que es algo que favorece a la salud. De este modo, el movimiento podría ser una de las claves en un concepto teórico coherente de la salud concebida como armonía —entendiéndose por armonía como la fluidez de movimiento de todas las partes interdependientes, una corriente incesante de flujos intercorporales— (*id*).

Además, haber analizado las enfermedades antes mencionadas tomando en cuenta al factor humano, deja al descubierto otros aspectos involucrados en las enfermedades psicosomáticas, uno que ya se ha estado abordando y referente a lo que significa para la persona estar enferma, y otro muy relacionado e influido por el anterior; lo que piensa la persona respecto de la enfermedad y los profesionales que pueden ayudarla.

Sin embargo, el deseo y la creencia es más o menos inaccesible para un psicólogo, y más para el médico, si sólo se interesan por las manifestaciones más obvias, inmediatas o físicas, ya que entrar o tener acceso al deseo y creencias de la persona implica ir al centro de los valores de una persona.

De ahí que la medicina, y también podríamos agregar, a la psicología, han pagado elevadísimos precios por no poder dar cuenta adecuadamente de la naturaleza personal de las enfermedades. Por ejemplo ¿cómo entender y mitigar el sentimiento de culpa, o bien, qué hacer ante el horror que les provoca a las personas la idea de que pueden ser culpables de sus propias enfermedades?

Ahora bien, lo que cree un paciente puede ser el factor decisivo en su enfermedad. Esto no es de sorprender, dado que su propia capacidad de recuperarse es siempre primaria; todo lo que hace un médico, incluyendo la cirugía más avanzada o el medicamento más potente, es secundario. Gran parte del crédito que va al arte de la medicina debería ir al arte del factor humano.

Y aquí entran algunas de las emociones positivas que sólo se mencionaron y que hacen alusión al factor humano, como la alegría, el entusiasmo, la felicidad, la esperanza y la satisfacción de vivir y por vivir.

Por ejemplo, antes de que las derivaciones se convirtieran en la cirugía preferida para las enfermedades cardíacas, hubo mucho éxito con un procedimiento anterior llamado implante intramamario. La forma en que funcionaba era la siguiente: se localizaba una de las arterias que alimenta a los pechos con sangre, la arteria intramamaria. El cirujano la pescaba y la curvaba hacia el corazón, luego la cosía en una posición para que alimentara

con sangre al corazón en lugar de las arterias coronarias, que estaban tapadas. Este procedimiento complicado requiere de abrir las costillas en el esternón y exponer el corazón; sólo se practicaba en pacientes con enfermedad cardíaca avanzada. Aunque mejoraban durante un tiempo, sus severos dolores disminuían o desaparecían por completo (Chopra, 1994).

Es sobresaliente la idea que tuvo un cardiólogo de tomar angiogramas de los vasos cardíacos después de la cirugía. Las imágenes mostraban que las arterias intramamarias se tapaban con placa muy poco después de que los pacientes regresaban a casa, a veces unos cuantos meses después o incluso apenas semanas. La cuestión ahora era ¿por qué un porcentaje de estos pacientes no tenía síntomas? Nadie lo sabía. Luego un cirujano decidió realizar un implante intramamario sin el implante, esto es, tan sólo abría las costillas, exponía el corazón y luego cerraba al paciente.

Los resultados fueron aún más intrigantes que los anteriores. Cierta porcentaje de los pacientes se sentían tan bien, en promedio, como aquellos a quienes se les practicaba el verdadero procedimiento (*ibid*).

Otros estudios han demostrado que la actitud psicológica en caso de un ataque al corazón influye en las posibilidades de supervivencia, aún ya estando en la unidad de coronarias de un hospital. Más aún, observaciones han demostrado que pacientes que sufren de cáncer de mama por metástasis, y que además son personas asertivas, violentas e irascibles, viven más que las afectadas de la misma enfermedad, pero que son pasivas (Dossey, 1986).

Es claro que en todos los casos anteriores funcionó el deseo de curarse, aquello que tiene que ver con el entusiasmo y la esperanza por vivir; aunque en el primer caso se nota, además, la influencia de la creencia de los pacientes en que la operación era la solución a su problema.

La mayoría de los médicos podría admitir esto; pero como la facultad médica ha entrenado su manera de pensar y de actuar de un modo automatizado y mecánico, para

recetar tratamientos concretos, lo que hacen ante tales fenómenos es sentirse abrumados, en la espera de encontrar un diagnóstico seguro y no especulaciones sombrías.

Pero al parecer la naturaleza juega bromas con este esquema; los diagnósticos sólidos de ayer son cada vez más blandos. En la actualidad se cree que casi cualquier enfermedad esté involucrada con lo que siente, desea y piensa el paciente. Aun así, en lo que la gente confía es en las herramientas de la medicina: escalpelos y medicamentos, hospitales y aparatos. ¿Quién quiere depender de un recurso tan débil como un simple deseo o creencia del paciente? (Chopra, 1994).

Este hecho se hace evidente en los casos en los que, al agotarse todos los métodos concretos y científicos habidos y por haber, se recurre a dos explicaciones: al efecto placebo y al "curso natural de la enfermedad".

El efecto placebo es un fenómeno clínico muy corriente en medicina. Desde hace mucho tiempo se sabe que hay muchos pacientes capaces de responder positivamente a cualquier tipo de tratamiento, aunque se trate de un medicamento tan inocuo como una píldora de azúcar. Este tipo de respuesta no ha sido nunca bien vista por parte de los investigadores en medicina, pues realmente resulta enojoso. Cuando se administra una medicina a un enfermo, es difícil saber si la respuesta del paciente se debe al efecto de la medicación o es una evidencia del efecto placebo. La investigación médica ha diseñado por ello una serie de métodos ingeniosos para tratar de anular de algún modo esa posibilidad (Dossey, 1986).

Una de las propuestas ingeniosas que han formulado los médicos, es la que parte del supuesto de que toda respuesta del paciente debida al efecto placebo no hace sino evidenciar que el problema objeto de tratamiento era de algún modo irreal. Por consiguiente, y debido a que es algo que sólo existe en la imaginación del paciente, carece de importancia para el estado general de salud del sujeto; en otro caso, se afirma, no habría respondido positivamente al placebo. Todo ello queda resumido en la frase predilecta del médico: "lo que se cura con la mente sólo puede existir en la mente" (*id*).

Otro eufemismo muy comúnmente usado en medicina desde hace mucho tiempo es hablar del "curso natural de la enfermedad". Supuesta una determinada enfermedad, como un cáncer de mama que se ha extendido por el resto del cuerpo, se sabe que las pacientes sobreviven durante un período de tiempo que abarca un amplio espectro. Algunas mueren a las pocas semanas de manifestarse la enfermedad, mientras que otras pueden durar años. Incluso constan casos de metástasis de cáncer en que se consigue una total regresión, y aún desaparición del mismo, sin volver nunca más a aparecer, por encima y en contra de toda posibilidad diagnóstica (*idem*).

Según un estudio realizado en 1985, las remisiones espontáneas ocurren en uno de cada veinte mil casos de cáncer. Algunos especialistas piensan que son incluso más escasas (menos de una en diez millones), pero nadie puede dar una cifra exacta (Chopra, 1995).

Este tipo de remisiones o curaciones espontáneas es raro, pero ciertamente no se trata de algo inusitado. Los médicos y los cultivadores de la ciencia médica se refieren de un modo general a este tipo de fenómenos cuando hablan de la historia natural de ésta y otras enfermedades. De hecho, la medicina moderna siempre contiene este tipo de referencias cuando describe las diversas enfermedades (Dossey, 1986).

Por otro lado, es notorio que "el curso natural de la enfermedad" es una expresión que cumple en medicina el papel de un cajón de sastre, con un sentido primordialmente estadístico. La variedad de resultados se atribuye simplemente a la variabilidad fisiológica de los seres humanos; pero este cajón de sastre, usado como explicación, adolece de un escaso valor probatorio. Atribuir la diversidad de respuestas terapéuticas y la variabilidad del curso de la enfermedad meramente al hecho de que los pacientes son fisiológicamente distintos, es esquivar el problema. Esta explicación descuida, por ejemplo, el hecho conocido de que la diversidad de respuestas fisiológicas humanas depende en gran medida del influjo de las emociones y la conciencia, cosa que es más que obvia para todo aquel que esté familiarizado con el tipo de fenómenos que ocurren cada día en un laboratorio de biofeedback, por ejemplo (*idem*).

Otro aspecto en el que se manifiesta la importancia del factor humano en el surgimiento de la enfermedad es el efecto "nocebo", que se equipara con el término placebo, ya conocido. Nocebo es la creencia por parte del médico de que el paciente no se mejorará. Si esta creencia es lo bastante fuerte, ocurre lo inevitable: no hay recuperación (Chopra, 1994). De este modo el miedo que reflejen los ojos del médico equivaldrá a un terrible golpe condenatorio.

Retomando nuevamente la influencia de las emociones positivas del paciente, encontramos que, pese a la renuencia de los médicos por sondear las emociones personales de un paciente, las sienten. La conclusión a la que llega un oncólogo y profesor en uno de los hospitales de enseñanza en Boston, apoya esto. Según este médico, había desarrollado una intuición acerca de pacientes, que le permite predecir sus expectativas desde el primer momento en que entran por su puerta. Descubrió dos tipos de pacientes, aquellos que responden a su cáncer con valor y voluntad y aquellos que luchan sin esperanza (Chopra, 1995).

Aún cuando ambos grupos parecen tener síntomas iguales, en realidad es como si se tratara de dos males distintos; incluso este oncólogo habla de que el primero es curable y el otro es fatal.

En el caso del bombero antes mencionado, que murió de un ataque al corazón, se encuentra que él en realidad estaba trabajando en forma directa a través de su creencia de estar enfermo, de tal modo que sus pensamientos pudieron disparar sustancias en el cuerpo que son sutiles y, sin embargo, potentes (*ibid*).

De ahí que, si las emociones en general influyen en la somatización, por ende influyen en el restablecimiento y/o mejoramiento de la salud. Tener presente este hecho puede ayudar además en la prevención de la somatización.

Antes de hablar de una propuesta para abordar a las enfermedades psicosomáticas, es necesario ahondar un poco más en las fallas en las que han incurrido tanto de los médicos como los psicólogos, dos profesionistas a quienes se les ha delegado (aunque es

evidente que a unos más que a otros) la tarea de aportar beneficios a las personas demandantes de salud.

Algo que han pasado por alto los médicos, es aquello de lo que habla Dubos (1975), en *El espejismo de la salud*, quien refiere que los médicos de antaño, además de confiar en la naturaleza como ayuda para combatir a las enfermedades, inspiraban confianza a sus pacientes.

Asimismo, Passebecq (1987, p. 41) menciona que, en opinión de Hipócrates, "el que inspira confianza es el que obtiene las mejores curaciones".

Hipócrates afirmó, además, que un paciente que se halle mortalmente enfermo puede recuperarse si cree que su médico es bueno. Son innumerables los estudios modernos que corroboran esto, mostrando que la gente que confía en su médico y se abandona a sus cuidados, tiene mayores posibilidades de recuperación que aquéllos que ven la medicina con desconfianza, miedo o animadversión (Chopra, 1994).

De igual modo, al psicólogo se le ha olvidado, o simplemente ha minimizado, el hecho de que la dolencia física externa del paciente es la transformación exteriorizada de su sufrimiento interior, un mal que le asfixia, le aplasta y le cerca. Ello hace que la enfermedad adquiera una profundidad interna, que para ser tocada habrá que excavar y revivir la abertura interna, solicitando de manera imperiosa, y reactivando, el juego simbólico (Prigent, 1982).

Ahora bien, si no se hace esto, si no se le ayuda a la persona y se le deja en su contentamiento de tratar de huir, de olvidar y negar su sufrimiento, manteniéndolo a distancia, rechazándolo como parte integrante de su historia y de su ser, se habrá fracasado.

De hecho, las enfermedades llamadas crónicas o las reincidentes lo son porque no han sido entendidas en su hondo sentido; haberlo hecho supondría un adecuado cambio de actitud, la conversión oportuna. Pero al no haber sido captado su mensaje profundo, se ven

obligadas a repetirse sin tregua, como el niño a quien sus padres no quieren escuchar y que martiriza a todo el mundo con su insistencia.

Bastaría, como lo menciona Prigent (1982), prestar un poco de atención a lo que dice el paciente para que cese su fatigosa verborrea.

Otro aspecto que limita a la medicina es su característica inminentemente reductora e imperialista por naturaleza, que hace de la medicina una ciencia del hombre, capaz de explicar, conocer y modificarlo todo salvo el misterio humano; en otras palabras, lo esencial. No obstante, fingen abarcar los problemas referidos a la salud y a la enfermedad, delimitar las cuestiones implicadas, dominar el tema, sin ceder, claro está, al terreno a las sombras que generan la angustia.

A pesar de todo, no se puede recriminar sólo a los mecánicos de la salud, sino también a aquellos (gran parte de la sociedad, lamentablemente) que demandan profesionistas de la salud equivalentes al administrador empresarial que conoce a fondo del negocio. Exigen, incluso, que, tal como la mecánica no tiene secretos para el ingeniero, cada momento de su vida sea previsible y controlable, que su historia se comporte como un automóvil; acelerar aquí, frenar allá, con cada movimiento calculado al milímetro. Lo peor del caso es que no sólo aprueban, sino que buscan a esos "maestros del saber" que les hacen olvidar que su mal tiene algo misterioso que decirles, algo íntimo y, perturbador sobre ellos mismos.

Alimentados por una sociedad temerosa de su realidad, los médicos pretenden que la inteligencia eclipse las incertidumbres de la historia. Y si la ciencia médica puede "robar los amores y las penas", es, indudablemente, porque existe una complicidad entre el ladrón y su víctima (*idem*).

Ante todo esto ¿qué clase de discurso puede elaborarse en una consulta en la que no se oye más que lo que se quiere oír y en la que se nos habla según escuchamos? Es obvio que una atención fría remite a un discurso frío; otra cálida y armoniosa a una profunda y productiva.

Y ¿qué es, sino fría, la consulta que se basa en un interrogatorio sobre los síntomas, procurando evitar toda subjetividad? ¿Cómo interpretar la irritación que siente el médico, si en las respuestas de los pacientes hay una cierta imprecisión? ¿Qué hay del determinado empleo del lenguaje que deja entrever a un ser distinto al hecho en bruto, al doliente elemental, único aspecto analizable por la razón y el saber? Y ¿qué pasará si las respuestas del paciente filtran algo simbólico, imaginario, cualitativo o metafórico, y la subjetividad hace irrupción en la mecánica de detallar síntomas y articularlos en enfermedades? Inmediatamente se le hará saber al paciente que no se está ateniendo a las reglas del juego y que no cumple debidamente su papel.

Lo anterior explica la persistencia del médico de transmitirle la idea al paciente de que un dolor no debe sentirse demasiado vivamente; le tiene que quedar bien claro que tampoco ha de experimentarse con excesiva hondura, y mucho menos debe expresarse con demasiada riqueza, porque se volverá sospechoso, y, en consecuencia, insignificante para una perspectiva meramente técnica.

Quizá aquí pudiera entrar el psicólogo en acción; pero ¿cómo ha de hacerlo, si también se le olvida considerar en su totalidad a la persona que demanda su ayuda, además de que la mira con desconfianza?

Por el contrario, si se ve al ser completo que se tiene enfrente y se le ve con confianza, se posibilitará que el paciente, aunque no se dé cuenta de lo que revela, e incluso, aunque en ocasiones ignore que se trata de una revelación, perciba implícitamente el sentido de su iniciativa.

La intervención de los médicos ante las historias de esos seres apesadumbrados es inquisitorio. Por ejemplo, cuando a las personas les duele la cabeza o la espalda, en principio eligen consultar a un eminente especialista, muy cualificado, el cual dispone de un servicio hospitalario provisto de un equipo técnico con los últimos adelantos y con un personal formado para detectar en el cuerpo humano lo infinitamente pequeño, parcial y sutil. Ante ese dolor de cabeza o de espalda, el doctor y su equipo despliegan un procedimiento inquisitorial destinado a encontrar lo que el paciente tiene y no lo que es,

cuando es el caso que lo que a veces en realidad demanda el paciente es un escucha diferente, cálido e interesado en su discurso (*id*).

Para convencerse de esto, basta con observar el profundo desmoronamiento junto con el sentimiento de desilusión que acompaña a menudo a aquellos a quienes los médicos han escuchado desde fuera, con esa precisión científica irreprochable que pretende que los seres humanos sean tan simples como las cosas y tan sencillos como los esquemas racionales.

Se entiende por eso que la medicina convencional se tome la molestia de colocar a las enfermedades en cajas bien clasificadas, para poder proporcionar diagnósticos en los que el elemento personal ha sido "eliminado".

Pero ¿han podido los médicos realmente eliminar al factor humano de sus diagnósticos? ¿Son las emociones algo tan insignificante como un accesorio que se puede quitar y poner a placer? ¿Es el factor humano tan inferior al capricho del médico que no habrá más remedio que supeditarse a sus órdenes y desaparecer, si se le pide?

Los hechos demuestran que ninguna de las cuestiones anteriormente planteadas son así. Pues bien, es un hecho que todo médico experimentado ha visto pacientes que murieron de un diagnóstico (Chopra, 1995). Algunos otros han visto cómo la angustia causada por un falso diagnóstico puede hacer nacer entonces en la persona una afección psicósomática (Passebecq, 1987).

Esto nos lleva a la conclusión de que el cuerpo puede vivir con los síntomas, pero emocionalmente no puede con las malas noticias. Algo en ellos puede no querer la recuperación o creer en ella. Además de todo esto, surge una cuestión más profunda aún: se ansía la regeneración, pero al mismo tiempo se le teme. Aprender a sobreponerse a este temor requiere de la reflexión; de hecho, esta cuestión subyacente en muchos casos puede ser objeto de un análisis posterior.

Un caso que ejemplifica lo anterior es al que hace alusión Chopra (1994), de un paciente con cáncer pulmonar que vivió durante cinco años sin problemas, con una lesión del tamaño de una moneda en sus pulmones. Es sobresaliente mencionar que el paciente ni siquiera sospechaba que fuera cancerosa, y como tenía más de sesenta años de edad, la lesión crecía poco a poco.

No obstante, tan pronto como se le dijo que la lesión parecía relacionarse con cáncer pulmonar, se volvió terriblemente nervioso. En menos de un mes comenzó a toser sangre y murió tres meses después. En este caso se nota claramente cómo el paciente pudo vivir con su tumor, pero no pudo vivir con el diagnóstico.

La observación que hace Passebecq (1987) resulta muy conveniente, ya que menciona a los nombres de las enfermedades como potencialmente aterradores, y además habla de que el uso frecuente del diccionario médico y los comentarios relativos a la enfermedad y a los pretendidos medios de curación hacen más daño al género humano que las enfermedades en sí, sobre todo porque influye para que los pacientes se obsesionen con sus "desgracias", se compadezcan de sí mismos y se sugestionen en sentido pesimista.

De este modo, si se reaccionara ante el cáncer como si no fuera una gran amenaza, igual que se reacciona ante la gripe, se tendrían las mejores oportunidades de recuperación, pero un diagnóstico de cáncer hace que cada paciente se sienta totalmente anormal y predestinada.

Así, el diagnóstico mismo inicia el círculo vicioso, como una serpiente que se muerde la cola, hasta que desaparece por entero (Chopra, 1994).

De ahí que sea preferible sugerir el optimismo y la confianza, en lugar de adelantarte al paciente todos los padecimientos que tendrá como consecuencia de la enfermedad que tiene.

Entonces, ¿se puede decir que curar la soledad, por ejemplo, es curar el cáncer? Podría ser, pero en una medicina y terapia esencialmente distinta de la que hoy se practica,

en la que el interés sea más por el paciente que se tiene ante sí, que por las enfermedades de éste (*id*).

Todo esto quiere decir que entonces la medicina es un tirano, que además de todo no sirve para nada. ¿Acaso no importa saber que la jaqueca es un espasmo de las arterias meníngeas con trastornos del metabolismo de la serotonina y que la alivian medicamentos muy específicos? ¿No se espera de la medicina justamente que una persona que tiene una jaqueca deje de padecerla? (Prigent, 1987).

Más aún, ¿la respuesta y solución para todo es consultar a un médico o psicólogo excéntrico, humorista y poeta, ya que sólo ellos pueden entender útil, sabia y generosamente la queja de los hombres?

Pues bien, es un hecho incuestionable que la medicina, en cuanto ciencia y técnica, posee la utilidad de hacer que se desplace o “en el mejor de los casos, que desaparezca” el síntoma o el trastorno molesto, además de que puede devolver a la vida activa a individuos que sin ella estarían más o menos desgajados del mundo, capacitándolos para vivir.

Hay que ser lúcido, en consecuencia, y admitir que la medicina nos ayuda a vivir, del mismo modo que una compañía de ferrocarriles nos facilita la existencia, pero no nos indica de qué cosas puede llenarse; igual que el encargado de los ferrocarriles está en su puesto para vender billetes y encaminar al viajero, pero nada dice sobre los lugares a donde puede llevarte. Compete al usuario saber si utilizará los trenes y las estaciones para visitar los Alpes o Bretaña (*id*).

Quizá sean suficientes las fallas hasta aquí mencionadas, como para proponer a partir de éstas una propuesta diferente para abordar a las enfermedades psicosomáticas.

Ya se ha mencionado que, con base al lineamiento que sigue la medicina convencional, para un hematólogo, por ejemplo, poco importa que el paciente esté tenso, demasiado preocupado, lleno de sustancias dudosas y aterrorizado ante el pensamiento de que va a morir. En cambio, para un profesional holista, éstos son componentes

fundamentales de la enfermedad, que han incidido sobre el nivel donde se convierte en persona.

De este modo, al admitir que las emociones juegan un papel importante en la visión del mundo, hasta los aspectos más corrientes de la relación del médico con el paciente, harán forzosamente necesario un cambio radical de perspectiva, que implicaría, desde luego, un cambio en la actitud general ante un examen médico físico ordinario. Si se parte de una visión amplia y total del ser humano, se llegará a la conclusión de que no es posible hacer un examen físico; además de que, como lo menciona Dossey (1986), el error del paciente que cree que le están haciendo uno, sólo queda superado por el del médico que cree que se lo está haciendo. Es imposible, aún por principio, hacer un examen exclusivamente físico del cuerpo, ya que, quien toca el cuerpo, toca todo el ser; y todos los exámenes, pruebas de laboratorio y estudios diagnósticos, abren una ventana a la psique no menos que al soma del individuo.

Posiblemente no todo médico se ha encallecido ante las emociones y el dolor humano, y se preocupe sinceramente por la situación, pero su línea de acción mecanicista no le alcanza para cubrir esta necesidad. Chopra (1994) opina que quizá lo que pasa es que no se puede demostrar que exista una conexión entre su disfunción física específica y el hecho de que un paciente presente estados de ánimo positivos o negativos. Y esto es porque se ha llegado al límite en que deja de ser aplicable la noción newtoniana de causa y efecto, que forma la base de la medicina científica convencional.

Cabe señalar que no necesariamente las dos medicinas son antagónicas, pero por el momento es claro que apuntan en direcciones opuestas. De hecho, cualquier medicina puede funcionar de modo preponderante ante otra, si reconoce la necesidad de curar a los pacientes curando su realidad primero.

Asimismo, la lección que podemos sacar de todas las fallas anteriores es la siguiente: por lo que respecta a estrategias de salud, las mejores son las que nos hacen más sabios. Toda intervención en relación con la salud que no aumente nuestra complejidad

psicofísica ni nuestra sabiduría interior para afrontar las perturbaciones que la amenacen, pertenece a un orden terapéutico inferior (Dossey, 1986).

Es por ello que los profesionistas de la salud han de ayudar al paciente a aprender a mirar tan profundo como le sea posible para hallar lo que su propio ser les está pidiendo o reclamando; entender que no yacen con su cuerpo o sus creencias; que es posible que éstas cambien, y a fin de cuentas, desaparezcan si les es necesario.

Tratar que la gente no esté tan convencida de su enfermedad también será un elemento fundamental; esto se debe a que mientras más esté convencido el paciente de sus síntomas, mayor será el atrapamiento que tenga en una realidad en la que estar enfermo es el elemento predominante.

Chopra (1994) destaca esto al hablar de la importancia que tiene el restablecimiento del equilibrio de lo que siente, piensa y desea la persona y su cuerpo, con la respuesta adecuada del sistema inmunitario del ser humano.

Y es que cuando alguien es simplemente un "paciente de cáncer" (por citar alguna enfermedad) y no él mismo, la compleja cadena de la respuesta inmunitaria ya no trabaja con gran celo para restablecerse y rechazar o pelear (por ejemplo) con el enemigo, sino que se deja vencer agravándose así la enfermedad.

Otro factor que puede contribuir al progreso en la intervención de los profesionistas de la salud, es tener muy presente que toda la medicina funciona cuando ayuda al paciente a "vivir" durante su enfermedad, momento a momento hasta que el equilibrio regresa. Resulta difícil explicar específicamente el término vivir en este contexto, dado que el proceso no sucede en lo escrito sino en las personas vivas (*ibid*).

Huelga decir que ninguna aproximación científica racional propicia la actitud sensible y gozosa. Sin embargo, y por extraño que parezca, el tono que mejor se presta a la presentación y expresión de ese mundo simbólico de la enfermedad es el de la sensibilidad, el humor alegre, bromista y amable (Prigent, 1982).

Una luz de alerta para los profesionistas de la salud pudiera estar representada por cualquier temor manifiesto u oculto de enfermedad (efecto nocebo abordado anteriormente), cualquier rechazo hacia el paciente, o cualquier aferramiento a la autoridad.

Por otro lado, dejar de considerar la consulta como un comercio común, y verla como un arte, redundará en grandes beneficios para ambas partes.

Si ya ha quedado demostrado que la salud depende en gran parte de uno mismo y que una vida llena de emociones negativas traerá problemas somáticos, es claro que han de evitarse las emociones y actitudes negativas como la angustia, la apatía, ansiedad, la ira, el odio, los celos, el orgullo, etc., que provocan una pérdida nociva de las fuerzas nerviosas.

Además, han de estimularse las emociones positivas como el buen humor, la alegría, la esperanza, el optimismo, que permitirá considerar todas las experiencias como favorables y de provecho, y no como motivos para agobiarse y/o estresarse. Toda experiencia, incluso la que parezca negativa, es favorable si se sabe extraer de ella una enseñanza útil para el porvenir. Atormentarse constantemente respecto del pasado, haya sido positivo o negativo, implica estancarse tonta e innecesariamente. Mirar cara a cara, objetivamente y sin ansiedad, las situaciones en que se encuentra implicado es más sano y productivo.

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

CAPÍTULO 3

ESTADOS EMOCIONALES. ASPECTOS GENERALES.

Es notorio que la mayoría de las personas no puede dar respuestas precisas a interrogantes como ¿está hastiado, o sencillamente cansado, se siente sólo o deprimido, cuán cerca está de la desesperación, se siente más colérico o apático?, o sencillamente ¿cómo se siente exactamente?

La mayoría de las personas no son expertas en identificar o tratar con sus emociones; esto puede ser debido a que a menudo las reprimen, y han hecho también la tarea de reprimir la conciencia de sus respuestas más íntimas a las otras personas y a las situaciones, de tal manera que la propia persona ya no sabe realmente qué es lo que siente respecto a tal o cual situación; así, alguien puede estar colérico, aburrido o deprimido sin saberlo.

Además de lo anterior, es difícil estudiar la esfera emocional del sujeto, ya que los procesos emocionales se desmiembran y aíslan con gran dificultad del múltiple conjunto de los procesos psíquicos; puede decirse incluso que estos procesos tienen carácter mixto en el sentido de que no se producen en forma "pura", aislada (es decir, primero un sentimiento, luego otro, después un estado de ánimo, etc.); muchos de ellos se desarrollan conjuntamente. Además hay un constante tránsito de una forma de procesos emocionales a otra. De ahí la gran variedad de los procesos emocionales. De hecho se incluyen en esa esfera estados de ánimo, vivencias episódicas, sentimientos estables, afectos, etc. (Jakobson, 1960).

A decir verdad, definir con claridad las emociones, tanto negativas (que van desde el aburrimiento hasta la desesperación) como positivas (que pueden ir desde el entusiasmo hasta un ataque de júbilo), es particularmente difícil. Haciendo alusión a esto, Keen (1994, p. 54) mencionó: "a medida que penetramos en el país de la noche, se vuelve cada vez más oscuro".

Y es que, como el propio sustantivo latino *motio*, utilizado para referirse a la emoción, lo indica, dicha palabra significa e implica movimiento (André, 1997).

Asimismo, debido a la "fluidez" de los procesos emocionales sus manifestaciones varían y sus cualidades se hacen más diversas. Existen estados afectivos muy claros que pueden ser comprendidos por cualquier persona, pero hay también vivencias de sentimientos superiores (morales) que apenas si se manifiestan en síntomas de expresión externa y exigen para ser comprendidos una fina interpretación, tanto de los datos directos como de los indirectos que se refieren a las peculiaridades del carácter, a los hábitos, a la conducta, etc. (Jakobson, 1960).

Ahora bien, al hablar de las dificultades del estudio de la esfera emocional, no se ha querido decir que sea imposible, ni mucho menos que sea imposible conseguir en esa rama de la psicología resultados favorables.

Tiempo atrás, cuando dominaba la psicología introspectiva (basada en los datos del autoanálisis), se consideraba que la fuente primordial de los conocimientos acerca de la vida emocional (incluso en los experimentos) eran los testimonios dados por el sujeto sobre sus sentimientos y vivencias; sin embargo, cuando apareció en una etapa determinada del desarrollo de la ciencia la así llamada psicología "objetiva", que basó su estudio en los datos obtenidos independientemente del testimonio del sujeto, la fuente primordial fueron las peculiaridades y síntomas de la conducta exterior (*idem*).

Es un hecho que tanto un sistema como otro pecan de unilaterales. En efecto, el individuo es un ser social que expresa sus emociones, tanto en las particularidades exteriores de su conducta como en sus manifestaciones verbales. De ahí que todos estos datos constituyan un todo que sólo muy convencionalmente se puede fraccionar (*id*).

Pero ¿a qué refiere el término "emoción"? Pues bien, en general hace alusión a sentimientos tanto positivos como negativos, tales como alegría y tristeza, entusiasmo y depresión; también lo son la pena, la ansiedad, la frustración, o los sentimientos de felicidad, de impotencia, de esperanza y de satisfacción, aquello a lo que algunos autores han denominado como "el factor humano" (Dossey, 1986).

Passebecq (1987) define las emociones como la "energía psíquica interior, constituida por procesos dinámicos complejos". Según dicho autor, la fuente de las emociones es tan compleja como el proceso por el que los prótidos o los hidratos de carbono se transforman en células corporales, y, así como los progresos de la investigación permiten desvelar los misterios del metabolismo, también pueden ayudar a ver más claro el complicado proceso de la vida emocional.

La importancia que concede Keen (1994) a las emociones se evidencia cuando las menciona como el mayor determinante de la energía personal, dado que influyen en las actitudes, la autoimagen, la sensación de valía de la persona.

Haciendo referencia al carácter de la propia actitud emocional, Jakobson (1960) dice que éste se distingue ante todo por su intensidad, estabilidad o inestabilidad; por ello una emoción puede ser también una actitud fría, o, por el contrario, apasionada, tener cariz positivo o negativo. Aclara que es indudable que no todos los fenómenos son objeto de una actitud emocional estable, ya que algunos de ellos son para el individuo concreto relativamente indiferentes, produciendo sentimientos leves y/o episódicos, y sin embargo, hasta éstos en ciertos periodos de su vida pueden afectarle profundamente, despertando en él intensas vivencias que pueden ser objeto de un sentimiento duradero.

Al igual que Jakobson (1960), Passebecq (1987) menciona que una de las formas por las que se puede estudiar las emociones es mediante las modificaciones fisiológicas que provocan en el organismo. En correspondencia con esto, se sabe que cuando experimentamos una emoción negativa, todo el cuerpo se pone en estado de tensión fisiológica, la cual con frecuencia es súbita e intensa; aún en el caso de que la intensidad sea menor, se manifiesta de forma crónica y continua. El grado de tensión dependerá de la intensidad de los sentimientos, así como la duración de la tensión dependerá de la duración de éstos.

Estas modificaciones de la actividad vital del organismo durante unos u otros estados emocionales son accesibles a la investigación, puesto que se manifiestan claramente en la alteración del pulso, en el palidecimiento, rubor, salivación, entre otras, lo

que ha permitido plantear el estudio de esas modificaciones en relación con los estados emocionales.

Y es que todo el mundo reconoce la influencia de la emoción en las lágrimas, en la secreción del sudor, en el color del rostro y en la temperatura de las manos; asimismo, la mayoría de las personas han sentido el corazón desbocado por la emoción o el pánico del horror (Dubos, 1981).

Alteraciones en la respiración y las curvas del pulso se estudian desde antiguo y sistemáticamente, pero debido al perfeccionamiento de los métodos de investigación fisiológica del organismo humano, en los métodos de estudio de las emociones se han empezado a incluir datos sobre las modificaciones de la presión sanguínea. Otro factor en las investigaciones es el empleo de métodos de estudio de diversas clases de funcionamiento secretorio, y en relación con ello, el estudio de la composición química de la sangre (Jakobson, 1960).

Esas variaciones de la actividad vital del organismo, objeto de numerosas investigaciones, han permitido realizar trabajos consagrados al estudio de las alteraciones en la composición química de la sangre, carácter de las secreciones y biocorrientes durante los procesos emocionales en las situaciones más diversas, esto es, de diferente agudeza emocional y de variados estímulos, a fin de obtener una mayor cantidad de datos comparativos (Aller, et. al., 1996).

Se ha observado, además, la tendencia de pasar del estudio aislado de algunos síntomas de la alterada actividad vital del organismo (sólo la curva de la respiración, sólo la presión sanguínea, etc.) al estudio conjunto y simultáneo de esos procesos con ayuda de aparatos como el fotopoligrafo de Dairrow, que registra simultáneamente el carácter de la respiración, la curva del pulso, la presión sanguínea, el reflejo psicogalvánico, el temblor de la mano si es preciso, y el tiempo de la reacción verbal (Jakobson, *op.cit.*).

Existen también formas de registro simultáneo de otros síntomas fisiológicos, como son por ejemplo la resistencia eléctrica de la piel, las biocorrientes del cerebro y el funcionamiento del corazón (*ib*).

Así, pues, muchos métodos de investigación fisiológica y neurobiológica del organismo se aplican al estudio de procesos emocionales. Han confirmado lo que intuitivamente dijo Pascal: "el corazón tiene razones que la razón ignora" (Simon, 1997).

Hay que señalar, sin embargo, que el estudio de las alteraciones fisiológicas tiene importancia real para la investigación psicológica de los estados emocionales sólo si se tiene presente y se confronta lo que representa para el propio individuo cada estado emocional. Indagar sobre el carácter de los procesos emocionales en el propio sujeto, esto es, que le implica, que le provoca, o que le evoca, entre otras cosas, la sensación de alegría, tristeza, pena, cólera, asco, desprecio, ira, inquietud, temor, etc., es fundamental, ya que de otro modo será incierto e inútil el resultado de los estudios efectuados, puesto que se habrá obtenido una simple deducción estadística en la que no habrá cabida para los casos especiales y particulares.

Todo esto evidencia una esfera de estudio especial que tiene que ver con el problema de cómo interpreta el sujeto sus estados emocionales y los de otras personas, lo cual, a su vez, como ya se mencionó, se expresa en sus acciones y reacciones verbales, pero que también se relaciona con la somatización, es decir, con el modo en que se enferma la persona.

Pero ¿cómo es posible que influyan estos diversos tintes psicológicos como las emociones en los procesos patológicos?

Primeramente, tener presente que el ser humano es un ser completo, total, monista, que va más allá de ser una masa de carne que presenta actividades fisiológicas internas, ayudará a tener un panorama más amplio de la persona y entender cómo cada parte de su ser tiene que ver con todo lo demás; de este modo, y dado que el ser humano es una entidad psicológica, somática y social, cualquier cosa que hagamos afecta a todo lo demás.

Tomando en cuenta lo anterior, no asombrará el hecho de que el desagrado producido por determinada situación en un individuo resentido se refleje en su nariz, su estómago, su tracto urinario, su postura y en el agrío aspecto de su faz, todo ello reflejo de que el ser humano en su conjunto reacciona al medio (Dubos, 1981).

Apoyando este concepto, Keen (1994) menciona que cuando comemos mal nuestra bioquímica no es óptima, y esto afecta nuestros estados de ánimo; éstos a su vez inciden en nuestras acciones, que a su vez influyen en la realimentación, que también gravita en nuestros estados de ánimo, y así *ad infinitum*.

La completud del ser humano se manifiesta en cada una de las actividades que llevamos a cabo, sea sencilla o compleja; así, Prigent (1982), a manera de ilustración, cita el caso de una carrera pedestre en el que, según dicho autor, se pone en juego los magnos puntos de referencia que equilibran dinámicamente la vida: "el ritmismo" y el "bilaterismo" que informan no sólo los gestos, sino todos los actos, pensamientos, sentimientos y elecciones.

Así la sucesión y la armonía de las zancadas se comprueba en el cuerpo, en la evidencia viviente y en el placer que la zona superior que respira y piensa es amiga y aliada de la inferior, que corre y siente el suelo; que la pierna derecha descansa mientras actúa la izquierda y que ésta alternancia armoniosa es eficaz; que un ritmo razonable distribuye, con calma jubilosa, el espacio y el tiempo al unísono; que la exactitud del ritmo hará que una carrera sea bella, agradable, lograda, culminada; que una carrera pedestre se hace con lo externo (las piernas que corren, los brazos que se balancean, la cabeza que observa el recorrido), pero también con lo interno, emociones de alegría, anhelo, entusiasmo, inquietud, etc., con el vientre que en todo instante nota el grado de fatiga o de disponibilidad, el corazón y el aliento, que adaptan amigable y fielmente su esfuerzo al de las piernas y brazos (*id*).

Todo el ejemplo revela claramente que los miembros no son más que instrumentos inútiles, sin el ánimo prudente de la interioridad emocional y corporal. De esta manera, en una simple carrera el hombre se representa a sí mismo en su cuerpo, y el placer se hace

verdaderamente presente en su ser con una fluidez que restaura e inspira su unidad viviente; constata y verifica la totalidad de su parte superior, sublime, y de la inferior, humilde, de la izquierda y de la derecha en las que se divide, y se adhiere al mundo al unificar el "dentro" misterioso con el "fuera" activo. Experimenta también la alternancia rítmica del descanso y de la actividad; sobre todo, vuelve a poner en juego la combinación viviente de toda esa armonía tensa que constituye lo mejor de la experiencia (*idem*).

Del mismo modo que los deportes, las artes y las técnicas nos enseñan a vivir, las emociones también pueden hacerlo, por ejemplo, cuando utilizan al cuerpo para manifestarse; éste puede expresarse de una forma quizá más dramática, solemne, tensa y elocuente, de lo que se pudiera pensar. Precisamente cuando se cierra la posibilidad de que emerjan las emociones, el cuerpo las expondrá a la luz a través de la somatización. Lo importante ahora será saberle escuchar.

La somatización se debe a que, aún cuando alguien pueda reprimir sus emociones, el cuerpo siempre registrará lo que siente la persona, y él no guardará silencio; buscará la manera de hacerse escuchar y de poner al descubierto aquello que se pretende acallar o disimular.

"Todo el mundo reconoce la influencia de la emoción en nuestras lágrimas, en la secreción de nuestro sudor, en el color de nuestro rostro y en la temperatura de las manos" (Barr, citado en Dubos, 1981, p. 145). De hecho, todos en algún momento han sentido el corazón desbocado por la emoción, el pasmo del horror, etc. Por ejemplo, en el individuo resentido la situación que produce su desagrado se reflejará en su nariz, su estómago, su tracto urinario, su postura y en el agrio aspecto de su faz. El organismo en su conjunto reacciona a un medio que considera amenazador (Dubos, *op. cit.*).

Por otra parte, la somatización como expresión de acallamiento emocional permite localizar el "enclavamiento" existencial que a menudo la origina (Prigent, 1982). Claro está que esto es posible sólo cuando las enfermedades son entendidas en su hondo sentido, esto es, cuando se ha captado su mensaje profundo.

Porque "¿de qué sirve sufrir un infarto si a continuación no se entrega el corazón; de qué tener una úlcera de estómago si más tarde no se devora la vida con voraz apetito; para qué ser hipertenso si no se aprende a relajar las represiones internas, tener jaqueca si no se cesa de pensar la vida en lugar de vivirla, padecer una crisis de asma si ello no nos induce a inhalar el perfume vital? o ¿qué objeto tiene deprimirse si no se asimila que la vida es deseo?" (*idem*).

En efecto, para salir del malestar primero se ha de descubrir de dónde procede. El proceso curativo comienza cuando se identifica el sentimiento que produce el malestar, es decir, con la clarificación de los sentimientos, a través de un viaje hacia adentro que permita una visión interior.

Este viaje al interior se puede hacer cuando se está en ese estado; la tendencia general es centrar toda la atención en sí mismo, lo que puede permitir tener más tiempo de mirar al interior y descubrir qué es lo que está pasando (Tierno, 1997).

Keen (1994) asemeja esta mirada interna al acto de encender la luz de la conciencia en el mundo interno; también, como la inmersión en el caos del inconsciente (esto es, la introspección). Asimismo, dicho autor menciona que "al encender esa luz se ilumina el país de la noche y se puede atravesar sin un miedo excesivo; quizá lo mejor de esto es que esta mirada interior permite liberarse del esfuerzo fastidioso de mantener un nivel artificial de intensidad para huir de determinada emoción, como la angustia, la depresión, o el hastío, y hacerle frente" (p. 53).

Examinar diversos casos en los que se note la influencia de estados emocionales en la somatización, resultará más clarificador.

En primera instancia, es importante mencionar que las reacciones del cuerpo ante la tensión emocional se manifiestan inmediatamente en el sistema nervioso, el cual pone en marcha ciertas reacciones fisiológicas: se vierte en la sangre mayor cantidad de adrenalina, la frecuencia respiratoria aumenta, el pulso se acelera, la sangre se desvía de los órganos abdominales hacia los músculos del esqueleto, la tensión arterial se acentúa, se vierte en la

sangre glucosa suplementaria, etcétera; fenómenos que preparan al cuerpo para reaccionar de inmediato y con violencia a una cierta amenaza (Passebecq, 1987).

Otro estudio hace referencia a que el margen de las complejas acciones biológicas de los glucocorticoides, y en especial la importancia de los 17-OHCS en la psicobiología del estrés, reside en su capacidad para indicar bioquímicamente los efectos estresantes de la activación. Este mismo estudio habla de la actividad del eje suprarrenal como fenómeno concomitante de la activación que se da en los estadios de peligro, amenaza, pérdida de control, incertidumbre, huida, derrota, ansiedad o depresión, y se expresa bajo la forma de un estado emocional desagradable o de malestar. Lo anterior lo prueban los altos niveles de 17-OHCS detectados en sujetos que experimentan situaciones y estados definidos como estresantes (Valdés y Flores, 1985).

Aunado a lo anterior se puede hablar de diversos estudios que han demostrado cómo el estado de ánimo puede influir en la somatización (Tierno, 1997); está, por ejemplo al que hace referencia (Fuente, J. y M., 1995); en éste se demostró que un determinado modo de vivir las situaciones tiene que ver con la incidencia de enfermedades coronarias. Los resultados manifestaron que las personas que se caracterizaban por un marcado afán de rendimiento, con una fuerte actitud de competencia y una gran ambición, mostraban una tendencia a la agresión y la hostilidad, así como la manifestación de estar permanentemente bajo una premura de tiempo, y por tanto, desasosiego, impaciencia e irritabilidad (el denominado modelo tipo A); favorecían el riesgo de la aparición de cardiopatías coronarias dos veces mayor que aquellas personas que presentaban características como las de contar con tiempo, una mínima actitud de competencia, escasa agresividad y una mayor serenidad y distensión en general (el modelo tipo B).

Es importante mencionar que en el caso de sujetos deprimidos se observa una alta correlación entre hostilidad manifiesta y niveles plasmáticos de 17-OHCS, secreción que es máxima cuando la extracción de la muestra sanguínea se hace inmediatamente después de la verbalización hostil. La importancia de la secreción de glucocorticoides como el 17-OHCS, tiene que ver con su actuación como tranquilizantes tisulares, que potencian la tolerancia pasiva y la coexistencia con el agente agresor, a la vez que se manifiestan

supresoras de las reacciones inmunitarias. Esto resulta contradictorio; sin embargo, realmente no se sabe cuándo van a responder de una u otra manera; se trata, pues, de hormonas con valor adaptativo y restaurador, cuya acción quizá se centre más en ajustar las respuestas, para que no sean excesivas, que en actuar directamente sobre la noxa agresora (Valdés y Flores, 1985).

La influencia de las emociones en la somatización es tal, que Passebecq (1987) hace referencia a las emociones negativas o desagradables para la persona como fuente de dolores; de hecho, menciona que éstas provocan la contracción, no sólo de los músculos voluntarios (estriados), sino también de los músculos involuntarios (lisos) de los órganos internos, y que incluso la tensión prolongada de los músculos se acompaña de dolor (miodinia o reumatismo muscular), fenómeno mucho más corriente de lo que podría pensarse.

Algunas investigaciones que destacan la influencia de las emociones en la somatización son las que menciona Valdés y Flores (1985); en éstas se encontró que la exposición continua a estímulos aversivos incrementó la susceptibilidad a las infecciones por virus, junto con disminución del título de anticuerpos, además de que el estrés sostenido redujo la producción de interferon (proteína inespecífica implicada en la resistencia del huésped a la infección).

Del mismo modo, la úlcera de estómago puede ser la consecuencia de preocupaciones en relación con una situación familiar o profesional perturbada, siendo los nerviosos emotivos muy vulnerables ante estas situaciones difíciles. Así, la angustia o el rechazo, por ejemplo, produce en ellos una hipersecreción gástrica ácida y un aumento de la tensión arterial; la repetición de las contrariedades hace que los trastornos sean constantes, que evolucionen hacia desórdenes somáticos. De este modo, el trastorno psíquico se convierte en funcional y luego en lesional (Passebecq, 1987).

Otro ejemplo. Quien habitualmente experimenta resentimiento, pero no lo reconoce, puede desarrollar una úlcera u otro síntoma psicósomático como modo sustitutivo de expresar la ira; un ejemplo más es la frecuencia con que se presenta un resfriado, días

después de haber acallado la cólera con el cónyuge o después de haber estado deprimido por razones de trabajo (Keen, 1994).

También se ha encontrado que en las situaciones que perturban el equilibrio emocional, el individuo se pone involuntariamente rígido, sus músculos se tensan y se endurecen, sobre todo los del cuello, la nuca y los hombros. Además, los sujetos que experimentan un malestar o se sienten inquietos, se encuentran en un estado permanente de sobretensión muscular, cuya circulación de la sangre se altera en las regiones crispadas. Esas zonas, mal irrigadas, pierden su tono. La circulación de la sangre en la cabeza se hace pronto insuficiente, de ahí una anemia progresiva de los órganos situados en ella: cerebro, ojos, oído, etc., y una disminución de su actividad. Y muchos casos de disminución de la agudeza visual y auditiva (enfermedades de los ojos y los oídos, cefaleas y dolores en la base del cráneo) se deben en gran parte a situaciones emocionales perturbadas. Los dolores localizados en la parte izquierda del pecho pueden hacer pensar en la angina de pecho, cuando se trata en realidad de dolores de los músculos pectorales. Asimismo, se sabe de la influencia que tienen los estados emocionales en enfermedades de la piel, diabetes, asma, etc. (Passebecq, 1987).

Tal vez siempre se había tenido evidencia de que esto era así; sin embargo, los médicos siempre se las habían ingeniado para acabar ignorando y relegando al olvido al factor humano con relación a la somatización. Pero es claro que al pensar, por ejemplo, en ese factor clínico al que los médicos se han referido con el nombre de "el deseo de vivir", se está haciendo alusión a las emociones de la persona.

Es común que la mayoría de los médicos se hayan encontrado con pacientes que parecen estar desafiando a su enfermedad, los cuales con frecuencia son tercos, discutidores y agresivos, que tienen su propia forma de ver las cosas. Es típico en ellos, además, el no llevarse demasiado bien con los médicos ni con las enfermeras, además de que no hacen mucho caso a las indicaciones. Estos forman un agudo contraste con ese otro tipo de personas pasivas, mansas y complacientes, que son los que generalmente se considera como buenos pacientes. Y ¿qué si no las emociones están envueltas en el paciente que tiene deseos de vivir? En efecto, aquellos pacientes que mantienen latente su

deseo de vivir superan con frecuencia todas las expectativas de vida que los demás depositan en él, y no mueren "a su debido tiempo" (Dossey, 1986).

¿Acaso no son los deseos de vivir un ejemplo del influjo de las emociones sobre el mundo físico? ¿No son las creencias las que permiten que en las condiciones extremas de los campos de concentración algunos individuos conserven su energía y la voluntad de vivir? (Keen, 1994).

Aunque en realidad nadie puede determinar en porcentajes exactos la influencia relativa a los diversos factores que contribuyen a generar somatización, dado que las causas son distintas cuando se trata de personas diferentes. La importancia del estudio de las emociones se percibe, al tener presente lo que comenta Lara (1992), respecto a que el 80% de las enfermedades físicas son de índole psicósomática, es decir, son afecciones físicas provocadas por factores psicológicos.

Por todo lo visto hasta aquí, se puede notar que tan numerosos son los ejemplos que vinculan la relación de la emoción con la alta presión, los problemas gastrointestinales y otras muchas enfermedades, que resulta difícil cuestionarlos. A pesar de esto, quizá se entienda mejor la influencia de la emoción (factor humano) en el origen de las enfermedades al analizar específicamente algunos estados emocionales y su incidencia en la somatización, junto con algunos ejemplos.

3.1 Estrés

La fuerte orientación práctica y el afán de avanzar siempre, contribuyen de manera decisiva a vivir en incertidumbre, desencadenándose así un desasosiego interior que impulsa a realizar muchas cosas en breve tiempo. Por ello la expectativa de algo mejor en el hombre moderno le lleva a no soportar la realidad habitual de lo cotidiano, ante la cual experimenta un pronto aburrimiento y un miedo constante de que se le escapa algo: el futuro (Plattner, 1995).

Todo esto ha llevado a la creación de una conciencia del tiempo, que nos dice que debemos aprovechar siempre con sentido y de una manera efectiva el tiempo; entonces lo que a diario pasa a nuestro alrededor nos estresa (*id*).

De este modo se puede notar una actitud muy atormentada frente al tiempo, tanto en el mundo profesional como en el ámbito de la vida privada. Y es que la necesidad de apresurarse y de no desperdiciar el tiempo ha llegado a dominar toda forma de pensar, sentir y obrar del ser humano, de forma tal que ha llegado a convertirse en un grave peligro para la vida.

Lo grave del problema se percibe de manera más clara al tener presente que el estrés constituye un estado (desconocido para generaciones anteriores) patógeno tanto en el terreno psíquico como respecto al físico (corazón, los vasos sanguíneos) (Sendrail, 1983).

De hecho, Keen (1994) dice que vivir bajo la estimulación constante del sistema simpático-adrenal produce fatiga emocional y física, que si se la ignora, lleva a la enfermedad.

Por otro lado, la muy publicitada Escala de Evaluación del Reajuste Social de Holmes-Rahe proporciona una interesante perspectiva sobre el estrés; esta escala demuestra que pueden estresar tanto los acontecimientos felices como los desdichados, tanto el éxito como el fracaso, incluso las vacaciones. Se encontró además que el estrés y la fatiga también resultan de hacer demasiado poco (*id*).

Así, tenemos que el estrés puede originarse en numerosas fuentes: una dieta pobre, conflictos familiares, cólera sin resolver, el ruido, la monotonía, o sencillamente un exceso de excitación.

Pero ¿qué es propiamente el estrés? Bien, éste ha sido definido como un estado de sobreexcitación de las emociones individuales, los procesos del pensamiento y las condiciones físicas. Dicho término se aplica generalmente a las presiones que traen como consecuencia una serie de conductas o síntomas que se han denominado típicos del estrés

como sobrecarga de trabajo, presiones de tiempo, clima ambiental inseguro, autoridad inadecuada, conflicto de roles y ambigüedad, diferencias entre los valores organizacionales y personales, cambio de cualquier tipo, especialmente importantes e inusuales (Davis y Newstrom, 1989, *cit. pos.*, Lara, 1992) que afectan tanto a nivel biológico (hipertensión, problemas digestivos, nervios, etc.) como a nivel emocional (sentimiento de incapacidad, falta de cooperación, inestabilidad, etc.).

El término estrés fue utilizado por Cannon en 1911 para denominar a los estímulos que desencadenan una reacción de huida o lucha (Calle, 1990).

Este término, con connotación científica, lo introdujo en 1950 el médico austriaco canadiense Hans Selye, quien lo definió como la reacción no específica del organismo a cualquier exigencia, porque Selye afirmaba que el organismo reacciona siempre de la misma manera, independientemente de si el desencadenante del estímulo es de naturaleza grata o desagradable, es decir, si, por ejemplo, produce satisfacción o molestia. Selye distinguía entre el llamado estrés bueno, que sostiene el organismo en las actividades necesarias para la vida, y el estrés malo, con que se designa el exceso pernicioso del estrés (Cazabat, 1999).

El mérito de Selye, entre otros, está en haber sido uno de los primeros investigadores que estudió la conexión entre el estrés y los procesos patológicos a los que da pie. En cualquier caso Selye únicamente investigó cómo la persona reacciona fisiológicamente a los estresores externos. Esto, sin embargo, no explica por qué las personas se comportan bajo el estrés de manera diferente, ni a qué se debe que con el estrés unas se esfuerzan más y otras cedan enseguida y se retiren pasivamente (Plattner, 1995).

De acuerdo con Calle (1990), cuando factores productores de tensión aniegan y desbordan los mecanismos reguladores y las resistencias de la persona, se produce el desorden conocido como estrés. Este autor menciona que también se origina estrés cuando el individuo quiere satisfacer una serie de exigencias que lo sobrepasan, y lo hace incluso a expensas de su equilibrio psíquico.

El caso es que cuando los mecanismos de regulación se ven alterados se rompe el equilibrio psíquico de la persona y, además, surgen complicaciones psicosomáticas que pueden resultar de gravedad.

Según la intensidad de los factores, el estrés puede desencadenarse lentamente (hay un paulatino cocimiento del mismo) o precipitarse, pero de cualquier modo se van presentando unos síntomas evidentes (además de las alteraciones propias del organismo): irritabilidad, ansiedad, pérdida de energía y estímulo de vida, desgana insuperable, tedio, relaciones insatisfactorias de todo orden, insomnio, psicastenia, excitabilidad, confusión mental, agotamiento, sentimiento de desvalimiento y soledad, inapetencia marcada, temores muy diversos, impotencia, sentimiento de invalidez psíquica y otros (Aguayo y Lama, 1998).

Sería interesante cuestionarse ahora por qué en este tiempo son muchos los recursos técnicos que nos facilitan la vida y permiten hacer muchas cosas con gran rapidez, desde el microondas hasta el ordenador personal; la falta de tiempo parece que cada vez es mayor. Esto puede deberse en buena medida a que el hombre intenta acomodarse a la velocidad de las máquinas. Lo cierto es que cuantas más cosas quiere realizar y resolver simultáneamente en un tiempo cada vez menor, tanto más rápido parece que corre y pasa el tiempo (Plattner, 1995).

Por un lado hay que distinguir los factores o circunstancias que tienden a provocar el estrés, y por otro lado la reacción de la persona ante dichos factores y circunstancias, porque dependiendo de esa reacción los efectos pueden ser incrementados o refrenados, según la persona.

Los factores o circunstancias que tienden a provocar el estrés son numerosos, entre los que se cuentan experiencias desagradables y traumáticas, frustraciones, insatisfacción de necesidades básicas, ambientes hostiles, atmósfera familiar desapacible, trabajos extenuantes, insatisfactorios o carentes de motivación o estímulo, situaciones bloqueantes, y un variado tipo de exigencias familiares, sociales y profesionales. Tales exigencias y el sentimiento de responsabilidad (o incluso impotencia, insatisfacción y culpabilidad, si no se

está a la altura de las tareas encomendadas) originan mucha tensión, desequilibrio, ansiedad y estrés.

El trabajo excesivo también puede provocar el estrés, así como el no tener ninguna tarea entre manos o el no hallar ninguna labor motivadora. Si alguien está descontento con su trabajo, el estrés le producirá una enfermedad con el tiempo; en cambio, otro que realice el mismo trabajo con gusto, quizá no manifieste ninguno de los efectos de la tensión (Schultz, 1988).

También provocan estrés las relaciones frustrantes, competitivas, hostiles, dependientes y, en suma, poco gratificantes y deficientes, que pueden gestarse tanto en el área laboral como en el área escolar y familiar. El que sufra soledad psíquica o física, por ejemplo, el que está emocionalmente alienado, será más vulnerable que el que haya establecido firmes lazos sociales (*id*).

Otro estresor es el cambio. En términos generales, la mayoría de la gente se resiste al cambio, porque prefiere las situaciones familiares que le permiten obrar con espontaneidad. Cuando se sabe qué esperar de alguien o de algo y qué se espera de uno, se encuentra ante una situación previsible y, por lo mismo, serena y segura. No saber qué conductas son toleradas o con qué criterios evaluar determinada situación produce incertidumbre, y por tanto, estrés.

Los fracasos sociales, familiares o personales, también son causa de estrés. Dada la importancia y trascendencia que tienen en el ser humano tres de sus principales ámbitos de relación: el escolar, el familiar y el laboral, se abordarán en un capítulo posterior.

Como se dijo con anterioridad, los factores que generan estrés son numerosos, y tienen mayor incidencia en una sociedad que ya por sí misma no favorece el desarrollo y la armonía interiores, sino que, al ser ella misma neurótica, tiende a crear individuos neuróticos (Calle, 1990).

En efecto, el ambiente social puede ser un excepcional causante de estrés, como de hecho lo es la sociedad competitiva, factor que puede intensificar esos estímulos.

Cabe mencionar, sin embargo, que así como la sociedad produce factores que repercuten en la vulnerabilidad al estrés, puede amortiguarlos y constituir un apoyo social, es decir, una red de vínculos familiares y comunitarios que posibiliten la creación de emociones y actitudes positivas que propicien relaciones y una vida más sana. Este apoyo social debe proceder de las tres fuentes mencionadas anteriormente: el empleo, la familia y la escuela.

No existe la menor duda de que cuanto más estable es interiormente la persona (estabilidad que le puede proporcionar cualquiera de los tres ámbitos antes mencionados, o bien, por lo menos alguno de ellos), menos repercutirán sobre su psique las circunstancias y los factores provocadores del estrés; por el contrario, cuanto más inarmónica y desequilibrada es la persona, más predispuesta estará a ser víctima de éste. Según el grado de madurez emocional, la persona reaccionará de un modo u otro ante factores estresantes.

Es importante aclarar que no se citaron los factores y ámbitos anteriores con el propósito de enunciar una lista a modo de receta de cocina, cuyo contenido menciona los ingredientes que se necesitan para obtener un buen grado de estrés. Y es que cualquier factor o factores denominados estresores, lo serán dependiendo de lo que está involucrado de la persona en esa situación, de lo que representa e implica para ella determinado factor. Es con base en esto que se determinará la reacción de la persona; de ahí que los efectos de estos factores y circunstancias pueden ser incrementados o, al contrario, refrenados y aún neutralizados, según la persona.

Aquí entra en cuestión el segundo punto a analizar: la reacción de la persona ante dichos factores y circunstancias. Como se ha estado insistiendo tantas veces, gran parte de la reacción depende del factor humano (emociones y actitudes) de la persona. De este modo lo que a unos desgasta a otros da energía; factores que a unos causan estrés a otros escasamente desestabilizan.

El hombre en el acontecer estresante es un actuante, que puede perfectamente intervenir en tal acontecer debido a que el origen del estrés y sus reacciones son un enfrentamiento recíproco de la persona con su entorno; la situación agobiante juega un papel tan importante como las características específicas de la persona en cuestión.

Asimismo, Aguayo y Lama (1998) afirman que la reacción de la persona ante cualquier causa de amenaza o tensión, dependerá, sobre todo, de cómo valora personalmente la situación.

Algunos ejemplos de que el estrés no afecta de la misma manera a todo ser humano, son los casos de algunos empleados, como los controladores de tránsito aéreo, generalmente considerados los más expuestos a tensiones. Dichos trabajadores, hora tras hora se mantienen en alerta constante, vigilan muchos aviones que vuelan a diversa velocidad y altitud y llegan al mismo aeropuerto o parten de él. Puede decirse que se trata de un trabajo absorbente, frenético, difícil y muy tenso, pues de su buena realización depende la vida de cientos de personas (Schultz, 1988).

Los cuerpos de los controladores reflejan la presión del trabajo a medida que las rutas aéreas de su sector se congestionan, ya que sus arterias y su presión arterial alcanzan la elevada cifra del 50%, respecto del nivel normal. Incluso en un estudio se observó que la hipertensión era tres veces más frecuente en ellos que en la población general de su misma edad (*idem*).

Por lo visto, es de esperar que la tasa de ataques cardíacos, accidentes cerebrovasculares y padecimientos afines sea superior a la que se observa en el resto de la población, pero no es así, y esto lo comprueban las investigaciones. En algunas determinaciones los controladores de tráfico aéreo son más sanos que la población general. Algunos muestran el patrón típico de enfermedades y muerte prematura que cabría esperar en ocupación tan peligrosa; sin embargo, otros son personas muy sanas (*id*).

¿A qué se debe eso? ¿Por qué algunos conservan un buen estado de salud y otros mueren jóvenes? ¿Por qué el estrés no afecta a todos por igual? La diferencia radica en lo

que representa y significa para la persona esta situación, por ejemplo, el grado de satisfacción que le procure su trabajo puede ser algo muy importante, de tal forma que al estar tan contenta con él no muestre los efectos perjudiciales del estrés, no siendo éste el caso para las que están insatisfechas.

Otra profesión donde la tensión es fuerte y constante, es la de los ejecutivos de grandes empresas; suele pensarse que están sometidos a intensa presión y que, en consecuencia, sufren más ataques cardíacos que el resto de los empleados. Tampoco esto es verdad. Los ejecutivos de alto nivel tienen un 40% menos de ataques cardíacos que los de nivel medio, quienes supuestamente no experimentan presiones tan fuertes (*ibid*).

Al parecer ello se debe a que los ejecutivos de alto nivel gozan de mayor autonomía y poder en la realización de sus labores; por el contrario, los de nivel medio están sujetos a más control y su autoridad es menor. De ahí que, a pesar de sufrir menos tensión, experimenten más efectos nocivos del estrés (*id*).

Debido a lo anterior resulta difícil inferir cómo se interpretará cierta situación, o bien que suscitará en una persona cierto evento; sin embargo, algo que puede contribuir en el entendimiento del proceso que desencadena el estrés es saber que, así como el cuerpo dispone de unos mecanismos de estabilización y unas fuerzas que tienden a la regulación, la psique también cuenta con ese sutil y útil mecanismo de adaptación a las presiones y exigencias del exterior y de la propia esfera interior. Así, la psique puede tender hacia su estabilidad, disponer de unos recursos o capacidades para adaptarse a diferentes circunstancias, lo mismo que sucede con el cuerpo.

Calle (1990) describe ese órgano de regulación y adaptación tan preciso y sutil como la maquinaria de un sofisticado reloj que, cuando la presión que recibe es excesiva, tiende a desequilibrarse, desestabilizarse, perder su capacidad reguladora. Cuando sobrevienen exigencias, presiones o factores alterantes muy marcados o repetidos, el mecanismo de regulación y estabilización se resiente más o menos gravemente, e incluso puede saltar.

Ahora bien, el estrés se produce cuando estos factores rebasan la capacidad idónea de reacción, tanto del organismo como de la psique, por lo que se requiere entonces un sobreesfuerzo que compense la homeostasis del individuo. Y aquí se hace claramente manifiesta la influencia de lo emocional sobre lo físico, ya que ante un exceso de exigencias (sean éstas externas o internas), al no poder ser atendidas y satisfechas, salta el mecanismo de homeostasis y se produce el estrés con sus consecuentes trastornos físicos y otros más psíquicos, toda vez que el estrés genera cambios hormonales, altera la unidad psicósomática y produce desórdenes psicósomáticos.

Estos trastornos psicósomáticos son muy diversos, y van desde el insomnio y la ansiedad flotante, a la psicastenia, las úlceras o la incontrolable irritabilidad (*id*). Hay que entender, pues, que el estrés afecta tanto al cuerpo como a la psique y que uno implica al otro.

En tanto el cuerpo y la psique pueden digerir, asimilar, y superar los factores desestabilizadores, el equilibrio psicósomático se mantiene, aunque sea éste más o menos precario; pero cuando no es así, sobreviene el desequilibrio tanto del cuerpo como de la psique, con los numerosos síntomas que ello comporta, muchos tan displacenteros y difusos como la ansiedad. Si la persona (tanto su cuerpo como su aparato psíquico) no puede superar la suma de factores estresantes y desequilibrantes (si se altera o se quiebra el sutil mecanismo de la homeostasis), sobrevienen los desarreglos psicósomáticos (*ib*).

En términos comunes, se puede decir que la persona que es presa del estrés no ha podido encarar y resistir la suma de exigencias externas o internas (o ambas) y se desploma, dejando de funcionar saludablemente en su cuerpo, en su psique o en ambos. Según la intensidad del estrés y su naturaleza, éste puede alterar en mayor o menor grado las constantes del organismo, y también desestructurar en mayor o menor grado la psique.

Respecto al papel del estrés en el desarrollo de la enfermedad, el médico Harold G. Wolff (*cit. pos. Dubos, 1981*) ha aventurado una teoría que puede explicarlo; según él, el organismo reacciona a las tensiones, tanto emocionales como físicas, escogiendo de entre un limitado repertorio de mecanismos de respuesta normales e intrínsecos asociados con

los sistemas de órganos que se usan para satisfacer necesidades básicas tales como las de comida y eliminación. Agrega además que la enfermedad suele ser, primordialmente, la manifestación de esa respuesta inadecuada, en particular cuando tal respuesta es prolongada o repetida a menudo.

Las consecuencias biológicas de la activación por estrés, según Valdés y Flores (1985), se concretan en el aumento de la frecuencia cardíaca, la glucogenolisis y la lipolisis, la disminución en la secreción de insulina y el aumento de la secreción de ACTH, de hormona del crecimiento, de hormona tiroidea y de esteroides adrenocorticales. Además, hay un decremento de la actividad intestinal, mayor dilatación bronquial, vasoconstricción cutánea y vasodilatación muscular; se trata de un estado biológico de predisposición al consumo energía, desde la presunción de que será necesaria para la confrontación con el ambiente.

Por su parte, Cazabat, (1999) menciona que en momentos de estrés se producen en el organismo notables alteraciones fisiológicas: la adrenalina, liberada por las glándulas suprarrenales, acelera todas las funciones del cuerpo; la presión arterial se eleva, aumenta la frecuencia cardíaca y llega más cantidad de azúcar a la corriente sanguínea. El aumento de la circulación proporciona más energía al cerebro y a los músculos; ello nos hace más alerta y más fuertes para afrontar la situación de urgencia, que puede consistir en evadir al automóvil que se nos viene encima o al atacante.

Incluso entre estrés y cáncer puede hablarse de relaciones análogas, pues los estímulos aversivos en edades tempranas, la densidad de población (Riley, 1981, *cit. pos.*, Valdés y Flores, 1985), el aislamiento (Dechambre, 1981 y Riley, 1981, *cit. pos.*, Valdés y Flores, 1985) y la estimulación aversiva prolongada (Ader, 1981; Balitsky y Vinnitsky, 1981; Riley, 1981; Riley y cols., 1981, *cit. pos.*, Valdés y Flores, 1985), potencian la susceptibilidad a contraer cáncer o estimulan su desarrollo tras su inducción con virus oncogénos o productos químicos cancerígenos.

Asimismo, en situaciones de estrés, la energía se moviliza y se encauza, alcanzando niveles fuera de lo normal. Si se permaneciera demasiado tiempo en ese estado, se

agotarían las reservas de energía y se haría necesario descansar para recobrarla. El problema radica en que nunca se recupera totalmente la cantidad anterior de energía. Cada vez que se consume una cantidad adicional para superar al estrés, queda un poco menos para la próxima aparición del mismo (Schultz, 1988).

Si a pesar de saber esto se elige permanecer en un ambiente en el que el estrés sea constante, habrá de llegar el momento en que el cuerpo desee, por ejemplo, continuar con la digestión de la comida y en ese momento surgirá un conflicto muy profundo, ya que la reacción de estrés estará diciendo "no" al estómago, mientras que otra parte del cerebro (probablemente el hipotálamo) dice "sí". La confusión que resulta hace que se anude el estómago y se revuelvan los intestinos.

Estos órganos comienzan a perder su ritmo natural, y si no se les da la oportunidad de recuperarlo, caerán víctimas de un recuerdo equivocado, el estómago comenzará a verter jugos gástricos en momentos inapropiados, el colon tendrá espasmos y se trastocará la armoniosa coordinación de todo el sistema gastrointestinal. Es así como aparecen las quemantes úlceras y las crónicas irritaciones del colon padecidas por muchas personas que viven en ambientes muy estresantes (Chopra, 1994).

Retomando nuevamente los efectos que provoca a nivel fisiológico el estrés, es interesante mencionar la constatación de secreciones diferenciales de A (adrenalina) y NA (noradrenalina), en dependencia del tipo de estrés. Se trata de la confirmación de la sensibilidad de la A como traductora bioquímica de los estados emocionales (Valdés y Flores, 1985). Por ejemplo, se ha encontrado que en el estrés psicológico (hablar en público), la A se triplica y la NA se duplica, en tanto que en el estrés físico (como hacer ejercicio), la A aumenta moderadamente y la NA triplica sus valores (Dimsdale, 1983, *cit. pos.*, Valdés y Flores, 1985).

Ahora bien, cuanto más numerosas sean las tensiones que se han de afrontar, más pronto mermará la reserva de energía que puede hacer frente al problema. Así, los que trabajan en situaciones de estrés constante agotarán más rápidamente su reserva de energía (Schultz, 1988).

Aún algunas fuentes que producen poca tensión pueden fatigar y desgastar la energía corporal, dada su acumulación. Cada nuevo estrés se añadirá al anterior y consumirá las reservas de energía al originar todas las alteraciones fisiológicas señaladas.

Peores pueden ser las consecuencias de una persona que se enfrenta a un ambiente que presenta a menudo causas de tensión, ya que su circulación sanguínea y la frecuencia cardíaca muy probablemente se mantendrán en altos niveles, además de que una cantidad adicional de adrenalina fluirá a través de la corriente sanguínea. Con el tiempo el organismo mostrará inevitablemente un daño fisiológico y el individuo se enfermará.

Esa es la manera en que un estrés prolongado ocasiona las enfermedades psicósomáticas, enfermedades que de ningún modo se trata de padecimientos imaginarios, sino reales, que afectan a determinados tejidos, causándoles lesiones; son enfermedades que provienen de una causa psicológica, que llegan a provocar daño al organismo (*id*).

Cabe señalar que, además de esta lesión, el agotamiento de las reservas de energía (junto con la baja del sistema inmunitario de defensas) hace al sujeto más vulnerable a la infección. La enfermedad debida al estrés causa a su vez mayor tensión, estableciéndose así un círculo vicioso. Cuando se deteriora la salud, disminuyen la resistencia y la energía; la motivación y el rendimiento serán menos.

De todo lo anterior se puede decir que el estrés, producto de la intensidad y la competencia incesante, de los ataques cardíacos, y tal vez también del cáncer. "El costo de estar continuamente haciendo fuerza es el agotamiento o lo que alguna vez se denominó colapso nervioso" (Keen, 1994).

Desde hace mucho se sabe que el revestimiento del estómago responde a las perturbaciones emocionales y que algunas personas responden a tales perturbaciones enfermándose de úlceras estomacales. Se ha descubierto que en una respuesta estomacal típica a la tensión, el revestimiento se enrojece, los capilares se llenan de sangre y se presenta una secreción excesiva de jugos digestivos que se

comen la capa de moco, normalmente gruesa, que protege el revestimiento del estómago. Esto desemboca a veces en una úlcera péptica más o menos grave (Dubos, 1981).

Algunos estudios que comprueban la influencia del estrés en la somatización son los de Wilson, Halstead y Weinberg, y otros autores están de acuerdo en que existe una relación entre situaciones de estrés emocional y la iniciación o intensificación de manifestaciones clínicas conducentes a úlcera péptica (De la Fuente, 1985). Asimismo Davis y Wilson encontraron que en 172 de 205 casos era posible establecer una relación temporal entre situaciones de estrés emocional y la aparición o reaparición de síntomas gástricos; dichos investigadores hicieron hincapié en el hecho de que esas situaciones de estrés se refieren a cuestiones de seguridad, responsabilidad e independencia.

Otro estudio que refleja la influencia de esta emoción en el cuerpo, es el de Graham y Wolf, quienes investigaron en 30 enfermos con urticaria la relación entre reacciones cutáneas vasculares medidas por un indicador del calibre de las arteriolas y situaciones emocionales de estrés. La correlación de los ataques de urticaria con situaciones emocionales específicas fue muy alta. Estas situaciones consisten en eventos en los cuales el sujeto experimenta resentimiento ante un trato injusto y se ve incapacitado para defenderse (*id.*).

En otro estudio, Gainsborough y Siater señalaron que las situaciones emocionales desencadenantes rara vez son situaciones extraordinarias; generalmente se trata de problemas de la vida diaria (*idem*).

Dado que se puede decir que un agente de estrés es todo aquello que modifique el equilibrio del cuerpo o de la mente, por contrapartida, un agente estabilizador, armonizador y saludable, será todo aquello que tienda a estabilizar el equilibrio del cuerpo y de la mente (Calle, 1990). Ya se han visto algunos de los innumerables agentes estresantes. Habrá que hacer referencia ahora a algunos agentes

armonizadores que forman parte de la estrategia para poder prevenir o combatir el estrés y sus síntomas. Tales agentes son:

- Evitar una acumulación de tensión que resulte desequilibrante, ya proceda del interior o del exterior.
- Desarrollar el discernimiento y la inteligencia para comprender que no podemos atender a exigencias laborales o sociales a expensas de la salud psíquica, que es lo más esencial de que disponemos. Utilizar también el discernimiento y la razón para asumir los fracasos sin desesperanza, aprender a renunciar cuando sea necesario, superar los apegos ciegos y la aidez.
- Entrenarse emocionalmente para evitar la dispersión innecesaria de energías y las inútiles reacciones desequilibrantes, las culpabilizaciones, las autoexigencias narcisistas y patológicas; también para mejorar la capacidad de adaptación y saber asumir los hechos tal como se presentan, sin desgastadoras resistencias improductivas.
- Poner los medios para estar interiormente más armónico y equilibrado, y así poder resistir mejor y superar los factores estresantes inevitables.
- Desarrollar la comprensión de que nada es tan valioso como la salud física y psíquica, y que supeditarla a exigencias menos importantes es, realmente, un pésimo negocio (Cazabat, 1997; Calle, *op.cit.*).

Como ya se mencionó, el respaldo de la familia, el trabajo o la escuela puede aminorar los efectos negativos de cualquier estado emocional negativo, como el estrés. Prueba de esto son los estudios efectuados por Giraldez y Fernández (1990), quienes encontraron que los soportes sociales tienen efectos positivos sobre la salud.

De igual manera los estudios de De las Cuevas, y cols. (1995) señalan que la estabilidad familiar además de permitir un mejor afrontamiento al estrés, contribuye positivamente en la salud de sus miembros.

Aunque quizá resulte paradójico, la ausencia absoluta de tensión no es saludable. Un poco de tensión produce un efecto estimulante, vigoriza y es conveniente. Hay autores

que incluso hablan de estrés positivo (eustrés) y estrés negativo (distrés) como Aguayo y Lama (1998). El problema consiste encontrar el nivel ideal en que uno da su mejor rendimiento y conserva una salud adecuada, evitando así los extremos (Schultz, 1988).

Finalmente, cabe mencionar que en el estrés están involucrados y conjugados varios estados emocionales como la ansiedad, la frustración, entre otros, debido al carácter mixto que poseen las emociones, como se mencionó desde el principio de este capítulo; esto es debido a que no se producen en forma "pura" o aislada, sino que muchos de ellos se desarrollan conjuntamente, como lo mencionaba Jakobson (1960). Una vez hecha esta aclaración, se abordará la siguiente emoción: la ansiedad.

3.2 Ansiedad

Es la misma vida urbana: su tensión temporal, el aislamiento a que somete a los individuos, la fascinación que ejerce en todos los aspectos junto con la rápida decepción que se sucede siempre para aquellos que no han podido encontrar un punto de apoyo o un refugio, la que forma parte de los principales factores que propician ansiedad al ser humano, además de las alteraciones de tipo físico (Sendrail, 1983).

Se requiere, pues, de la resolución de los conflictos internos para progresar en todo sentido: psicológico y físico. Calle (1990) menciona que los conflictos producidos por la ansiedad se manifiestan como una sensación más o menos intensa de displacer, que va desde la ansiedad sorda pero continua hasta las crisis de angustia descontrolada.

Lo anterior queda más claro cuando se tiene presente que en el trasfondo de la psicastenia, la depresión, la indolencia, la irritabilidad, el miedo, el estrés, el tedio y la apatía, puede hallarse la ansiedad. Esta se convierte a menudo en el telón de fondo de otras muchas emociones y sentimientos negativos y en otros muchos síntomas displacenteros a través de los cuales busca emerger (Anaya, 1993).

Una vida desde la ansiedad es una espera agónica de la muerte, ya que sin calma interior, sin serenidad, no puede haber verdadero disfrute. Desde la tranquilidad interna se pueden vivir las cosas tal cual son, sin distorsionárselas. Pero "desde la ansiedad, la visión falsea y deforma, la persona se resiste al instante presente (porque la propia ansiedad no permite acoplarse con el mismo) y genera toda suerte de enredos en el pensar, obsesiones, preocupaciones y fantasmas que son el resultado de la ansiedad pero que a su vez generan ansiedad, con lo que el círculo se cierra" (Calle, *op.cit.*).

...Tomándose todo ello paralizante para la persona. La ansiedad en sí misma, además de resultar una emoción displacentera, puede limitar en mayor o menor grado la vida de la persona y teñirla de sentimientos de agitación e incertidumbre.

Numerosos son los efectos negativos que produce la ansiedad en el comportamiento, las relaciones, el cuerpo, en fin, en el ser completo en general; esto se debe a que incapacita a la persona para apreciar su existencia, reconciliarse consigo misma y con los demás, y disfrutar de la cotidianidad.

Sin embargo, cierto grado de ansiedad es necesario para la criatura humana y es posiblemente inherente a la gran mayoría de los seres, debido a que un grado equilibrado de ansiedad ha sido y es necesario por ser como un motor de acción, ya que esa ansiedad básica previene contra las amenazas, moviliza y estimula.

Desafortunadamente la mayoría de los seres humanos viven en niveles considerablemente altos de ansiedad. Y aunque la persona consiga reorientar su ansiedad para la obtención de logros externos, la producción, la acumulación, la actividad continua y el éxito social, aún así se paga un alto precio a la ansiedad, y es el de que interiormente no existe verdadero disfrute, ni equilibrio.

Se entiende por ansiedad la sensación displacentera de mayor o menor intensidad que se experimenta como desazón, intranquilidad, confusión, malestar, agitación, indecisión, insatisfacción, incertidumbre, aprensión e inquietud difusa (Calle, 1990).

De igual manera, Marín (1997) describe la ansiedad como una sensación difusa y displacentera, experimentada a veces como un hormigueo interior sordo pero continuado que origina ofuscación, desfallecimiento, cansancio, desaliento, indecisión y empobrecimiento de la personalidad.

La ansiedad puede ir desde una leve sensación de inquietud a una de máxima agitación, pánico y temor a la locura o a la muerte; admite muchas gradaciones de intensidad, maneras muy diversas de manifestación (algunas tan difusas y confusas que ni siquiera el que las experimenta puede explicarlas con palabras) y hábiles disfraces. En sus niveles sólo ligeramente displacenteros, se canaliza automáticamente tanto en la acción psicofísica como en la que se proyecta hacia el exterior (Calle, 1990).

De ahí que una gran mayoría de personas mantenga fricciones con los otros y precarias relaciones humanas, además de verse aquejadas de excitabilidad, irritabilidad, ira, celos y afán de dominio y de manipulación; vías por las que emerge la ansiedad.

De algún modo la ansiedad, que opera a niveles en ocasiones en forma muy subliminal, es como un corcho sumergido en el agua que tiende a salir; así la ansiedad se manifiesta de maneras muy diversas, con comportamientos y actitudes que tienden a reducirla o quemarla. Si bien la ansiedad puede ser canalizada y transformada hacia lo laudable, también puede serlo hacia lo pernicioso, o, frecuentemente, escapando al control del individuo; ella toma sus propios e imprevisibles derroteros (Calle, 1990).

Ciertamente hay que decir que muchos de los errores y horrores de los que el ser humano ha sembrado la tierra son debido a su angustia torpemente exteriorizada. También se hace necesario comprender que la angustia puede ser canalizada por vías saludables y constructivas o perniciosas y destructivas.

A veces la ansiedad puede provocar una efervescencia del pensamiento descontrolado, que trae como resultado una serie de racionalizaciones y actitudes neuróticas que tienden a crear un equilibrio interior tan ficticio como precario (*ib*).

Por otro lado, desde la ansiedad, toda relación que se intente, sea uno o ambos padres con los hijos o la familia, sea el profesor con sus alumnos o el jefe con sus subordinados, se verá perturbada y será del todo destructiva, resultando en mayor ansiedad para todos. Esto se debe, entre otras cosas, a que una persona dominada por la ansiedad se mostrará hostil o dependiente en la relación y no estará en condiciones óptimas para facilitar una verdadera comunicación.

En cuanto a los factores que propician ansiedad, es importante mencionar que debido a que esta emoción con muchas otras es multifactorial, existen innumerables influencias más o menos burdas o sutiles que generan ansiedad en un ser humano. El hecho mismo de vivir entraña ansiedad; el hecho de reflexionar sobre el futuro puede desencadenar en algunos mucha ansiedad .

Cabe agregar que la ansiedad tiene su fundamento biológico, psíquico y también social, por lo que viene provocada por factores ansiógenos que bombardean a la persona desde muy diversos medios, y en algún momento determinado estas influencias deteriorantes del mundo circundante alcanzarán, lesionarán y generarán ansiedad (*idem*).

Respecto a la ansiedad que tiene su origen en la psique, Calle (1990) menciona que ésta se debe siempre a conflictos internos (buena parte de ellos inconscientes), tendencias neuróticas, frustraciones sin superar, heridas abiertas, contradicciones profundas y muchas veces irreconciliables, impulsos contrapuestos, culto de la propia imagen idealizada, vivencias traumáticas, en suma, inarmonía interior y desorden.

La inarmonía interior no sólo origina ansiedad, sino indecisión, neuróticas exigencias y autoexigencias aún a expensas del propio bienestar, abulia, psicastenia, depresión, alteraciones del carácter y de la conducta, apatía, tedio, precarias relaciones con los demás, hostilidad e irritabilidad. Además surge la angustia, —a la que se dedicará el siguiente apartado—, la cual está estrechamente unida a la ansiedad; incluso una alimenta a la otra y a veces esto se da recíprocamente (*id*).

Dejours (1990), por su parte, reagrupa esquemáticamente los diferentes componentes de la ansiedad en varios rubros, de los que llaman la atención los siguientes:

- La ansiedad relativa a la degradación del funcionamiento mental y del equilibrio psico-afectivo. Esta resulta de la desestructuración de las relaciones psico-afectivas espontáneas con los demás. Se hace manifiesta también cuando ciertas restricciones terminan en una auto-represión del propio funcionamiento mental y en el esfuerzo por mantener comportamientos condicionados.
- La ansiedad relativa a la degradación del organismo. La segunda forma de ansiedad resulta del riesgo que pesa sobre la salud física. Las malas condiciones de vivienda o trabajo, en general, del ambiente en que se encuentra cierta persona, no sólo son nocivas para el cuerpo, sino también para el espíritu.

Dada la diversidad y complejidad del ser humano, cada persona halla métodos más o menos neuróticos, pero buena parte de ellos compulsivos y descontrolados, para mitigar la ansiedad. Hay que considerar, sin embargo, que, dependiendo del grado de integración, las situaciones externas le afectarán más o menos o incluso no le afectarán a la persona. Mejor aún, algunas personas podrán instrumentalizarlas para el crecimiento interior.

Esta sensación de ansiedad algunos la viven como sentimiento de soledad, desvalimiento, desamparo, incomunicación, sentimiento de irrealidad, temores infundados, diversas fobias que algunas personas tratan de debilitar mediante manías o rituales neuróticos que son utilizados a modo de amortiguadores (Calle, 1990).

En efecto, ante la ansiedad las personas pueden proceder de muchas maneras, como emprender el camino a la búsqueda interior, ensanchar la comprensión y poner las condiciones oportunas para integrarse interiormente, o, por el contrario, pueden reaccionar neuróticamente y buscar soluciones falsas como: egocentrismo, infatuación, dependencias de cualquier orden que son un reflejo de la propia deficiencia emocional, dependencias morbosas de otras personas o de distintas situaciones, farmacodependencias, alcoholismo, ira, agresividad, autocompasión, lamentaciones y quejas repetitivas, culpabilizaciones, hostilidad, aislamiento, embotamiento, autoengaños, enmascaramientos, etc.

Es evidente, pues, que ante la ansiedad hay soluciones ficticias, no provechosas, ineficaces y aún a la postre incrementadoras de la propia ansiedad; pero también, si se quiere, hay soluciones reales, provechosas y eficaces. Lo importante es, después de haber buscado las posibles causas de la ansiedad, poner los medios para integrarse interiormente y suplir la ansiedad por la satisfacción.

Cabe mencionar que además de que la ansiedad altera el comportamiento de la persona, perturba sus vivencias, roba la armonía con uno mismo y con los demás; puede originar incluso graves trastornos psicósomáticos.

Está claro que cuando el individuo sobrepasa su nivel de ansiedad, ésta no sólo lo abordará displacenteramente, sino que le creará toda suerte de bloqueos, crispaciones, tensiones y zozobras que le desarrollarán aún más cantidad de ansiedad que puede llevarle a la angustia y a la somatización.

Así, la ansiedad en umbrales altos provocará inquietud motora, tics, rigidez, taquicardia, trastornos gastrointestinales, opresión, insomnio, hipertensión, impotencia sexual, entre otros trastornos psicósomáticos (*idem*).

Con respecto a los efectos fisiológicos que produce la ansiedad, Valdés y Flores (1985) menciona que los sujetos con elevada ansiedad presentan niveles plasmáticos de cortisol un 70% más altos que los individuos no ansiosos; refiere además que se observa un claro incremento del cortisol plasmático en los estados de miedo. Incluso, en los sujetos ansiosos, el incremento en la excreción urinaria de 17-OHCS puede mantenerse durante varios días.

Ahora bien, al margen de las complejas acciones biológicas de los glucocorticoides, la importancia de los 17-OHCS en la psicobiología del estrés reside en su capacidad para indicar bioquímicamente los efectos estresantes de la activación. La actividad del eje suprarrenal como fenómeno concomitante de la activación se da en los estadios de peligro, amenaza, pérdida de control, incertidumbre, huida, derrota, ansiedad o depresión, y se expresa bajo la forma de un estado emocional desagradable o de malestar. Así lo prueban

los altos niveles de 17-OHCS detectados en sujetos que experimentan situaciones y estados definidos como ansiosos; así por ejemplo, los niveles plasmáticos de colesterol se han correlacionado positivamente con los estados de miedo; del mismo modo el ácido úrico resultó ser un buen indicador de la preparación del sujeto para el afrontamiento de las situaciones ansiosas (*id*).

Respecto a esto, Calle (1990) menciona que en nuestro cuerpo hay dispositivos para angustiar y para tranquilizar. Como bien indica el médico bGuglieri, la ansiedad y la insania psicológica perjudican de hecho gravemente las energías y el cuerpo. Así, la ansiedad tensa físicamente; esa tensión física redundando en mayor ansiedad y el círculo se cierra. "Las energías se enrarecen, se estancan y todo lo que no fluye se torna putrescible, entonces los entuertos del pensamiento crean aún más ansiedad" (citado en Calle, 1990, p. 54).

Por su lado, Dejours (1990) menciona que al estudiar o analizar respecto a la angustia del ser humano, se encontrarán evidentemente los efectos que ésta tiene sobre la salud.

La presencia del factor humano en las antes mencionadas somatizaciones queda aún más clara en los síndromes cardíacos que presentan muchas personas, originados a partir de una actitud de ansiedad con respecto a la información acerca de la frecuencia de cardiopatías y especialmente de infartos cardíacos (Kielholz, 1987).

Este breve análisis de la ansiedad permite comprender que bien se puede decir que gran parte de la ansiedad está dentro de uno y uno la pone en los distintos objetos y situaciones. Por ello es necesario irse adiestrando en la percepción, en la apertura de la comprensión, así como en el discernimiento y el establecimiento de una conciencia permanentemente alerta, para poder ir modificando aquello a lo que se le ha dado mal uso, o se le ha encausado de forma dañina, y desplazando lo inservible.

Habrá que, como dice Calle (1990), dejar atrás a esa mente pequeña y contraída que sopora el peso de la ansiedad y la estrechez de miras, que vive en la culpabilidad y los

pretextos, que se niega a renovarse y en su vejez teme abrirse, saltar fuera de los propios condicionamientos y abandonar la cárcel de la ansiedad.

Interesarse por ser una persona capaz de ver y asumir las cosas tal cual son sin cargarlas de ansiedad o preocupación, sin enfocarlas desproporcionalmente, será sin duda algo más sano para el ser humano en todos los sentidos.

Un toque de ansiedad bien canalizada, sin embargo, puede ser un ayudante o un aliado, ya que se puede reorientar la ansiedad hacia la búsqueda de conquistas externas, puede convertirse en un estímulo para salir de esa sensación negativa que es la ansiedad y poner el mayor empeño por alcanzarlas.

Al igual que el estrés, cuando la ansiedad se mantiene en niveles bajos, puede ser instrumentalizada para la producción de cualquier tipo, la creatividad y la ejecución de determinadas tareas (Aguayo y Lama, 1998). En tal caso, la ansiedad puede ser un toque de vitalidad extra para ser más emprendedor, más activo e incluso más creativo.

Cabe hacer una reflexión: aún con esa ansiedad instrumentalizada u orientada hacia las conquistas externas, hay que tener cuidado, ya que pudiera convertirse en un lastre, si el individuo llegara a estar siempre en el hacer, pero no en el ser. Al suceder esto, cualquier vivencia emocional positiva la verá y sentirá con insuficiencia, desagrado, aburrimiento, o con cualquier otra actitud empobrecedora. "Ni todas las conquistas externas pueden obsequiarnos con la armonía interior" (Calle, *op. cit.*, p. 34).

Ahora bien, esa calma interior se gana, no sobreviene gratuitamente. "Es el resultado del crecimiento interior, la maduración psíquica, la evolución consciente; es la consecuencia de un ejercicio de comprensión, mejoramiento, ensanchamiento de la conciencia, recuperación de lo más quieto y genuino que reside en uno mismo; es el obsequio que se desprende de una actitud adecuada, de un enfoque correcto de la realidad, de un discernimiento claro y de la apertura de la inteligencia (no sólo del intelecto, muy limitado en sí mismo) y del corazón" (*ibid*, p. 59).

A pesar de ser la ansiedad una sensación común y generalizada, y siendo pocas las personas que logran superarla totalmente y habitar en un estado de calma y contento interior, es obvio que bien merece la pena el poner las condiciones para hallar ese estado de armonía y equilibrio exento de inútil inquietud. "Un minuto de paz interior vale más que un lustro de ansiedad" (*ibid*, p. 24).

Finalmente, sin perder de vista la particularidad de cada individuo, he aquí algunas alternativas provechosas ante la ansiedad:

- Técnicas psicofísicas: procedimientos de control respiratorio, relajación.
- Técnicas de concentración: desarrollo metódico de la atención mental.
- Técnicas de ensanchamiento de la comprensión: autoobservación y autoconocimiento.
- Desenmascaramiento psicológico: enfrentamiento con los miedos y temores, superación de los venenos de la mente, perfeccionamiento del discernimiento y resolución de conflictos, desarrollo de enfoques correctos de la propia existencia, cultivo de emociones positivas y de la ecuanimidad, acoplamiento con el aquí y ahora, superando las resistencias psíquicas.
- Creatividad: sublimación a través del arte (Aguayo y Lama, *op. cit.*, Calle, *op. cit.*).

3.3 Angustia

Desde que el ser humano está alojado en el vientre de su madre ya es receptivo a la angustia. No hay duda de que los problemas, conflictos y amarguras que pueda experimentar la madre, se filtran a su hijo.

De este modo, ya desde niño el individuo tiene que arreglárselas ante la lucha de tendencias a menudo contradictorias, la ausencia de esclarecimiento mental y el resquebrajamiento psicológico, creando dentro de sí aunque sea un equilibrio ficticio en base a mecanismos muchas veces poco saludables pero que ocultan sus deficiencias.

Cuando adulta, la persona sigue parcheando y negando su realidad interior, de espaldas a su naturaleza existencial, perdiéndose en lo ilusorio y deleitándose en sus fantasías sin encarar la realidad tal cual es, sin penetrar sus temores, sin resolver de una vez por todas sus conflictos internos, sin evitar inútiles racionalizaciones y escapismos. Todo esto impedirá comenzar a poner los medios para vivir desde la unidad interior y llevará, en cambio, a vivir desde la caótica superficialidad y la fragmentación del ser, cayendo fácilmente en las propias emboscadas y trampas del laberinto interior y de los autoengaños (Calle, 1990).

El ser humano siente angustia además ante el comprometimiento, sobre todo cuando, en el fondo, tiene que ocultar algo, rechazar, no reconocer, avergonzarse o ser poco sincero. No ser sincero con relación a sí mismo puede significar ser impropio, no ser propio para sí mismo, y quien no es para sí mismo, falta contra sí mismo, queda en algo deudor a sí mismo (Condrau, 1968).

Calle (*op. cit.*) menciona que todo aquello que salpica el ego del ser humano lo hace sentirse amenazado y subsecuentemente experimenta temor y angustia. Agrega que debido a que el núcleo angustioso está en lo más abismal y se propaga en ondas de ansiedad hacia la superficie, la angustia que se puede experimentar en el escenario de la mente es sólo el reflejo de una angustia infinitamente más profunda.

De ahí que la angustia se coma nuestras mejores energías, tense física y psíquicamente y, por consiguiente, produzca fatiga, extenuación entre otras afecciones psicósomáticas.

Etimológicamente hablando, "angustia" viene de la palabra latina *angere*, que significa oprimir, y evoca la sensación de opresión torácica, de nudo en el estómago y en la garganta, que se experimenta en ese momento (André, 1997).

Calle (1990) define la angustia como cerrazón, estrechez, limitación interior de una persona, resultado de la ofuscación, la falta de plenitud vital, del sentimiento de realización.

Por su parte, Prigent (1982) menciona que el miedo y la desconfianza desencadenan la angustia, crispando en el seno del sufrimiento.

De acuerdo con esto, Calle (*op. cit.*) dice que una persona angustiada se mueve a través del miedo, la ira, el temor y la hostilidad, apoyándose falazmente en ideologías, en subjetivismos con los que busca un pretexto para su violencia y su codicia, pagando un precio muy alto: el de su propia crispación, agitación, zozobra.

Una persona así no dispondrá de la energía para disfrutar ni siquiera de sus triunfos. Además, no podrá comunicarse con los otros seres porque estará tan llena de ofuscación, miedo, codicia y hostilidad, que "no podrá acoger lo más esencial de la existencia, ni apreciar los auténticos matices de la vida. Y ¿cómo ha de hacerlo, si es un circuito puesto en marcha, condicionado y condicionante, asfixiado en su propia mecanicidad?" (*idem*, p. 83).

Así, una persona angustiada caerá en las redes de sus pensamientos obsesivos y neuróticos; y al asaltarle toda suerte de imágenes y proyecciones repetitivas, insaciablemente se mantendrá estancada en un programa que se repite hasta el hastío, en un surco limitador y empobrecedor de la conciencia. Mirar y comprender este sutil mecanismo es muy importante.

Es de notar que existan numerosas clases de angustia que se superponen, desde la angustia más básica, hasta la angustia social, pasando por la biológica y la psíquica. Por ejemplo, cuando la angustia es muy persistente (angustia flotante) o muy intensa y es el síntoma más manifiesto entre los síntomas neuróticos de la persona, es cuando se habla de neurosis de angustia (*id*). La angustia social puede ser provocada, entre otras cosas, por el miedo a la desaprobación, miedo que ata con firmeza a la gente que lo padece (Keen, 1994). De hecho, mucha gente se obliga y compromete a

acciones y convenciones inútiles, desgastantes y tediosas, y es que no hay nada más agotador que tener que agradarle a alguien.

Efectivamente "una vida vicaria no es vida en absoluto, es el atrapamiento en un mundo falso de apariencias, en el que se excluyen las esencias sensibles de la propia experiencia" (*idem*, p. 37). Y ¿cómo decir que vive alguien que se siente vivo sólo cuando se ve reflejado en los ojos de otro?".

André (1997) menciona que la angustia que llegan a sentir muchas personas ante los demás es tal, que llega a convertirse en fobia social, la cual frecuentemente causa más complicaciones psicológicas. Dicho autor basa su comentario en algunos estudios que han calculado que el porcentaje de sujetos fóbicos sociales que padecen otros problemas alcanza hasta un 70%. Dichos problemas tienen que ver frecuentemente con trastornos de ansiedad generalizada o la agorafobia, el miedo a ir lejos de casa, cuya asociación con la fobia social es bastante lógica y el alcoholismo, en una proporción que va del 20% al 40% de los casos.

En efecto, la superposición de las diferentes clases de angustia se refleja en casos como los de los fóbicos sociales y muchos bebedores ansiosos. Los poderosos efectos ansiolíticos del alcohol explican este fenómeno, ya que ayudan a romper el hielo, a suprimir ciertas inhibiciones. Pero para algunos es también una manera de afrontar la realidad sin experimentar una ansiedad demasiado intensa. Un paciente que no pueda salir de casa sin haber tomado antes alcohol, es un caso que está ya a mucha distancia de la timidez o del miedo escénico (*idem*).

De lo anterior, es fácil concluir que la angustia puede derivarse en obsesiones y fobias muy diversas, pero además, de manera inesperada e imprevista, la persona puede padecer violentas crisis de angustia con una sensación de despersonalización e irrealidad. Lo más grave es que la persona, paradójicamente, se identifica con esa despersonalización de tal modo que la misma persona genera mayor angustia (Calle, 1990).

Algo muy importante, y tema de interés primordial para este trabajo, es la influencia que tiene este estado emocional en la incidencia de somatización. Pues bien, respecto de este tema Calle (*op.cit.*) menciona que la angustia puede alcanzar niveles tan altos que puede provocar desórdenes físicos, alteraciones en el comportamiento, además de estados mentales realmente confusos y displacenteros. En las crisis de angustia, por ejemplo, se originan modificaciones fisiológicas y todo tipo de reacciones somáticas; algunas personas se paralizan, y otras, por el contrario, en su angustia se mueven nerviosamente, caminan apresuradamente o corren.

Apoyando esta influencia de lo emocional en lo físico, Kielholz (1987) menciona que en general la angustia y la función cardíaca se hallan en una relación psicósomática especialmente íntima.

De igual manera, André (1997) habla de que la angustia en gran parte se identifica por sus manifestaciones corporales y fisiológicas; hace alusión incluso a los resultados que se obtuvieron en algunas entrevistas hechas a personas que experimentaban angustia, los cuales manifiestan que al describir su angustia, la mayoría de las personas interrogadas destacaban e insistían, para describir su turbación, en las manifestaciones físicas y fisiológicas que experimentaban.

En otros casos, se explica la presencia de angustia en alteraciones somáticas en parte por motivos psíquicos, como autorregistro o registro en otras personas de una alteración corporal generadora de angustia (por ejemplo, fobias iatrógenas a enfermedades cardíacas y a la hipertensión), pero también en parte por motivos corporales como angustia a consecuencia de procesos somático-metabólicos (un ejemplo es la isquemia en la esclerosis coronaria) (Kielholz, *op.cit.*).

Aún en los trastornos de angustia social se manifiestan síntomas fisiológicos y corporales, intensos (André, *op.cit.*).

Debe quedar muy claro que no existe una regla o un parámetro universal para determinar específicamente el grado de influencia somática que tendrá en el ser humano la

presencia de angustia; esto se debe a que la incidencia de la somatización en diferentes individuos está relacionada con la historia personal del estado corporal y psíquico de un individuo. Más aún, realizar este análisis completo de la persona suele resultar en el reconocimiento de que "la angustia se halla vinculada a un determinado órgano en un determinado individuo y que las causas pueden residir, en tales casos, tanto en la temprana infancia como en etapas posteriores de la vida. Así por ejemplo, la diarrea o la ingestión excesiva de alimentos conducente a una obesidad se explican con frecuencia como procesos regresivos, determinados por la angustia, hacia modos de comportamiento de la temprana infancia" (Kielholz, *op. cit.*, p. 63).

En el sector psicossomático hay, pues, múltiples posibilidades de manifestación de la angustia. Algunas veces ésta surgirá en forma consciente y bien patente; otras, de modo inconsciente y enmascarado; en ocasiones, en forma generalizada; en otros casos, localizada.

Kielholz (1987) menciona que, en general, pueden observarse los síntomas psicossomáticos de angustia como fenómenos expresivos mímicos. Síntomas por parte del sistema nervioso vegetativo, de índole simpático (ergotropía) y parasimpático (trofotropía).

Por su parte, André (1997), haciendo referencia a investigaciones hechas a partir de entrevistas a personas con gran angustia, da a conocer que, por orden de frecuencia, se presentaban las manifestaciones siguientes: palpitaciones, temblores, transpiración, tensión en los músculos, nudo en el estómago, boca y garganta secas, sensaciones de calor y frío, enrojecimiento, incapacidad de pronunciar palabras, y petrificación.

Coincidiendo con estos síntomas, Kielholz (*op. cit.*) menciona que los síntomas generales de la angustia son: inquietud y tensión interiores, temblor, sobre todo de finas oscilaciones, opresión cefálica y cefalea, palidez facial, crisis sudorales, sequedad de boca, sensación de vértigo, alteraciones del sueño.

Pretendiendo ser más específico, el autor antes mencionado enumera algunos síntomas de acuerdo al sistema del cuerpo que afecta, de la siguiente forma:

1. Organos de los sentidos: hiperestesia sensorial general, midriasis, reflejo pupilar psicógeno, ensanchamiento de la hendidura palpebral y escotomas.
2. Sistema circulatorio: ansiedad y opresión precordiales, taquicardia, extrasístoles, autopercepción del pulso y jaqueca.
3. Sistema respiratorio: taquipnea, hiperventilación, sensación de ahogo, asma bronquial.
4. Tracto gastrointestinal: sequedad de boca, anorexia, bulimia, hipo, opresión gástrica, meteorismo, espasmos intestinales, diarrea y estreñimiento.
5. Sistema urogenital: poliuria y polaquiuria, espasmo del esfínter vesical, trastornos de la menstruación como la dismenorrea.
6. Piel: dermatofismo, prurito y fenómenos alérgicos.

La siguiente clasificación de los tipos de angustia dejará más clara aún la influencia de esta emoción en la somatización.

a) Angustia consciente, generalizada

Su modo clásico de manifestación es la crisis aguda de ansiedad del neurótico angustiado, así como la depresión angustiosa y agitada. Aparece también en el hipertiroidismo. Los síntomas somáticos correlacionados con la angustia pueden definirse como manifestaciones vegetativas concomitantes; estos síntomas de la angustia constituyen en general una parte del fenómeno total.

b) Angustia consciente, localizada

La aparición de una angustia consciente, somáticamente localizada, es rara. Casi siempre se afectan varias funciones vegetativas, si bien limitadas a un determinado sistema orgánico. Como ejemplo típico puede considerarse a la neurosis cardíaca, en la que surgen

crisis agudas de angustia con palpitations, taquicardia y sensación de aniquilamiento. En tal caso, sólo paulatinamente y con ayuda del psicoterapeuta, la persona puede irse dando cuenta de las relaciones entre sus síntomas y sus vivencias anteriores.

c) Angustia encubierta, localizada

Esta angustia se manifiesta a través de un síntoma psicossomático aislado (como, por ejemplo, dolor de cabeza), que puede presentarse de un modo agudo, recidivante o crónico. En ello reviste interés la relación entre angustia y sistema orgánico. Algunos autores relacionan la elección del órgano con determinadas formas de comportamiento dependientes del sistema nervioso vegetativo; otros con una sintonización respecto a un sistema orgánico. Se ha demostrado, estudiando la eliminación de uropepsinógeno en la orina, que la secreción gástrica excesiva puede estar causada por una angustia selectivamente conectada con el deseo de sentirse cobijado o con el riesgo de pérdida de unas relaciones de dependencia (Kielholz, 1987).

En los obesos, por ejemplo, una actitud de permanente angustia puede enmascarse bajo una satisfacción constante, compulsiva e incontrolada del apetito, aunque pudieran manifestarse exteriormente como equilibrados y sosegados. "Otros ejemplos de aparición monosintomática de angustia están representados por los accesos de asma aguda y por la colitis ulcerosa aguda, cuando existen problemas exteriores o íntimos no resueltos (ruptura de vínculos, responsabilidades, etc.). En estas dos últimas enfermedades los conflictos ligados a la angustia han sido con frecuencia objeto de represiones particularmente intensas" (*id*, p. 54).

El trastorno psicossomático, o constituye parte de la angustia misma, o es un síntoma de ésta; por ejemplo, la sudoración, las palpitations, la mímica angustiada. El síntoma psicossomático unido a la angustia posee una función defensiva. Cuando el síntoma está presente, la angustia desaparece; si el síntoma, en cambio, es reprimido, la angustia se manifiesta de nuevo; se observa, por ejemplo, en la ingestión compulsiva de alimentos que posee una función regresiva, aminoradora de angustia (al igual que sucede con las

obsesiones). La angustia a consecuencia de un acontecer corporal, conduce casi siempre a un círculo vicioso entre angustia síntoma corporal, y angustia de nuevo.

Cabe mencionar que, desde el punto de vista somático, la angustia puede manifestarse de un modo extraordinariamente variado y afectar a casi todas las funciones vegetativas y a casi todo órgano que actúa sobre funciones corporales aún cuando no sea percibida por el sujeto. De ahí que, pese a que muchos individuos se sientan libres de angustia, su presencia se denuncia al observador por la expresión tensa del rostro, la dilatación de las pupilas, lo precipitado del gesto o de los actos de comer o de beber, o bien por la respiración entrecortada (*idem*).

Después de haber mencionado los aspectos que hacen de la angustia una emoción dañina para la salud, por su tendencia a hacerse oír a través del cuerpo, sería conveniente hablar de algunas opciones para hacer frente a dicha emoción.

Ante todo, es muy importante, que “en lugar de ponerle parches a la angustia” con soluciones y tendencias neuróticas (que tal vez disfracen la angustia momentáneamente, pero que al continuar operando incluso se agravarán), “se le mire, se le sienta al desnudo, se le penetre y se reconcilie uno con ella” (Calle, 1990, p. 85).

Una técnica de la que se dispone para enfrentar la angustia y quizá resolverla, es el arte de mirar. Si se abre la comprensión hacia adentro y hacia afuera, si se es capaz de ir diestramente desmantelando la rigidez del ego y se va encontrando un eje de equilibrio más allá de la fricción y la dualidad dentro de sí, la angustia comenzará a remitir (*ib*).

Es a través del arte de mirar que se podrá ahondar lo suficiente como para poder descubrir el trasfondo de uno. Solventar la angustia en su superficialidad sin resolver el núcleo de la angustia no es una solución.

Otro aspecto que puede ser útil para enfrentar la angustia es, como ya se ha visto, recordar que la angustia en lo más inconsciente puede ser un estímulo u obstáculo

insalvable. En otras palabras, como bien lo declara un adagio indio: "El mismo suelo que te hace caer es el que te ayuda a levantarte" (*ibid*, p. 37).

De modo que, en lugar de que la angustia se tome un obstáculo, hay que ayudarla a ser ese suelo que nos hace caer, pero para incorporarnos con mayor coraje. Sería un error muy grave el que una persona se pretextara o amparara en su angustia para seguir detenida en su proceso de desarrollo en el arte de mirar. Asimismo, es imprescindible evitar autocompadecerse, lamentarse, magnificar la importancia de la angustia y desfallecer ante ésta; cuanto más se reaccione con miedo, más se provocará y se desencadenará la propia crisis y más se le alargará.

Se hace aún más displacentera la angustia cuando se reacciona ante ella añadiendo más miedo; es como añadir pesar al pesar mismo, o bien como el sufrimiento que experimentan algunos por no querer sufrir; así la resistencia provocará mayor tensión y angustia. Por ello es mejor aprender a soltarse, abandonarse y comprobar que el síntoma se alejará y nos alcanzará menos penosamente.

Estancarse en el encubrimiento y compasión de la propia angustia, impedirá invertir tiempo en poner los medios para crecer interiormente.

Más bien, habría que aprender a ver que la angustia es un aviso, una alarma que hay que agradecer porque comunica que dentro de uno hay un desorden que habrá que solucionar. Con el ejercicio, uno puede llegar a ponerse al margen de su propia angustia (y otros procesos displacenteros) y a enfocarla como un proceso muy desagradable pero sin fatales consecuencias (*id*).

Hay que ir descargando poco a poco el síntoma mismo de una reacción angustiosa o, dicho de otra manera, no angustiarse ante la angustia.

Para ello es necesario reeducarse para vivir el proceso sin cargarse aún con mayor ansiedad, mediante un aprendizaje de observación que permita ver el proceso como tal, con ecuanimidad, como testigo menos angustiado, observando y comprendiendo que tal

proceso se está desarrollando en él porque hay causas internas, conflictos sin resolver, que se traducen en angustia.

Hay que mantener el talante del guerrero espiritual: mirar al dragón sin pestañear siquiera (*idem*). Es cierto que resulta muy difícil mantener la serenidad cuando se experimenta una crisis de miedo, ira, tensión o bien de celos, pero uno puede adiestrarse para el mirar objetivo del proceso reaccionando lo menos posible; intensificando la cualidad de observador y dotándola no sólo de poder de comprensión, sino de capacidad de mantenerse tranquila en su puesto: en lugar de aterrarse porque la crisis pueda presentarse, negarse a ella.

El darse cuenta de lo importante que resulta para la salud física la armonía interior –consecuencia del crecimiento interior–, puede ser en sí mismo otro aliciente para empezar realmente a valorar las emociones positivas y a comprender que sin el equilibrio psique y cuerpo, nada se puede disfrutar, y que con el todo en equilibrio, hasta la más pequeña manifestación de vida adquiere todo su relieve y trascendencia.

Este crecimiento que posibilita la armonía interna requiere de un trabajo interior, es toda una estrategia para abrirse, potenciar las energías latentes, ensanchar la comprensión y obtener una vivencia mucho más rica de la propia existencia; ayuda a completarse a sí mismo, y desde esa integración interior, a relacionarse fructíferamente con los demás; quiebra las repeticiones mecánicas y compulsivas, y nos ayuda a superar nuestras carencias (Calle, *op. cit.*).

Habrán entonces que desapuntar el rígido eje de la mente, empezando por sus complejos e inhibiciones, por su empobrecimiento energético y vital, además de acabar con ese juego insensato, que tanto dolor propio y ajeno origina, y dar el salto a otra realidad en la que se pueda ejercitar en la decodificación de la psique (*id*).

Desarrollar la capacidad de observar y penetrar el conflicto para resolverlo desde adentro mediante la esclarecedora comprensión. Aprender a aceptarse para, desde la aceptación, por sí mismos y por los demás, poder mejorar y evolucionar conscientemente, entrenar el discernimiento, adiestrarse en la observación hacia afuera y hacia adentro. Asumir el esfuerzo personal con libertad, sin imposiciones externas, con menos apego al otro y descubrir los mecanismos del autoengaño.

Esa búsqueda interior es posible cuando se tiende hacia el metódico desarrollo de la atención mental, mediante:

- La vigilancia de los pensamientos, palabras y actos.
- La aplicación de las técnicas de concentración.
- Manteniendo un buen nivel de atención en la vida diaria.
- Poniendo en la vida cotidiana actos lúcidos y conscientes a modo de entrenamiento, para el desarrollo de la atención y la conciencia.
- Enfocándonos lo más perceptivamente posible sobre el instante (Calle, 1990).

Asimismo, dos factores que ayudarán de sobremanera en el enfrentamiento de la angustia serán: diluir los impedimentos u obstrucciones como desconfianza en uno mismo e ignorancia de la propia naturaleza existencial y entrenarse en actitudes adecuadas como: la liberación de los adoctrinamientos y viejos patrones de conducta, la ruptura de dependencias morbosas, la superación del parloteo mental y las obsesiones, de la excesiva demanda de consideración y seguridad y la eliminación de conceptos que dominan y falsean la realidad (*idem*).

Hay que impedir que se consuman las mejores energías en mantener en pie sus barreras y defensas. De cuánta energía se dispondría para el cambio interior si no se la desaprovechara con obsesiones, incertidumbres, apegos dañinos, miedos insensatos, expectativas inciertas, lamentaciones y otros enredos desatinados de los pensamientos condicionados.

Todo ser humano dispone de los medios para poner en marcha dicha transformación interior, modificar la conciencia y liberarse de negatividades mentales, porque todos pueden ser capaces de comprender sus emociones y de cultivar otras más positivas. El ser humano además puede aprender a no dejar que lo condicionen las emociones negativas, a través de la facultad de entrenar y desarrollar la conciencia.

Dado que, afortunadamente, es innecesario e imposible enumerar una serie de pasos a seguir para hacer frente a la angustia, puesto que el ser humano no es una constante numérica, no se darán más sugerencias. Sin embargo, se puede decir que todas las pautas antes mencionadas se resumen en la estimulación del anhelo de la libertad interior, apelar a todas las fuerzas de crecimiento y poner los medios para alcanzar una dimensión de quietud, vitalidad y bienestar (*id*).

Cabe mencionar que cuando la persona desbordada por la angustia no puede manejarse a sí misma y autoayudarse, porque la angustia aniega su mente y su carácter y no dispone de la capacidad para poner las condiciones que refuercen sus potencias de crecimiento, tendrá que recurrir a una terapia. De todas las psicoterapias, la más digna es el análisis, porque pone los medios para que el individuo pueda por sí mismo ampliar su comprensión y comprender su universo interior. No obstante, hay pocos analistas realmente adogmáticos y capaces de recoger lo mejor de todas las escuelas.

El éxito en un análisis, además de depender del analizado, de manera muy especial depende del analista; es por ello que ha de escogerse muy cuidadosamente al psicólogo que se consulte, el cual preferentemente debiera poseer amplia cultura, conocimiento de las diversas escuelas y técnicas, "considerable madurez personal, su grado de humanidad y propia realización, ya que una persona inarmónica no puede incursionar armónicamente en el ya inarmónico interior del paciente". No abunda tal tipo de psicólogos, pero por fortuna hay un número de ellos. "Una terapia así es una terapia digna, que apela a la inteligencia y las potencialidades del paciente, que, como diría Karen Homey, confía en las fuerzas subyacentes de crecimiento y desarrollo que hay en todo ser humano" (*idem*).

Es muy importante señalar que la persona que decida tratarse con un especialista, debe asumir la responsabilidad que esto implica, ya que en último caso uno mismo es siempre su propio discípulo, su propio terapeuta y su propio paciente, o ¿quién mejor que el propio sujeto de aflicción, para hablar de su angustia y superarla?.

Finalmente, un aspecto de la angustia que resulta bastante frecuente es el hecho de que ésta, y en especial la social, pueda complicarse con una depresión, respecto a dicha incidencia André (1997) habla de una proporción que va del 50 al 70% de los casos; el autor explica esta proporción diciendo que el replegamiento sobre uno mismo, la duda permanente sobre la propia capacidad y el desgaste nervioso causado por el miedo a ciertas situaciones, son explicaciones más que suficientes. Agrega que muchas depresiones resultan así de la escasez o ausencia de signos de reconocimiento provenientes de los demás, que otras tantas proceden de la incapacidad de entablar relaciones cabales con otras personas, de una tendencia fuerte a interpretar cualquier acontecimiento de una manera negativa, y finalmente a crearse un universo empobrecido, y algunas más son la expresión de un déficit en el terreno de las relaciones. Debido la relación anterior, la siguiente emoción que se abordará será la depresión.

3.4 Depresión

No hace falta ir muy lejos para descubrir que las cosas no funcionan bien. Se lee el periódico, se enciende la radio o la televisión, y las noticias sobre guerras, asesinatos y violencia están a la orden del día. Alrededor nuestro se encuentran personas mentirosas e hipócritas que hacen desconfiar de todo el mundo; además, los sucesos inesperados como un accidente de tráfico, o ver la pobreza e inanición en que vive tanta gente nos muestran el lado más cruel de la vida. Y ¿cómo no estar deprimido ante tanto suceso fatídico?

Es indudable que situaciones como éstas provoquen esa emoción negativa de la depresión, pero también es cierto que dicha emoción puede evitarse, aminorarse o incluso aprovecharse para cuestiones benéficas. Por ello la cuestión que ahora surge es saber qué factores están implicados en la depresión.

Primeramente habrá que empezar por hablar de cómo se ha definido este estado emocional. Así tenemos que Tierno (1997, p. 37) la ha definido como la "alteración del estado de ánimo que se caracteriza por sentimientos de tristeza, desgano, falta de energía para llevar a cabo cualquier actividad, acompañada por pensamientos de culpa o de inutilidad excesivos, síntomas que provocan malestar en la persona que los padece e interfieren en el desarrollo normal de su vida cotidiana".

También ha sido definida como "el desplome donde la vida parece haber renunciado a animar la existencia, momento en el que el ser ya no significa hacer, pensar, actuar, reaccionar, poseer, comprender, saber, sino que se limita a ese algo que persiste a pesar de todo y que asoma desde el fondo de la nada, a un cabo de vela en la noche, a una presencia que se afirma humildemente desde el fondo de la ausencia". De este modo en la depresión el ser se reconoce a sí mismo, ante todo, como "un punto de emergencia gratuito, recibido, dado, aleatorio y precario, tanto más verídico cuanto que no es evidente, que al salir de la nada depresiva, se vuelve interior por haber experimentado lo precario e insignificante de la exterioridad" (Prigent, 1982, p. 58).

Es de señalar que la depresión surge como una respuesta del organismo cuando éste se encuentra en un estado en el que no se está a gusto; respuesta que toma la expresión de cansancio o desgano exagerado, tristeza y melancolía, como si el cuerpo hubiese dejado de funcionar durante un breve período de tiempo (Chiozza, 1990). En un principio, es decir, cuando la depresión es un estado emocional pasajero, ésta puede ser algo que incluso pueda ayudar a cambiar la situación actual de vida y hacerla más agradable y satisfactoria, ya que gracias a este descanso, en el que no se tiene la disposición para pasar a la acción, se puede reflexionar sobre la propia vida y descubrir qué nuevo rumbo se le quiere dar.

Ahora bien, hablando de una depresión más intensa, Prigent (*op. cit.*) menciona que ésta es la secuela de una falsificación del ser, de una sumisión al universo externo, de una vida mecánica y superficialmente trazada por un falso ego protector que oculta el auténtico ser desiderativo arrinconando y cubierto por todo un caparazón de falsificaciones.

Los dos comentarios anteriores reflejan evidentemente que existen varios grados, por llamarlo de algún modo, de depresión, razón por la cual se hace necesario hablar de las diferencias entre una depresión leve y una grave. Al respecto, Keen (1994) menciona que una persona con depresión leve busca alguna estimulación que le procure la sensación de que está viva, como la diversión y el entretenimiento, los cuales se supone posibilitan ese cosquilleo sensorial que compensa la renuncia a la experiencia de la plenitud afectiva.

Asimismo, el vacío interior que tiene la persona deprimida le llevará poco a poco al hambre excesiva y la adicción; de este modo, comer obsesivamente, beber, fumar, consumir, serán las formas más comunes de tratar de llenar el vacío interno.

Si el deprimido leve no reacciona, puede irse sumergiendo en una abismal depresión grave, en la que de pronto se encuentre en un ambiente carente de estímulos significativos. "En el caso de las personas con depresión grave, se ha comprobado que éstas son perfectamente capaces de no encontrar nada excitante en medio de un cúmulo de estímulos" (*idem*, p. 63).

El paso de una depresión a otra puede ser es difícil de explicar, pero Tierno (*op. cit.*) explica que las personas con depresión leve se quejan continuamente, poco a poco van reduciendo su círculo de amistades, porque les apetece menos salir, pero también porque siempre que están con alguien hablan de sus penas y dificultades, y transmiten una actitud de pesimismo total.

Como en un primer momento los amigos se vuelcan a ella, esto contribuye a que la persona se encuentre bien en ese estado de depresión, pues cuenta con la atención de muchas personas, pero al poco tiempo los amigos se van cansando, y evitan encontrársela, y por ningún motivo desean concertar alguna cita con ella. La persona deprimida verá así confirmada su creencia de que no le importa a nadie, sin darse cuenta de que con su comportamiento ha contribuido a crear esta situación, a la que se le llama "profecía autocumplida" (Cazabat, 1993).

Además, el deprimido empezará a pensar sólo en sí mismo y en lo mal que se encuentra; como está triste, recordará cosas tristes, los peores acontecimientos del pasado, centrando su atención en los aspectos negativos de las cosas, dejando de lado todo lo positivo que había en ellos, lo que le hará entristecerse más aún. De este modo, se fortalecerá la idea de desesperanza y pesimismo acerca del presente y futuro.

Keen (1994) agrega que el deprimido leve, poco a poco llegará a la renuncia a la acción y a ser más espectadora que actriz de su vida. Y una vez desconectados los sentimientos, embotados los deseos y reprimidas las fantasías sobre lo que verdaderamente le satisface, el impulso a la acción quedará destruido; esto es porque se actúa debido a que se desea algo que se imagina es posible alcanzar. Carente de este deseo "el deprimido grave adoptará una estrategia pasivo-dependiente para manipular el mundo; entonces se supondrá que los otros, como la mamá ideal, intuirán lo que él quiere y se encargarán de procurárselo" (p. 84).

Cabe mencionar que todo ser humano, en algún momento dado, es proclive a la depresión; incluso los individuos aparentemente más activos y "felices" llegan a ser pasivos y estar vacíos en su interior.

Ahora bien, en cuanto a las causas que propician la depresión, se puede hablar de una gran variedad de éstas; en muchos casos, la depresión parece estar originada por la muerte de un familiar, o incluso por cambios hormonales; pero en otros no existe aparentemente causa alguna que pueda explicar el inicio o el mantenimiento de la depresión.

Esta variedad de causas se debe a que el ser humano es una interacción de facetas; así, la salud, los amigos, la familia, la escuela, el trabajo, el tiempo libre, etc., son algunas de estas facetas que por ser significativas para él, cualquier cambio importante en alguna de ellas puede provocar el inicio de un episodio depresivo. A veces, el cambio no se produce de una manera espontánea, sino que se va gestando.

La depresión, entonces, puede presentarse de forma tan variada como individuos la padecen. La gravedad, la intensidad y las consecuencias de la depresión –al igual que en otros estados emocionales– varían de una persona a otra. Sin embargo, existen una serie de síntomas característicos de la depresión que Tierno (1997) los agrupa en cinco grandes apartados:

1. Síntomas anímicos: la tristeza, el abatimiento, la pesadumbre o la infelicidad. En algunos casos, también se manifiesta como un tipo de irritabilidad y de nerviosismo.
2. Síntomas motivacionales y conductuales: la característica principal es la disminución en la capacidad de disfrutar de las cosas. De ahí que a la persona deprimida le cuesta levantarse por las mañanas, elegir lo que se va a poner, salir de casa, etc.
3. Síntomas cognitivos: la persona deprimida tiene dificultades para concentrarse, para atender y memorizar. Posee una visión pesimista de sí misma, de lo que le rodea y de su futuro.
4. Síntomas físicos: entre el 70 y el 80 por ciento de las personas deprimidas tiene problemas de sueño (insomnio o somnolencia excesiva). Asimismo, es posible que existan otras molestias como dolores de cabeza, náuseas, vómitos.
5. Síntomas interpersonales: las relaciones de la persona deprimida se van deteriorando, en parte por la falta de interés que ésta demuestra por estar con los demás, y en parte por el rechazo que provoca en la gente este tipo de comportamiento.

Por si esto fuera poco, los síntomas de la depresión propician la aparición de algunas conductas (o su inhibición) que contribuyen al fortalecimiento de esos síntomas.

Por otra parte, a pesar de que, como ya se ha mencionado, no todos los seres humanos actúan de la misma manera ante los problemas, se puede hablar de ciertas

características de la personalidad que hacen más vulnerables a la depresión a ciertos individuos, entre las que cabe destacar:

- Baja autoestima. Cuando la persona no confía en si misma, se siente acomplejada y tremendamente dependiente, es más propensa a caer en depresión.
- Baja tolerancia a la frustración. Creer constantemente que no se van a poder superar las dificultades que aparecen en la vida, porque no se tiene capacidad suficiente para hacerlo, o bien, si ante cualquier obstáculo, por mínimo que sea, se desarrolla una gran ansiedad y malestar, esto contribuirá a que la persona vaya encerrándose en sus miedos y quedándose inerte.
- Falta de control sobre el entorno. La persona que está convencida de que haga lo que haga no puede controlar lo que le rodea y que cree que es imposible cambiar su entorno, con frecuencia se dejará arrastrar sin más, sin plantearse la posibilidad de iniciar un cambio.
- Interpretación errónea. La persona que ha aprendido a interpretar los acontecimientos de una forma errónea, como pensar que ella tiene la culpa de todo, tendrá miedo e indiferencia por intervenir (*id*).

Una de las consecuencias más características de la depresión es la inactividad, como resultado de la desganancia y la falta de interés hacia el medio que le rodea. Es muy probable que la persona deprimida deje de realizar aquellas actividades que en un principio le resultaban placenteras y satisfactorias como leer, hacer deporte, en definitiva, lo que hace es no hacer nada. Como no hace nada, no tiene la oportunidad de demostrar sus habilidades, con lo que se cree más inútil todavía, y como está centrado en sí mismo, no puede ser consciente de que los demás también tienen dificultades y pueden superarlas.

Es de notar entonces que una de las consecuencias (a veces también causa) de la depresión es la falta de apoyo social. La persona deprimida se va separando poco a poco de los demás, por lo que una de sus principales quejas suele ser que se siente sola y que no hay nadie que la comprenda o que desee estar con ella. Entonces surge una cuestión de

percepción subjetiva, esto es, la soledad, la cual no corresponde necesariamente con la realidad física, ya que una persona puede estar rodeada de gente y sentirse en la más absoluta soledad.

Otra de las consecuencias de la depresión es la influencia que tiene en lo somático, esto es, la incidencia que tiene dicha emoción para expresarse como enfermedad. Por ejemplo, Schleifer (en Dossey, 1986) descubrió que el sentimiento de duelo que conlleva la muerte del esposo o esposa genera en el superviviente desórdenes en el funcionamiento de su sistema inmunitario, en términos de una baja en su buen funcionamiento debido a la imposibilidad que se presenta para estimularlo a que cumpla con su cometido, razones por las cuales el superviviente está más propenso a enfermarse.

Kraus y Lilienfeld (en Dossey, *op. cit.*) encontraron la influencia que tiene la depresión en la salud, al descubrir que los cambios en la tasa de mortalidad por edades era de dos a cuatro veces más alta entre los viudos y viudas que entre las personas casadas. Asimismo Young informó que de 5.000 viudos británicos estudiados, la tasa de mortalidad en los seis meses siguientes al fallecimiento de sus esposas, había sido un 40 por ciento más alta de lo que cabía esperar según el estado de salud antes del fallecimiento (Dossey, *op. cit.*).

Pero ¿cómo es que la depresión por la muerte de un ser querido puede afectar la salud del que sobrevive? Schleifer y sus colegas de la escuela de medicina de Mt. Sinai encontraron que ciertos sucesos desgraciados de la vida, como la pérdida de un ser querido, pueden influir en el curso y desarrollo de diversas enfermedades. El estudio de Schleifer se centró en el funcionamiento del sistema corporal inmunitario de algunos varones antes y después del fallecimiento de sus esposas, afectadas todas ellas de cáncer de mama avanzado. Los resultados mostraron que este suceso profundamente desgraciado, como es la pérdida de un ser querido, produjo cambios en el sistema inmunitario corporal, comprometiendo así su sistema de defensa frente al cáncer e infecciones en general. Dichos autores esclarecieron uno de los mecanismos por los que eso sucede, aludiendo a que entre las causas está implicada toda la química compleja del funcionamiento cerebral (Dossey, *op. cit.*).

Ya desde 1967 Holmes y Rahe (*cit. pos.*, Dossey, 1986) encontraron la incidencia de lo emocional en lo físico, cuando intentaron estimar la capacidad de alteración vital vinculada a diversos tipos de desgracias, y concluyeron que la muerte del propio cónyuge era el acontecimiento singular más vitalmente alterante de cuantos ocurren en la vida.

También se ha encontrado que en los pacientes depresivos hay una excesiva liberación de ACTH y de cortisol, lo cual es perjudicial porque estas hormonas pueden actuar como supresoras de las reacciones inmunitarias. También se ha encontrado que las personas deprimidas presentan anomalías de los ritmos circadianos, en el sentido de incrementarse la producción diurna de cortisol y respuestas atípicas de supresión de la dexametasona (TSD) (Valdés y Flores, 1985).

Chiozza (1990) señala además el descenso del metabolismo basal en la depresión, y afirma que esta disminución del proceso metabólico es expresión global de la disminución de las oxidaciones que se producen en la mayor parte de los tejidos. Sostiene que la respiración se encuentra disminuída en su ritmo, es superficial y tiene tiempos de pausa muy prolongados. Dicho autor destaca que tal disminución favorece el colapso; agrega además que las variaciones del proceso energético metabólico son el equivalente somático de aquello que, en el plano vivencial, se experimenta como las variaciones del ánimo, y que ambos fenómenos derivan de una misma clave inconciente.

Hasta aquí se han abordado algunas de las causas y consecuencias de la depresión; pero ahora es necesario hablar de algunas posibles pautas que ayuden a evitar caer en dicho estado de ánimo, o bien que ayuden a salir de éste.

Para poder dar algunas de esas pautas es necesario primero tener presente que "es el deseo que emerge de las profundidades del ser, el que fundamenta la realidad, la verdad del ser, la veracidad de sus relaciones con el mundo y con su historia propia" (Prigent, 1982, p. 67). De este modo, para ayudar al depresivo habrá que apelar al ser de deseo "al hombre que no se deja arrebatar sus amores y sus penas, que conoce tanto su verdad personal como la de los que le rodean: verdad humilde y precaria, amenazada y expuesta, siempre por conquistar y afinar, pero insustituible e

inapreciable" (*id*, p. 34). También habrá que fomentar la capacidad de "sentir en lo más hondo la cálida presencia de la vida, discreta, humilde y generosa" (*ibid*, p.86).

Así pues, para superar la depresión simple, básicamente habrá que animar a la persona a que realice de nuevo conductas positivas y satisfactorias que le permitan descubrir que es capaz de controlar su estado de ánimo y conseguir cambiar muchas cosas de su vida. También habrá que ayudarle a tener en cuenta que es algo normal y que se pasará en unos días; contribuirá a que la persona deposite menos carga e importancia a su estado. Instar a que la depresión la utilice para mejorar, le permitirá usar ese tiempo de "descanso" para organizar su tiempo y recobrar para reiniciar con nuevas fuerzas. Todo menos acomodarse en ese estado de inactividad, para lo que requerirá de esfuerzo, pero de hecho, muchos hábitos que requieren un esfuerzo inicial, más tarde se convierten en algo muy agradable y placentero.

Enfatizarle a la persona que concederse tiempo y no privarse de algunas cosas o actividades puede resultar en una experiencia realmente enriquecedora; le ayudará a pensar en la posibilidad de hacer un horario que le permita dedicarse un tiempo para hacer aquello que le guste, sin culparse por ello. Es importante también ayudar a la persona a prestar mayor atención a los acontecimientos positivos de su vida, que encerrarse en pensamientos dañinos; siempre habrá algo positivo en lo que se pueda fijar.

Mencionarle a la persona la posibilidad de organizar un horario en el que se mantenga la actividad, evitando evidentemente que esto se quede únicamente en el pensamiento, pues sólo la acción puede ayudarle a superar ese estado. Concientizarla de que entrar en contacto con la naturaleza, como pasear al aire libre, la ayudará a relajarse y a descubrir cosas realmente hermosas a su alrededor, lo que propiciará la aparición de emociones positivas que le ayudarán a superar la tristeza.

Palenzuela y cols. (1997) realizaron varios experimentos con jóvenes españoles en los que se investigaron los efectos del ejercicio físico sobre tres medidas complementarias de depresión (rasgos de depresión general, trastornos psicósomáticos y tensión). Estos

jóvenes universitarios (de ambos sexos) fueron asignados aleatoriamente a un grupo de entrenamiento físico programado o a un grupo de control sin ejercicio, el tratamiento duró 12 semanas, con tres sesiones semanales de una hora de duración cada una.

Los investigadores reportaron un descenso en todas las medidas complementarias en el grupo de entrenamiento, descenso que se observó desde el inicio hasta el final del período, en comparación con el grupo de control. Estos resultados llevan a los autores a concluir que los efectos beneficiosos del ejercicio físico regular no se limitan a muestras clínicas, o a adultos, sino que también se extienden a jóvenes normales. De ahí la importancia que tiene alentar a las personas en general y con mucho mayor razón a las que presentan tendencias a la depresión, a que realicen algún tipo de ejercicio.

En general, para ayudar a la persona deprimida habrá que hacerle ver la soledad como algo esencial en su vida, en el sentido de que estar solo es importante a la hora de conocerse mejor a sí mismo, de reflexionar sobre su vida; además de que la soledad permite sondear el interior de sí, lo que posibilita encontrar verdaderas riquezas que luego se podrán compartir con los demás (Tierno, 1997).

Pese a los efectos positivos de estar a solas, a la gente en general se le dificulta estar sola porque ha aprendido a buscar lo que necesita únicamente fuera de sí. El amor, la esperanza, la alegría y todas esas emociones positivas necesarias habrá que desarrollarlas primero en el interior de uno y después buscarlas en los demás; creer que están únicamente en los demás sólo llevará a una tendencia de dependencia extrema a ellos.

Otro factor que impide disfrutar de momentos en los cuales se está a solas, es el hecho de que no se disfruta de las cosas porque sólo se nos ha enseñado a hacerlas; así, el trabajo, el estudio, etc., serán actividades consideradas y ejecutadas como algo que hay que hacer pero que rara vez nos producirán satisfacción. Y aquí cabría hacer mención de una cuestión muy importante: "la inversión del tiempo libre", un factor del que tampoco se nos ha enseñado a disfrutar, y al que incluso se le da poca importancia por ser invertido en actividades de interés (a veces) meramente personal o espiritual. Y es que ¿a quién

realmente le importan actividades que no tengan un interés compartido por varios, o mejor aún, quién se interesa por algo que no traiga consigo un beneficio material?

Retomando nuevamente las pautas a seguir en la ayuda a las personas deprimidas, cabe mencionar lo importante que es que en toda depresión, después de superar la tristeza, se pase a la acción, es decir, se empiece a recuperar la actividad y se puedan descubrir y cambiar pensamientos y emociones negativas, así como estar consciente de que gracias a un esfuerzo solícito se puede volver a conseguir algo de lo que se creía haber perdido para siempre, y que además se puede controlar parte de lo que nos rodea.

Por último es importante fomentar una actitud positiva ante las distintas situaciones, esto es, actuar con más optimismo y esperanza. Debido a esta relación entre actitud y depresión, y después de haber hablado de algunas otras emociones que también influyen en la actitud, el siguiente apartado abordará el tema de las actitudes.

3.5 Actitud

Un factor muy relacionado con el estado emocional, es la actitud; de hecho, algunos autores como Fernández (1987) reafirman que son las emociones las que alimentan las actitudes. Y al tener las actitudes un fuerte contenido emocional "cualquier factor que influya sobre las emociones de una persona, influirá, por tanto, sobre sus actitudes" (p. 74).

Por otra parte dado que la actitud está formada por predisposiciones temporales dirigidas a producir ciertas reacciones emocionales, también se puede concluir que las actitudes influyen en las emociones.

"Debido a esta estrecha asociación entre las actitudes y reacciones emocionales, a veces resulta muy difícil poder diferenciar entre el humor y las actitudes" (*idem*, p. 75). Así, por ejemplo, se cree que las opiniones se basan en el pensamiento o raciocinio, pero esta creencia no es del todo completa, ya que el hombre no es tan racional como cree y quisiera

ser, por el contrario, mantiene opiniones que están muy influidas por la actitud, y entonces lo que hace es utilizar su razón para justificar y defender sus opiniones.

Con esto no se quiere decir que la razón no influya sobre la opinión; lo que se trata de hacer ver es que la actitud es un factor sumamente importante y que influye, no sobre un gran número de personas en todas sus opiniones, sino sobre todas las personas en gran parte de sus opiniones (Simon, 1997).

Antes de continuar, es pertinente mencionar que las opiniones son específicas en el sentido de que se refieren a la interpretación que las personas dan a hechos o situaciones concretas. Las opiniones, además, están influidas en parte por lo que ha ocurrido (los hechos), y en parte por la actitud de la persona que los observa (*idem*).

Ahora bien, la importancia que la emoción tiene sobre la actitud ha sido demostrada experimentalmente en estudios que demuestran que las personas tienen una tendencia a creer en las afirmaciones que coinciden con sus deseos más fácilmente que en las que son lógicamente justas (Fernández, 1987).

Esto demuestra que cuando los anhelos y los deseos aparecen, la lógica suele resquebrajarse. La falta de lógica en la actitud prueba el hecho de que las opiniones sobre ciertos temas puedan ser contradictorias. Ahora bien, "las actitudes no violan la lógica, sino más bien introducen una lógica diferente, la que Mayer denomina lógica de los sentimientos" (*ibid*, p. 84).

Las experiencias mismas son fruto de un encuentro entre una situación y una actitud. Lo que convierte una experiencia afectiva en una pena rotunda o en un placer intenso es, desde luego, la presencia de tal o cual circunstancia feliz o desventurada para el sujeto, pero también el hecho de que la situación se vive con una actitud más o menos global, profunda o abierta. La misma situación existencial puede dar origen, en unos, a una satisfacción o a una irritación y, en otros, a un profundo placer o una entrañable pena, según la posición en que se encuentren (Prigent, 1982).

Fernández (1987), define la actitud como "cierta tendencia mental o predisposición a formar ciertas opiniones" (p. 78).

En otro sentido una actitud es un marco de referencia, y como tal influye sobre la forma de ver las cosas. Las actitudes, consideradas como marco de referencia, constituyen el punto de vista desde el que una persona observa la situación, y se clasifican en actitudes favorables o desfavorables. Existen, pues, actitudes favorables o desfavorables hacia países, razas, religiones, equipos de deportes, etc. (*idem*).

Un aspecto interesante de las actitudes es que éstas organizan los hechos; la interpretación de los hechos depende, entonces, no sólo de los hechos mismos, sino también de la forma en que éstos son interrelacionados y organizados por la persona. Además de organizar los hechos, las actitudes también los seleccionan; es por eso que ante cualquier situación las personas tenderán a seleccionar los hechos que son compatibles con su actitud y a ignorar o rechazar los que se oponen. En este aspecto la actitud es una especie de filtro de los hechos.

Por lo anterior, Fernández (1987) menciona que es necesario separar los elementos interpretativos de los hechos en sí, si se quiere ser imparcial y objetivo en lo posible al opinar y emitir juicios, esto es, hay que ser capaz de agrupar los hechos en todas las diversas formas posibles, y después determinar qué interpretación es la que más se ajusta a la realidad.

Así, en la práctica, lo importante es no sólo admitir que los demás han hecho una selección parcial y subjetiva de los hechos, sino también darse cuenta de que uno mismo está continuamente haciendo ese tipo de selección.

Por otro lado, en cuanto a los factores que influyen en la formación de las actitudes, resulta materialmente imposible determinarlos todos. Si se analizan, por ejemplo, los datos recogidos en las numerosas encuestas de opinión pública realizadas en el mundo, se podrá ver que las opiniones sobre un mismo tema varían con una diversidad de factores como: la edad, el sexo, el nivel educativo, ingresos, localización geográfica, afiliación política,

creencias religiosas, familia, tamaño de la comunidad en que vive, profesión etc. (Fernández, 1987).

Todos estos factores como causa de actitudes implican alguna clase de experiencia, además de que todos suponen alguna clase de pertenencia a un grupo, ya que precisamente todos estos factores son adquiridos por el ser humano al ser integrado generalmente a la familia, o al integrarse a un grupo en donde pronto se sentirá identificado, si es que desde un principio no se siente identificado. Las razones por las que el ser humano adopta las actitudes del grupo son porque el grupo protege y estimula los intereses de sus miembros. Esto crea cierta dependencia que lleva a muchos a ser influidos por las opiniones de los demás.

Algunos factores para determinar el tipo de actitud formada son las diferencias de personalidad como la decisión y emocionalidad, que hacen que algunas personas sean radicales o conservadoras, o bien que traten de evitar los extremismos (Fernández, 1987).

En cuanto a la influencia de las actitudes en el cuerpo, existen varios estudios y experimentos que la constatan; un ejemplo es la aportación importante de Fleming, al descubrir la lisozima, enzima que se encuentra en las lágrimas, en la secreción nasal y en las secreciones gastrointestinales, y cuya función es disolver bacterias y moco. Sin embargo, la actividad exagerada del parasimpático producida por un aumento en la secreción de lisozima, –aumento provocado por actitudes reprimidas–, produce ulceraciones en el colon (De la Fuente, 1985).

De ahí que se le denomine de personalidad cancerosa a aquella persona que reprime sus actitudes, y de alguna manera convierte la represión en células malignas (Chopra, 1994).

Meyer en 1947 contribuyó al estudio de las actitudes y su influencia en los efectos somáticos, al desarrollar un método para estimar la lisozima cuantitativamente, y encontrar que el número de unidades de lisozima por gramo en el excremento es normalmente de 2.7, y que en enfermos con colitis ulcerativa crónica se encuentran hasta 56 unidades. Con base

en estos estudios Grace, Seton, Wolf y Wolff mostraron que en los estados de ansiedad, aprensión, cólera, hostilidad y resentimiento, pero especialmente cuando son reprimidas las actitudes correspondientes, se manifiesta un aumento transitorio de la liozima fecal, que puede intensificarse si las actitudes se reprimen por tiempos prolongados (De la Fuente, 1985).

Cabe señalar que la mayor parte de los autores está de acuerdo en la importancia que tienen los factores actitudinales como causas precipitantes de enfermedades gastrointestinales, "Daniels, por ejemplo, afirma que en el 75% de los casos que atiende la iniciación de éste padecimiento coincide con una situación aguda de conflicto emocional en la que el enfermo ve amenazada su seguridad, pero además reprime cualquier manifestación o reacción frente a la situación " (*idem*, p. 338).

Después de tener presente que las actitudes negativas perjudican en muchos sentidos, será oportuno ahora hablar de algunas pautas que pueden ser útiles en la tarea de evitar dichas actitudes, o bien que pueden servir de señales de alerta al interrelacionarse con otros; una de ellas puede ser el reconocimiento de que gran parte de las opiniones se gestan en la actitud, lo cual puede contribuir a tolerar más fácilmente el punto de vista de los demás.

Algo que contribuirá a evitar actitudes negativas es el trabajo con miras a progresar interiormente; trabajo que ha de realizarse hacia fuera, pero principalmente hacia adentro, ya que cuando el trabajo, los logros, las conquistas, sólo se proyectan hacia afuera, se estará persiguiendo la felicidad y la armonía allí donde no pueden estar. Más aún, si la energía sólo está orientada hacia afuera, de algún modo uno se pierde a sí mismo (Calle, 1990).

Otra pauta será cultivar actitudes mentales positivas y sanas, fuente de energía y bienestar, mediante una mente alerta, es decir, a través del constante y minucioso cuidado del contenido de los pensamientos, aún el de los que parecieran más insignificantes (Passebecq, 1987).

Asimismo, habrá que evitar enfoques incorrectos de la realidad, puntos de vista desequilibrados y todo aquello que genera escisión interior o desintegración; esto es, hay que evitar el descontrol mental, la falta de sujeción del pensamiento, que es una fuga enorme de energía.

Por último, dado que el mayor determinante de la energía personal es la actitud, la autoimagen, la sensación de valía, habrá que mantenerlo activo y no desperdiciarlo, sino conservarlo en la voluntad de vivir de la mejor manera posible (Keen, 1994).

Ahora bien, es muy importante recordar que ninguna de las emociones y actitudes antes mencionadas surgen de la nada, sino que, como ya se ha estado mencionando, éstas se gestan en ámbitos como la familia, la escuela y el trabajo, puesto que son las principales fuentes de relación que tiene el ser humano. Dada esta relación y la influencia de ciertos ámbitos en la gestación de emociones, el siguiente capítulo se enfocará a hablar de los tres ámbitos antes citados.

CAPÍTULO 4

ÁMBITOS GESTADORES DE ESTADOS EMOCIONALES QUE GENERAN SOMATIZACIÓN. ASPECTOS GENERALES.

En este capítulo se abordarán brevemente las tres principales fuentes de relación que tiene el ser humano: la familia, la escuela y el trabajo, en tanto sistemas sociales principalmente generadores de emociones y actitudes negativas, a la vez que sistemas de apoyo social que pueden facilitar la creación de emociones y actitudes tendientes a una mejor salud física y psicológica.

Así pues, se puede decir que las relaciones sociales son fuentes negativas, debido a que a través del tiempo se han hecho a menudo huecas, despersonalizadas, basadas en intereses egoístas. Existe un ambiente de tensión y ansiedad que proviene muchas veces de una atmósfera de indiferencia mutua, de ventajismos, engaños, hostilidades y miedos. Entonces la ofuscación de unos hace la ofuscación de otros, la ansiedad de unos aniega de ansiedad a los otros.

La nuestra es una sociedad de ansiedad que hace "personas ansiosas que a su vez aumentarán el nivel de ansiedad colectiva, creándose y recreándose toda clase de mitos y falsas necesidades, pautas de conducta que no son acordes con una verdadera ética". La sociedad además "proporciona modos de evasión y neurosis, pero no reales procedimientos de integración y de sentido vital, como la competitividad, argucias, corrupción y violencia" (Calle, 1990, p. 82).

Todo esto conformado para que los sujetos no puedan parar, para que sigan cumpliendo con esas exigencias egoístas e ilimitadas. Otro hecho reprochable de la sociedad es que también propone como esencial y significativo lo que no lo es; o bien muestra como fundamental lo que carece de todo fundamento, sin importarle que esto lleve a muchos a no encontrar un significado genuino de su propia vida, y, peor aún, a tener que seguir adelante a expensas de la propia vida psíquica, con su soledad, la falta de significado, la codicia, el afán de poseer y dominar. De igual modo, el ser humano empezará a experimentar emociones que al no tener influencia positiva para lograr los fines establecidos por la

sociedad, tendrá que reprimirlas, lo que acarreará aún más problemas, ya que, como se ha visto, la tendencia de las emociones y actitudes negativas es hacia la somatización.

Sendrail (1983) menciona que es especialmente la sociedad urbana la que más influye en el surgimiento de perturbaciones psicológicas. Afirma esto aludiendo a que es precisamente la vida urbana una de las principales causas de la tensión en el ser humano, dada su dimensión, su omnipresencia en los momentos más graves de la vida como en los instantes más precarios, además de su estilo burocrático impersonal; todo lo cual promueve el aislamiento a que somete a los individuos, la fascinación que ejerce en todos los aspectos, pero al mismo tiempo la rápida decepción que se sucede para aquellos que no han podido encontrar un punto de apoyo o un refugio.

Dicho apoyo pudiera provenir de cualquier otro ámbito de relación significativo para el ser humano, como la familia, la escuela, o el propio trabajo, pero en estos ámbitos también pueden existir problemas, y entonces, lejos de ser un apoyo, pueden resultar ser más fuentes que propicien emociones negativas.

Por ejemplo ¿qué ayuda pudiera proporcionar una familia que fomenta patrones de competencia violenta, o que fomenta la apatía ante la vida, la incomprensión afectiva, etc.? O bien ¿cómo puede sentirse motivado el ser humano a crear y vivir emociones y actitudes saludables en todo sentido, conviviendo en un ambiente en el que se anteponen los intereses materiales y de consumo a los espirituales y morales y en el que además se promueva la agresión, la envidia, la codicia o la mediocridad y pasividad, sea que esté en su lugar de trabajo o donde estudie?

Pues bien, en el siguiente apartado se verá cómo la familia, debido a la influencia que ejerce en sus miembros, puede afectar tanto de manera positiva como negativa en el surgimiento de emociones que contribuyan a una vida más sana.

4.1 Familia

Las familias no son simples agregados de personas que viven casualmente bajo el mismo techo; por el contrario, son verdaderos sistemas sociales, cada uno con patrones de interacción, que pese a ser algunos de ellos similares a los de las familias en general, dadas ciertas características particulares de cada familia, llegan a formarse dinámicas familiares propias que a su vez crean patrones específicos de interacción entre sus miembros.

Es precisamente desde que un niño nace que se le va introduciendo en esa particular dinámica familiar; esto es muy fácil, ya que el niño se mira en sus padres como en un espejo, y poco a poco va aprendiendo de las relaciones que se gestan en la familia y de "su propio valor por lo que ellos le valoran" (Naranjo, 1997, p. 52). Innumerables detalles, palabras y gestos van configurando una imagen que en su conjunto se ajusta a lo que los otros esperan de él. Esto no es más que la manifestación de la influencia extraordinaria que los padres y madres tienen sobre los pequeños, hecho del que con frecuencia no se es tan consciente.

Asimismo, desde esta perspectiva "la familia es un ámbito de interacción y organización de los procesos de reproducción cotidiana y generacional de los individuos, vinculados o no por relaciones de parentesco, donde se crean y recrean relaciones sociales de autoridad, solidaridad y conflicto; de intercambio y poder, donde además tiene lugar la socialización de los nuevos miembros y el reforzamiento de los significados y motivaciones que fundamentan las actividades grupales" (García y De Oliveira, 1994, p. 172).

Lo anterior destaca una vez más el poder que tiene la familia sobre sus integrantes. Ahora, este poder puede influir para beneficio o perjuicio de estos mismos. Puede utilizar su influencia, por ejemplo, para promover actitudes que favorezcan la estructura social –de acuerdo al nivel en que se encuentren los miembros de la familia–, y alentar el autoritarismo, la agresión, el egoísmo, la altivez, entre otras, o inculcar la mediocridad, la inseguridad, el miedo, baja autoestima, etc., según convenga al sistema. Esto evidentemente daña al ser humano, puesto que las situaciones que se gestan alrededor de estas actitudes provocan

emociones negativas, las que, como ya se vió, son perjudiciales tanto por su impacto psicológico como por su tendencia a somatizarse.

Dada, pues, la influencia que tiene la familia en el ser humano, y por tanto, en sus emociones, este apartado abordará a "la familia, pero como el lugar donde se realizan las condiciones para la reproducción social" (González, 1997, p. 62), y (en el capitalismo) como formadora del tipo de personalidad media necesaria para el funcionamiento de la sociedad, a costa a veces del propio ser.

Por lo anterior, se hablará de manera general respecto a cómo la familia prepara a los hombres y a las mujeres para incorporarse a la producción y las repercusiones de esto en sentido emocional, además de cuatro de los factores que influyen en la gestación de relaciones y situaciones que propician emociones negativas. Si bien es cierto que a cada época corresponden diferentes maneras de percibir la educación para el trabajo, en el capitalismo se educa para ser disciplinado, puntual, responsable y obediente (especialmente al jefe o a la autoridad) (*idem*). En esta tarea, además de la familia, interviene la escuela, y por supuesto el trabajo, estos dos últimos ámbitos abordados en otros apartados más adelante.

Pues bien, "al ser una necesidad de la sociedad crear sistemas consuetudinarios y estereotipados, surge el establecimiento de su relación con la familia" (*ibid*, p. 64). Y qué mejor aliado que la familia, que al ser el lugar donde se dan los vínculos afectivos y los lazos de solidaridad más fuertes tiene más poder que cualquier otra institución para establecer mecanismos de control y de opresión.

Aunque ciertamente son la lengua, las costumbres y la educación las que crean el hogar humano, el modo de proceder en la práctica corriente de la educación es tal, que el hombre resulta "un ser socialmente coaccionado desde el principio, y no sólo en lo relativo a la propiedad y la agresión, ya que el verdadero a priori de la cultura burguesa es la represión. Así que la creciente estrechez de la existencia individual empieza temprano, y en forma inquietante" (Brückner, 1974, p. 137).

Desde el inicio, al ser insertado en el seno familiar se empiezan a generar emociones negativas, ya que para la socialización del niño se precisa de la imposición de algunos controles que faciliten la adquisición de las habilidades y demás aptitudes necesarias en la sociedad; por ello el niño irá desarrollando angustia ante los procedimientos punitivos hondamente arraigados en las prácticas de la educación y la crianza, ante la total dependencia del infante respecto de la atención del adulto. Esto puede conducirlo a experiencias de mucha tensión, debido a que no es posible engranar de modo perfecto las necesidades y su satisfacción, y no habiendo todavía adquirido una tolerancia a la frustración, cada estado transitorio resultará una catástrofe en la vida del niño (*ibid*).

Si bien es cierto que los padres dan amor al hijo, con ese amor, que es recompensa por portarse bien, aparece inmediatamente en la historia del individuo la sanción negativa. Entonces cuando transgrede (o parece transgredir) el individuo el modo de vida dominante, las normas sociales y las orientaciones de las costumbres, o sencillamente, lo que de él se esperaba, se le retira el afecto, lo que lleva al niño a sentirse hondamente desamparado, dependiente y miserable. "El ser aceptado (por el padre y la madre) solamente lo es, pues, en recompensa porque se da como castigo la no aceptación. Es la misma mano la que nos acaricia el rostro o nos lo azota dejándonos desesperados. No es solamente el trato social en la sociedad de integración; son también la educación y la socialización las que llevan en su entraña la amenaza permanente de guerra" (*id*, p. 140).

"El dominio es reconocible como amenaza de empleo de la violencia física, el aniquilamiento como principio omnipresente de las relaciones sociales, fuente de deformación de los padres, irradia sobre cada neonato, que a su vez lo reproduce después" (*idem*, p. 134).

Además, en la familia los niños pronto aprenden la dialéctica de la propiedad, que es, al mismo tiempo para la clase baja, premisa de su emancipación y condición de la privación de su libertad, un trozo de seguridad frente a su trágica posición económica, expresión de independencia parcial y, el punto en que se es individualmente controlable en el capitalismo organizado (*ib*).

En los objetos del mundo infantil se promueve la relación posesiva omnipresente de los objetos para la rivalidad y la competencia. En ese sentido, la propiedad crea de hecho hostilidad entre las personas. Los niños aprenden muy pronto acerca de la importancia que le dan los adultos a los objetos y del contacto que ellos tienen con tales, lo que propicia pautas de comportamiento, capacidades y emociones diversas. El mensaje especial que se transmite al niño es que los objetos producen contentamiento; por lo que dependerá de que esos objetos se posean en calidad de propiedad para que se posea la felicidad (*id*).

Pero con esta característica de la relación posesiva aparece también en la vida infantil el dolor de diversas formas. Una de las maneras como el niño puede experimentar dolor es ante el hecho de que los padres utilicen los objetos del niño para ejercer un control sobre él ("si eres bueno podrás volver a jugar con tu muñeco..."); otro dolor puede representar la amenaza de que otro niño desee tener su objeto y entonces se lo quite; de este modo el objeto le impondrá al pequeño desconfianza, vigilancia, además de que tendrá que insertarse en las relaciones de propiedad las cuales sin duda destruyen la solidaridad. Por otra parte, el niño pronto descubrirá que él mismo puede ejercer esas funciones de control que han estado usadas en él, sobre los demás tentativamente ("sólo te dejaré jugar con mi muñeco si...") (*ibid*, p. 139).

Aunque las situaciones anteriormente planteadas (el ejercicio de la represión, manipulación de la agresión y propiedad) siempre se promueven, no lo es en el mismo grado en todas las familias; de hecho, su ejercicio varía de acuerdo a diferentes factores, como por ejemplo, el nivel económico de la familia y las creencias de ésta.

Ahora bien, también existen diversos factores dentro de la familia que pueden influir en el surgimiento de situaciones que provoquen emociones negativas en los miembros de la familia. De todos ellos destacan: el nivel económico de la familia y la estructura familiar, — factores que a su vez influyen en las creencias de la familia y sus patrones de crianza.

Estos cuatro factores, tan íntimamente relacionados entre sí, serán abordados —en lo posible por separado— a continuación, resaltando sus consecuencias a nivel de relaciones interpersonales que generan emociones negativas. Ahora bien, de la combinación de estos

cuatro surge uno que por ser de particular interés se le tratará en una sección aparte: la mujer trabajadora y las repercusiones emocionales en el ámbito familiar, último factor mencionado dentro de ese ámbito.

4.1.1 Nivel económico

La compulsión tendiente a generar más recursos a un ritmo cada vez más acelerado como un problema de sobrevivencia ha llevado a las familias a enfrentar la urgencia de consumir individualmente bienes generados dentro y fuera de ella. A continuación se reseñan brevemente las tendencias principales de cambio en las familias y en los hogares mexicanos (González, 1997).

Existen muchas interrogantes que, si se investigaran, contribuirían tanto a un estudio más enriquecedor de la familia y la crisis que sufre, como a las posibles modificaciones en la conciencia social. Algunas de esas cuestiones son las que se refieren a cuáles son los cambios que ha traído la crisis en la familia y cómo los han enfrentado, y si esto anuncia el surgimiento de nuevas relaciones familiares que refuerzan la incidencia de emociones negativas o la disminuyen. En realidad no compete a los fines de este trabajo abordar a profundidad estas situaciones; sin embargo, a lo largo de esta sección se menciona información que puede servir para la reflexión del lector en cuanto a dichas cuestiones.

Dado que la mayor parte de la población mexicana es del sector bajo (asalariados en general) y medio (profesionistas), esta sección se enfocará a los problemas que enfrentan estos sectores.

En México, lo mismo que en otros países, la disminución del gasto público fue una de las primeras medidas que repercutieron en los recursos para vivienda y salud, además de que los subsidios a los productos de consumo popular también decrecieron. En 1983 los subsidios totales significaron el 3.35% del producto interno bruto; al concluir la administración de Miguel de la Madrid, esa proporción se redujo a 1.78%; en el primer bienio del gobierno de Carlos Salinas de Gortari, el indicador cayó a 1.26% y en 1994 pasó a tan

sólo 0.68%. Otras medidas que afectaron la economía y a toda la población mexicana fueron el endeudamiento externo, la transnacionalización de la economía, la apertura de fronteras, la reestructuración productiva (flexibilidad laboral) y el control de la inflación (*id*).

La prioridad del pago de la deuda descapitalizó al país y empobreció a millones de mexicanos. La apertura de fronteras destruyó más de la mitad de la planta productiva, provocando desempleo y encarecimiento. La reestructuración productiva se tradujo en la pérdida de las conquistas obreras y en la aplicación de nuevos sistemas de organización del trabajo. El control de la inflación se basó en la reducción del déficit de las finanzas públicas y en la baja de los salarios reales. Según el informe de la Secretaría de Hacienda a la Cámara de Diputados, en 1995 todos los renglones del gasto público cayeron verticalmente menos uno: el pago de los intereses de la deuda –interna y externa– que se incrementó 159.35% en términos nominales y 92.1 % en términos reales (*ibid*).

Todas estas medidas de ajuste empobrecieron aún más los hogares e incrementó y cambió la forma de incorporación de la mano de obra femenina y masculina al trabajo. Como consecuencia, tanto las mujeres como los hombres se ven forzados a incorporarse al trabajo, pero la reducción del gasto social provoca que lo hagan en las peores condiciones, especialmente las mujeres.

Algunas de las problemáticas que se gestan alrededor de esta situación son: los hijos quedan al cuidado de otras mujeres (en el mejor de los casos), y están descuidados, encerrados en casa, pasando horas y horas frente al televisor, o vagando por las calles o usando drogas, o bien son abandonados. La problemática de la mujer trabajadora se tratará en otra sección.

Con la crisis se agudizan además las presiones extraordinarias en las familias, ya que éstas exigen retener en el hogar el servicio femenino en tanto que es intensivo, diverso y gratuito. Pero además la pobreza de las familias demanda que ellas subvencionen sus propios gastos de manutención y, de ser posible, contribuyan en todas las formas posibles al mantenimiento de todos los demás dependientes. Todo ello contribuye al surgimiento de relaciones llenas de tensión, agresión y rechazo entre todos los integrantes. Diversos

estudios sugieren, de hecho, que la violencia doméstica surge donde el ingreso es inadecuado (*idem*).

La violencia doméstica no es, por supuesto, un fenómeno reciente en México. Diversas fuentes históricas indican que en los sectores campesinos del siglo XIX la agresión masculina en contra de las mujeres cumplía la función de mantenerlas en el lugar que les estaba socialmente asignado en la jerarquía familiar, así como la de controlar su movilidad física y su sexualidad. Sin embargo, lo peor del caso es que se sigan aplicando hoy los mismos métodos de desahogo y represión que utilizaban los sectores campesinos hace más de cien años.

Tal parece que no es muy lejano el tiempo en el que, bajo el contexto de pobreza y opresión en que vivían tales sectores, la violencia contra las mujeres era una forma de descarga de frustraciones, tensiones y conflictos provocados por la situación social, además de un mecanismo de dominación eficaz que mantenía la autoridad de los hombres cuando los controles ideológicos se debilitaban. Ahora bien, las explicaciones que se dan a el fenómeno de la violencia físico y psicológica en diversos países, aluden a aspectos tanto de carácter social y cultural como económico (García y De Oliveira, 1994).

Estas formas de ejercicio del poder masculino para mantener el control y la posición de subordinación de las mujeres en el ámbito doméstico crean sentimientos de tensión, angustia, ansiedad, inseguridad en sí mismo, frustración, entre muchos otros, siendo éstos dañinos, como ya se ha visto, en muchos sentidos.

Las dificultades en el logro de un nivel económico de vida digno, también están vinculadas a la tensión de un trabajo arduo y poco remunerado, el uso de transporte inadecuado, alimentación inadecuada, en casos extremos, hacinamiento y pobreza en general (*ib*). Muchos de los factores aquí mencionados conllevan múltiples efectos negativos muy obvios, empezando por la repercusión a nivel emocional y físico. Por ejemplo, la situación económica que lleva a vivir en el hacinamiento de cuerpos de parientes y no familiares es terriblemente presionante, insalubre y "conduce a un relajamiento de las tradiciones morales" (González, 1997, p. 112).

Si bien las necesidades económicas son un factor importante –sobre todo porque han sido acentuadas por la crisis de los años ochenta– que ha contribuido a la inserción de la mujer en el ámbito laboral, también desempeñan un papel importante los proyectos de vida individuales o familiares. La consideración de estas dos dimensiones señaladas permitirá entender más a fondo los motivos por los cuales las mujeres trabajan, pero serán abordadas en la parte correspondiente (García y De Oliveira, 1994).

Desafortunadamente, ni la permanencia de las mujeres en el servicio hogareño, ni su salida al empleo, resuelven el problema de la sobrevivencia. Esto se debe a que la mayoría de los hogares mexicanos son pobres y el problema del ingreso no se resuelve con la alianza interfamiliar. Cada día es más oneroso adquirir la canasta básica. Una encuesta elaborada por el Congreso del Trabajo develó que entre el 31 de noviembre de 1994 y el 31 de octubre de 1995 el costo de la canasta básica mostró un encarecimiento de 64.3%, por lo que es insuficiente para resolver los problemas de sobrevivencia y las tensiones que dentro de ésta se generan (González, 1997).

Hablando de los efectos de la crisis económica sobre los hogares, González (*op. cit.*) menciona que algunos cambios muestran que la sociedad en su vida cotidiana no se está quieta; que los medios de comunicación masivos, la elevación del nivel de escolaridad de las mujeres, su incorporación al trabajo, el conocimiento de su cuerpo, la lucha por los derechos humanos y contra la violencia, etc., son elementos que propiciarán transformaciones liberadoras en la familia y los hogares, o al menos muestran que en esos movimientos late la insatisfacción frente a la vida cotidiana. Al mismo tiempo, todos estos cambios pueden percibirse como una vía que puede inducir al ser humano a que vaya tras la búsqueda de un modo distinto de vivir, en el que estén presentes relaciones más humanas.

Ahora bien, la primera respuesta de los hogares y la familia ante la crisis es la adaptación a las nuevas condiciones, entre las que se encuentran las diversas formas de incorporación femenina al trabajo. La familia trata de resolver sus problemas al no contar con la ayuda estatal; por eso las mujeres se han organizado en grupos autónomos de consumo o producción. Las Organizaciones No Gubernamentales (ONG) han desempeñado

un papel importante para aminorar los efectos más graves de las políticas de ajuste en algunos sectores de la población pobre. En Chile, por ejemplo, durante la dictadura pinochetista se creó la llamada "olla común"; en Perú, "el vaso de leche"; en México, "las cocinas populares", etc. (ídem).

Es así que la familia se mueve entre la necesidad de sobrevivir y los conflictos que ello supone; por eso no es de extrañar que muchas de las historias domésticas den cuenta de crisis como la violencia, el alcoholismo, el desempleo, el abandono del jefe de familia, etc.

Pese a todas estas problemáticas existen estudios que demuestran que aún frente a problemas económicos, los soportes sociales pueden ejercer una influencia positiva, de tal manera que el apoyo social puede llegar a hacer más llevadera la dificultad económica. Tal es el caso de la investigación que llevaron a cabo Buendía y cols., (1993) sobre estrategias de afrontamiento y apoyo social en personas con estrés económico. Estos investigadores analizaron la relación existente entre estrategias de afrontamiento ante el estrés y apoyo social en personas que se han visto expuestas a graves dificultades económicas. El análisis de los datos les permitió a estos observadores constatar una asociación positiva entre bienestar psicológico y las estrategias de afrontamiento centradas en la confrontación, el autocontrol, y la planificación, en contraste con la evitación como estrategia principalmente utilizada por aquellas personas cuyas puntuaciones indicaban alteración psicológica. Los resultados demostraron además que cuando las personas tienen la percepción de apoyo social presenta un estado de salud mejor en comparación con quienes no sienten tal apoyo. Con esto se puede ver como el soporte social no sólo permite hacer menos tensa una situación si no que además aparece relacionado positivamente con la salud de forma directa.

Ahora se centrará la atención en la estructura familiar y a algunas de las maneras como la experiencia y las emociones de los niños suelen ser afectadas por el tipo de familia en la que viven (Strommen, et. al., 1985).

4.1.2 Estructura familiar

La familia, unidad de relaciones interpersonales estrechas, cara a cara, cotidianas, ha experimentado cambios complejos a lo largo del tiempo. Por ejemplo, recientemente la mayoría de las familias se han visto precisadas a reforzar las antiguas tradiciones de ayuda intrafamiliar en arreglos extendidos y compuestos (González, 1997).

A continuación se mencionará de qué manera afecta a los miembros de la familia su estructura. De las diferentes variaciones estructurales que pueden ser discutidas, se han seleccionado sólo dos, que han despertado un interés ampliamente difundido, debido a sus implicaciones prácticas para el desarrollo del ser humano desde su infancia: la familia extensa y la monoparental.

4.1.2.1 Familias ampliadas o extensas

Fuentes oficiales dan cuenta del aumento constante absoluto y porcentual del número de familias ampliadas. Dentro de este tipo de asociación, la carga doméstica y la manutención cotidiana se reparten para abaratar los costos de sobrevivencia. Pero a la vez se paga con un precio muy alto en sentido emocional dicha sobrevivencia, ya que la reducción del espacio vital familiar es fuente, como ya se ha mencionado, de tensiones y de violencia física y emocional en el seno de la familia. En diversos trabajos se ha dejado plasmado cómo una multitud de cuartos en vecindades ruinosas son todavía alojamientos de familias extensas (*idem*).

Dentro de este tipo de arreglo, las mujeres enfrentan un control y una subordinación muy estrechos, consagrados en la mayoría de los casos por valores de género al jefe y a la jefa del hogar y, faltando éstos, a otros miembros de la casa. La finalidad primera y última de este control es la retención del servicio femenino y del ingreso generado por su trabajo fuera de la familia (*ibid*).

Esta situación le genera a la mujer más tensión de la que ya tiene, además de un gran sentimiento de impotencia, ya que, además de las condiciones de hacinamiento en las que tiene que vivir, se ve obligada a trabajar una doble jornada interminable si no quiere perder la porción de techo que se le dispensa.

Así que, pese a que las relaciones que se gestan alrededor de tales circunstancias no son nada saludables en muchos sentidos, la familia se ve muchas veces en la necesidad de quedarse y aguantar.

4.1.2.2 Familias monoparentales

Dentro de las familias nucleares, resalta un estrato de madres sin pareja, que vive con los hijos. En estas circunstancias, su situación es peor que la de las familias nucleares completas, ya que la vida cotidiana de las madres solteras con hijos pequeños transcurre en medio de un desgaste físico y emocional, entre el trabajo y las obligaciones domésticas (González, 1997).

En estos casos la ausencia de redes familiares de apoyo repercuten en gran medida en los hijos. Las redes de relaciones establecidas entre o en el interior de los grupos domésticos, que se basan en la existencia de vínculos de amistad y redes extensas de parentesco, constituyen aspectos necesarios en la sobrevivencia de los sectores populares, sobre todo en el cuidado de los hijos de las madres trabajadoras (García y De Oliveira, 1994).

En general, los patrones particulares de interacción que se desarrollan en cualquier familia se ven obviamente afectados por aquellos que constituyen la familia (y muy especialmente por cómo son los padres), por lo que realizan y por quiénes son los niños (esto es, su género y su edad, etc.) (Strommen, et. al., 1985).

Ahora bien, aunque las variaciones en la estructura familiar afectan el desarrollo emocional del niño, cabe señalar que no es el único factor que influye. Así, las

consecuencias para los niños de tener madres que trabajan, de tener padres ausentes, o de crecer en familias de un solo progenitor, dependen de otros factores, como por ejemplo, los patrones de crianza —que influyen en el clima y cohesión familiar, según el tipo de disciplina que aplican— y las circunstancias económicas en que se desenvuelve la familia, éste último factor, ya abordado.

La siguiente sección hablará de cómo estos patrones afectan el clima familiar y sus repercusiones a nivel emocional.

4.1.3 Patrones de crianza

Los patrones de trato mutuo reflejan los atributos de todas las personas que forman la familia, tanto de los padres como de los hijos.

Baumrind (1973) resume en tres los patrones de crianza que ejercen los padres, siendo éstos: perentorio, autoritario y permisivo. Haciendo un muy breve análisis de estos patrones, se hablará de las repercusiones de la aplicación de éstos en los hijos, para lo que es necesario mencionar, grosso modo, a qué hace referencia cada uno de estos patrones.

4.1.3.1 Perentorio

Los padres que ejercen dicho tipo de patrón, son aquellos que se caracterizan por ser controladores, calurosos, comunicativos. Ambos padres suelen no tener discordias o fricciones disciplinarias. El castigo que emplean más a menudo es el físico, y lo aplican hasta que logran la complacencia u obediencia; tienden a utilizar en mucho menor grado — en comparación con los padres que emplean los otros patrones— la ridiculización del hijo, la irritación de éste a través de la riña y retirarle el amor. Emplean el reforzamiento positivo; presionan consistentemente para que el hijo exprese madurez, obediencia y responsabilidad.

4.1.3.2 Autoritario

Las personas autoritarias generalmente son controladoras en exceso con los hijos, por lo que todos sus actos se proponen moldar la actividad del niño. En lugar de utilizar medios menos dañinos como la persuasión, para promover la internalización de estándares paternos en el niño, los padres autoritarios lo hacen a través de la violencia tanto física como emocional.

Es muy frecuente además que estos padres sean menos simpatizantes con sus pequeños, menos aprobatorios, menos calurosos y sean más propensos a reñir con el niño y se esfuerzan por mantener el respeto más mínimo por la autoridad paterna. Su creencia de que la autoridad paterna nunca debe ser puesta en tela de juicio les lleva a no dar razones a los hijos para que les obedezcan.

4.1.3.3 Permisivo

Los padres que basan su educación en este patrón, no aprecian el control de la conducta de los hijos; no consideran que su influencia sea realmente importante o alta, por lo que tampoco existen demandas por su parte. Son menos controladores y más calurosos en comparación con los padres de los otros dos patrones. Estos padres miman a los hijos, y todo cuanto hacen es reforzado por una permanente actitud laxa ante cualquier acto. Los castigos que emplean más frecuentemente son el retiro de amor y el ridículo, en comparación con el castigo físico o el uso de poder.

Esta categorización permite percibir que los extremos sin duda pueden traer consecuencias negativas a nivel emocional y físico. Por ejemplo, tanto los padres del segundo patrón como del tercero utilizan excesivamente formas de castigo perjudiciales, como el castigo físico (usado por los autoritarios) y el castigo emocional (usado por ambos).

El castigo físico (causar un daño corporal más o menos importante) y castigo psicológico, es decir, retiro del afecto y la aprobación, lo que es vivido por la otra persona como un rechazo hacia ella misma, producen resultados diferentes:

Los niños que son castigados físicamente crecen agresivos y violentos, o, por el contrario, se vuelven sumisos y miedosos.

- La persona castigada psicológicamente va creándose una conciencia interna que le produce sentimientos de culpa cuando intenta manifestarse agresivamente, y a veces vuelve la agresión hacia ella misma.

En el caso del castigo físico de un niño por mostrarse agresivo, tampoco es un modo eficaz para que deje de mostrarse así, puesto que el castigo en sí mismo es un acto agresivo, y los niños que son castigados con frecuencia aprenden a mostrarse agresivos; si bien es cierto que pueden no manifestar su agresividad con los castigadores, sus padres, etc., no implica que los efectos no sean tan graves.

Los efectos negativos de los padres restrictivos o autoritarios, se ven en los hijos cuando se produce en ellos una contrahostilidad, que precisamente por la presencia de la restricción, no es expresada en la conducta manifiesta (Naranjo, 1997). El resultado de esto es un niño triste, propenso a la ira y a la agresividad, que, al no poder manifestarlas al exterior, es probable que las manifieste dañándose a sí mismo físicamente o expresándolo en somatizaciones, que desafortunadamente tampoco son percibidas.

Una actitud controladora de los padres hacia el hijo hará de él un ser humano dependiente y seguramente será un adulto menos orientado al logro. Es evidente que una disciplina excesiva disminuye la autonomía, la individualidad y la confianza en sí mismo, por lo que es sano dirigirse hacia la consecución de una disciplina fuerte y consistente, pero a la vez flexible, quizá como la del tipo que se ejerce en el patrón perentorio.

Por otro lado, creer que se tiene poca influencia en el hijo (como es el caso de los padres permisivos) es perjudicial, ya que, al no ser conscientes de que la imitación tiene

mayor trascendencia y más valor para el observador si la persona que sirve de modelo es alguien especialmente considerado por tal observador (*idem*) (y ¿qué son los padres si no seres de la mayor consideración para los hijos?), se pudieran estar fomentando conductas negativas como la violencia, la propia apatía de los padres ante la vida, entre muchas otras.

De este modo la imitación de comportamientos violentos por parte de los niños será mayor si:

- Se les recompensa o acepta por realizar actos violentos, a si mismos o a otros.
- Se recompensa o acepta la agresividad en:
 - sus padres (quienes, como ya se vió, tienen una gran influencia el niño).
 - sus compañeros (que al ser muy parecidos a él, poseen también cierta influencia).
 - sus héroes de televisión (que al estar en contacto con ellos desafortunadamente gran parte del día), llega a estar muy identificado a ellos.

Dicho esto, no resulta extraño que la violencia tenga lugar con mayor frecuencia entre la gente joven que tiene padres agresivos o que fomentan la conducta agresiva en sus hijos (*ib*).

Como ya se mencionó, los patrones de crianza también son afectados por la estructura familiar, o indole de los miembros que constituyen la familia, es decir, si se encuentran presentes uno o ambos progenitores, el número de hijos y su sexo, etc. Una vez que se establecen los patrones de interacción familiar, éstos tienden a persistir, al mismo tiempo que van cambiando poco a poco al ir cambiando los miembros de la familia (Strommen, et. al., 1985).

Otro factor que influye en el surgimiento de patrones de conducta que generan emociones dañinas son las creencias de los padres.

4.1.4 Creencias de los padres

Las creencias de los padres están condicionadas por factores como: el nivel educativo de ambos padres y en especial de las mujeres (a quienes se les han delegado en mucho mayor grado la educación de los hijos y específicamente la promoción de patrones de conducta que permitan una extrema sumisión y abusos), la pertenencia a una etnia, la edad de los padres y de los hijos, sus capacidades físicas y el nivel de conciencia sobre las responsabilidades individuales hacia la integridad familiar (González, 1997).

Es por ello que existe una gran diversidad de creencias que fomentan varias formas de actuar de los integrantes de la familia, de las cuales sólo se mencionarán tres, explicando su impacto en sentido emocional. Existe pues, la creencia de que el hombre tiene el derecho de emplear la violencia contra la mujer, creencia que ha posibilitado la violencia intrafamiliar, y, en específico, la violencia de género.

La violencia de género es definida por las Naciones Unidas como: "todo acto de violencia que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada "(*id.*, p. 189).

Las diferencias con respecto a la violencia y su relación con el sexo se han observado a través de toda la historia y en todas las culturas y civilizaciones, las cuales han demandado de la mujer ser menos violenta que el hombre (Naranjo, 1997). Se trata pues, de un aprendizaje de lo aceptado para cada sexo; por tanto, a la hora de replantearse la reeducación de la violencia, será un error decir que los varones son de naturaleza violenta.

Así, a las mujeres se les permite más la dependencia y aprenden desde corta edad que la agresividad física no es una conducta apropiada y aceptada para una niña, por lo no deberían imitar la agresividad cuando la observan en los chicos. No obstante, dado que la sociedad capitalista ha fomentado con ahínco comportamientos competitivos, de tensión, entre otros, éstos se han extendido aún en las mujeres al incorporarse al campo laboral; se

ha visto que la difusión de estas actitudes ha provocado el surgimiento de otras tantas negativas como la agresión y la violencia.

En la actualidad, en diversos países, la violencia psicológica y física del hombre contra la mujer asume diferentes modalidades: encierro en el hogar; prohibición de salir o trabajar en actividades extradomésticas sin permiso del cónyuge; agresión verbal; relaciones sexuales forzadas; maltratos, lesiones, amenazas de muerte y homicidio. Las explicaciones dadas a este fenómeno aluden a aspectos de carácter a nivel de creencias culturales presentes en la vida cotidiana. Entre las más mencionadas se encuentra precisamente la creencia de que el hombre tiene el derecho de usar la violencia contra la mujer (García y De Oliveira, 1994).

Desafortunadamente esta creencia es compartida por personas no sólo del género masculino sino también del femenino, lo cual lleva a la socialización temprana en una cultura de violencia y dinámicas familiares en las que tanto el agresor como la víctima provocan la conducta violenta.

Otra creencia que afecta perjudicialmente dentro del ámbito familiar y que se deriva de la primera es "la impunidad de los actos delictivos realizados en el ámbito familiar por ser situaciones privadas" (García y De Oliveira, 1994, p. 160) y como tales no se pueden sacar a la luz para ponerlas a juicio de otros.

Esta impunidad es fomentada por la mujer, ya que, ante las formas de ejercicio del poder masculino para mantener el control y la posición de subordinación de las mujeres en el ámbito doméstico, la familia sólo asume su pacto de quedarse callada y mantener el secreto tan penoso.

Este pacto de silencio lleva a cada miembro de la familia a vivir en una constante tensión, no sólo por el temor a ser agredido y por la angustia que experimenta al no ser defendido por nadie, sino por la responsabilidad que tiene de que su secreto no salga a la luz pública. Por si fuera poco, esta reproducción de patrones pronto se van internalizando en

los hijos varones, quienes no tardarán en manifestar este trato violento con sus propias hermanas y quizá con su madre.

El ambiente familiar impregnado de violencia hace de sus integrantes seres que asumirán la realidad que se les presenta con la manifestación de dos posibles extremos, el extremo de llegar a ser una persona sumamente vulnerable, insegura, pasiva y miedosa y por tanto quizá enfermiza (al somatizar tantas emociones que le es imposible conducir), o bien un ser violento, inconforme con la vida y la gente que le rodea, que irá contaminando toda relación que tenga al impregnarla de esa hostilidad que lleva consigo, con una inclinación además a la somatización de emociones encontradas que no puede manejar.

Por otro lado, existe la idea fomentada de la premura constante del tiempo, creencia de los padres que tiene un efecto negativo en las emociones de los integrantes de la familia, sobretodo porque los niños tienen una conciencia del tiempo diferente de la del adulto.

De ahí que a veces, sin siquiera advertirlo, se agobia a los niños en el aspecto temporal. Por ejemplo, se espera de un niño que termine de jugar a una hora determinada y por ello continuamente se le arranca de su juego porque el tiempo apremia y eso significa que rara vez puede terminar su juego (Plattner, 1995). De esta manera no se le concede el periodo de tiempo que corresponde a su necesidad de exploración y a su mundo de fantasía. Lo peor es que cuando esas situaciones se hacen constantes, el niño acabará por perder el gusto de distintos juegos y hasta su capacidad de interesarse por ninguno; se tendrá hijos que se aburran al poco tiempo de haber emprendido una exploración por su falta de interés.

Se ven claramente cuáles son los efectos de la actitud frente al tiempo sobre el bienestar de los demás, y cómo esto repercute en último término sobre sí mismos. Por ejemplo, cada vez son más los niños a los que se etiqueta como hiperactivos, lo que no tiene nada de extraño, pues son muchos los adultos, y en consecuencia también los progenitores hiperactivos, que pasan apresuradamente de una actividad a otra y no tienen tiempo para ocuparse de los niños con tranquilidad (*id*). Entonces la agitación de una madre

y de un padre, que experimentan de continuo premura de tiempo, se transmitirá al niño, haciendo de éste un ser inquieto y ansioso.

De la combinación de estos cuatro factores (el nivel económico, estructura familiar, patrones de crianza y creencias de los padres) surge un aspecto que llama la atención, y es el caso particular de la madre trabajadora, subtema de la siguiente sección.

4.1.5 Madre trabajadora

La historia del trabajo femenino es inseparable de la historia de la familia, de las relaciones entre los sexos y de sus roles sociales (González, 1997). Con la incorporación creciente de la mujer al trabajo fuera de casa, se empezó a vislumbrar la posibilidad de estar menos subordinada. Su alejamiento temporal de la esfera doméstica le permitió además criticar y modificar ese mundo al que ya se había acostumbrado; esto no significa que exista una clara aceptación de su incorporación al campo laboral, pues la familia, la cultura y la tradición, impiden que la mujer deje de sentir culpa por los efectos que trae consigo su alejamiento.

Este sentimiento de culpa por los problemas que se generan al salir de casa, a su vez provoca tensión y rechazo de la madre para con la familia, lo que resulta en relaciones dañinas de agresión, violencia física y emocional. Es así que la madre se enfrenta a una gran lucha por elegir si trabajar para la sobrevivencia de su familia, o quedarse en casa al cuidado de los hijos, contemplando las carencias que ella y sus niños padecen.

La problemática de la renuencia del hombre con respecto a que la esposa trabaje extradomésticamente, ha orillado a que lo haga a escondidas, sobre todo para evitar el gran conflicto general con los esposos de madres con hijos que necesitan trabajar, esto es, la clara disposición de no permitir que se desatienda a la familia aunque el esposo no cumpla con su papel esperado de proveedor (García y De Oliveira, 1994).

González (1997) menciona que la conversión del quehacer femenino "invisible" en "trabajo visible" mediante un salario —dado que solamente en la mitad de los hogares encabezados por hombres (51.9% de los casos) el varón es proveedor exclusivo— pone al descubierto el problema de la vulnerabilidad de los niños y los adolescentes principalmente; lo anterior lo fundamenta aludiendo a que dentro de este panorama, los niños (82%) son las personas de la familia que sufren con mayor frecuencia el maltrato físico, mental o social, y que a ellos les siguen las madres (28%).

Como se señaló anteriormente, múltiples aspectos de carácter material y subjetivo se entremezclan en la vida cotidiana para explicar la subordinación de las mujeres en una de sus manifestaciones más dramáticas: la violencia doméstica. No es posible señalar todos los aspectos involucrados en esta sección, pero sí se puede señalar que ciertos rasgos de las historias de vida de las madres trabajadoras permiten mencionar algunos factores familiares e individuales que han contribuido a moldear relaciones de pareja cargadas de diferentes formas de agresión. Se considera importante mencionar los siguientes aspectos: condiciones materiales de existencia en la niñez y en la adolescencia; formas de convivencia en etapas anteriores al matrimonio, así como el tipo de relaciones que se dieron al inicio de la relación matrimonial, y ausencia de redes de apoyo para el cuidado de los hijos (García y De Oliveira, 1994).

Lo novedoso de la violencia en general y de la violencia doméstica en particular, es el creciente número de familias que sufren este problema de manera cotidiana. Una de las vertientes de esta situación es la presión que las mujeres experimentan cuando salen al mercado de trabajo (González, 1997).

Así que, encima de que la mujer de sector bajo se ve expuesta a la necesidad de tener que trabajar fuera del hogar para la supervivencia de su familia —esto es, tiene que proveer para sus hijos, ella misma y a veces para su pareja—, sea que tenga o no una ayuda económica por parte de su esposo, tiene que lidiar con las frustraciones de su pareja que, al no poder hacer frente a su incapacidad de aportar lo necesario para el sustento familiar, lo único que hace (y sabe hacer muy bien) es agredir física y emocionalmente a los miembros de la familia.

Efectivamente, a pesar de no recibir para el gasto familiar por parte de sus cónyuges en forma regular, las mujeres han tenido que defender el derecho que tienen a ejercer una actividad económica remunerada para la sobrevivencia de los hijos, o, en el mejor de los casos, para darles una vida mejor. La defensa de este derecho le supone a la mujer tener que enfrentar el dominio masculino que se ejerce mediante la violencia física y psicológica como una manifestación de impotencia ante el fracaso del hombre en su papel de proveedor; ya que los cónyuges de las mujeres que trabajan reafirman su autoridad utilizando el maltrato como recurso.

Otra de las consecuencias de esos sentimientos de desvaloración de los cónyuges que se sienten relegados y humillados cuando no aportan o cuando aportan escasamente para el mantenimiento del hogar, son los celos que experimentan frente a la salida de la mujer, ante lo cual reaccionan con más violencia aún, lo que genera un ambiente familiar extremadamente agresivo. Por si fuera poco, las frustraciones del hombre le llevan al uso de drogas y de alcohol, y en este contexto, la violencia masculina asume otras formas además de las ya señaladas: amenazas de llevarse a los hijos, acusaciones de prostitución, prohibiciones de ver a los familiares, daños a los objetos de la casa, etc. (García y De Oliveira, 1994).

Poco a poco se ha ido acercando al lector al propósito fundamental de esta sección, que es enfatizar cómo ciertas relaciones familiares (y en especial las familias en cuyo hogar la madre trabaja fuera de casa) propician emociones negativas dañinas evidentemente a sus miembros. Continuando con algunos de los rasgos de las historias de vida de las madres trabajadoras, esto es, factores familiares e individuales que han contribuido a moldear relaciones de pareja cargadas de diferentes formas de agresión, es importante mencionar que la convivencia familiar de muchas de las mujeres del país, del sector popular y aún en algunas partes del sector medio, a diferencia de otras mujeres del sector medio y alto en general, ha sido desventajosa, ya que las primeras han experimentado en mayor grado desde su infancia lo difícil que es enfrentar la violencia doméstica (*idem*).

Es además frecuente que los padres o padrastros de dichas mujeres sean también hijos de gentes que golpeaban a los hijos y a las esposas. Dentro del seno de estas

relaciones de tensión tampoco se halla ausente la violencia de la madre contra los niños, como respuesta de la tensión y frustración que le provoca, no sólo la situación económica deficiente, sino la impotencia de la dictadura varonil. Toda esta violencia doméstica, junto con su círculo vicioso, generan sentimientos de rencor y rechazo hacia los padres, y de culpa e inferioridad hacia ellos mismos, lo que va muy ligado a la baja autoestima por parte de los hijos y a la rabia que se experimenta al darse cuenta de que la única alternativa que se les permite es aguantar.

Lo peor del caso es que esa tolerancia de relaciones tan desventajosas se va convirtiendo en un ciclo difícil de romper, que empieza con la madre, quien al no vislumbrar otras formas de convivencia porque también pasó su niñez y adolescencia en un ambiente familiar violento, hostil o en descomposición, lo transmite y fomenta en sus hijos. El hecho es que esos niños crecerán frente a condiciones de vida imperantes que quizá les lleven a salir de su casa, siendo aún muy jóvenes, en busca de mejores condiciones de vida, o simplemente para huir de un hogar infeliz, pero llevando consigo todos los aditamentos necesarios para el establecimiento y fomento de esos trágicos patrones de los cuales vienen huyendo.

García y De Oliveira (1994) avalan lo anterior, citando diversos estudios que indican que la socialización a temprana edad en un ambiente violento contribuye a desarrollar en la mujer una mayor tolerancia ante los actos agresivos. Dichas autoras agregan además que las propias experiencias de vida de las madres pueden propiciar la reproducción de patrones extremos de subordinación femenina y aceptación de la autoridad masculina y paterna, independientemente de la falta de responsabilidad y del carácter violento de sus compañeros.

En el caso de las mujeres trabajadoras de clase media, la situación de su incorporación al campo laboral —en términos de las consecuencias de esto a nivel de emociones negativas— puede ser diferente, aunque coincide en varios puntos. Por ejemplo, pese a que en muchas situaciones del sector medio están claros los beneficios familiares y personales de la profesionista, no por ello desaparecen los cuestionamientos respecto al ejercicio de sus actividades extradomésticas, especialmente cuando los hijos son de menor

edad (situación que también se presenta en el caso de las mujeres de nivel bajo), siendo esto un factor que obstaculiza la plena integración de la mujer a la actividad económica, sobre todo porque se van generando sentimientos de culpa (por el temor de ser una mala madre) a la vez que se generan sentimientos de rechazo (porque la familia le impide desarrollarse).

Otros obstáculos de la incorporación al campo laboral de la mujer de nivel medio son la falta de apoyo de los cónyuges en las actividades domésticas (Quiroga y Sánchez, 1997), las dificultades existentes para encontrar los sustitutos adecuados para el cuidado de los hijos, en el sentido de tener que elegir entre qué guardería dejarlos, o bien, cómo ajustar el presupuesto para que una persona pueda cuidarlos en casa.

Se mencionan estos obstáculos como propios de la clase media, ya que con relación al primer punto, muy difícilmente el hombre y la mujer del nivel bajo creen viable la posibilidad de que el hombre intervenga en las labores domésticas, por lo que ni siquiera se piensa en la posibilidad de compartir las tareas, siendo un hecho que el no compartir las labores domésticas con el cónyuge no es un problema que se tenga que discutir. Entonces el esposo, además de no contribuir regularmente con el gasto familiar, se desentiende de las labores domésticas. En realidad es más frecuente que los hijos más grandes, en especial las mujeres, colaboren con este tipo de tareas. Con respecto al cuidado de los hijos, la posibilidad de ponerlos a cargo de instituciones como guarderías (aún de gobierno) es mínima y más escasa aún es la posibilidad de pagar los servicios de alguien que cuide a los hijos; más bien la clase de nivel bajo tiene tendencia a dejar solos a los niños, y para "evitar peligros" los encierran.

Ahora bien, las mujeres trabajadoras en los sectores medios presentan diferentes grados de ambigüedad frente a su actividad extradoméstica. Dentro de este panorama general, es posible destacar algunos matices. Así, entonces, cuando el trabajo es concebido como carrera, o vivido como una experiencia útil y satisfactoria, las ambivalencias frente al trabajo extradoméstico son más reducidas; en estos casos las mujeres defienden su trabajo porque mediante este ejercicio crean un espacio propio, además de que con este incentivo

de defender su espacio buscan y logran encontrar, en cierta medida, arreglos familiares o laborales para el cuidado de sus hijos.

Cuando se trabaja como parte de un proyecto familiar para mantener el estatus o el bienestar para los hijos, el esposo y la familia en general le conceden al trabajo de la mujer cierta prioridad, siempre y cuando no se desatienda a los hijos. Las ambivalencias surgen en forma más clara cuando el trabajo se percibe como algo suplementario; por lo general, estas mujeres viven grandes conflictos al tratar de combinar el trabajo y la maternidad, y se les dificulta encontrar arreglos satisfactorios para el cuidado de sus hijos (*ibid*).

Respecto al problema de quién atiende a los hijos mientras la madre está ausente, en el caso de la mujer de nivel bajo las relaciones de apoyo pueden estar ausentes o cargadas de conflictos y violencia física y psicológica, por lo que para ellas es extremadamente difícil a lo largo de sus vidas tener que trabajar para mantener a la familia, hacerse cargo de las labores domésticas y atender a los hijos. Con frecuencia, a diferencia de otras mujeres de los sectores medios, las mujeres de niveles bajos no cuentan con familiares que las ayuden; tal vez porque, al migrar jóvenes, la mayoría vive lejos de su familia de origen y ha tenido conflictos con los familiares del esposo.

Esto las lleva a tener que encerrar a los hijos y dejarlos solos en casa, y como ya se mencionó, en momentos posteriores, cuando los hijos o hijas mayores ya han llegado a la adolescencia, la madre casi siempre los deja al cuidado de los más chicos. Son, sobre todo, las hijas mayores y, en ausencia de éstas, los varones quienes arreglan la casa, hacen la comida y cuidan a los hermanos menores. En situaciones extremas, las consecuencias de dejar a los hijos solos se manifiestan en accidentes en el hogar, mala alimentación e irregularidad en la asistencia escolar. Asimismo, el aislamiento social en que viven estos hogares puede contribuir a reforzar los patrones de violencia doméstica, con sus consecuentes efectos emocionales (*id*).

El trabajo extradoméstico también pudiera afectar los lazos afectivos, por la dificultad de la madre para encontrar tiempo para convivir y jugar con los hijos (Plattner, 1995), que no

es lo mismo que ponerlos a ver televisión, irritarlos o castigarlos como medio para desahogar la tensión.

La sustitución de una escucha empática de la madre por el habla de los programas de televisión, resulta —con efectos inmediatos— una mala estrategia por parte de los padres o la madre, ya que la televisión, como figura materna, no manifiesta el mínimo interés en los niños por proporcionarles el equilibrio o la estabilidad que como ser humano en formación y desarrollo emocional —entre otros— necesitan. Muy por el contrario, la enseñanza de la “madre” televisión es básicamente violenta, elitista, estimula al consumo compulsivo, excesivo e innecesario, además de ser una gran manipuladora en muchos otros sentidos. De manera que la televisión, como nana, puede proporcionarle a la madre que el niño se mantenga por horas sentado y quieto “sin molestar”, y al niño, más violencia de la que quizá ya tenga en casa además de confusión, decepción y frustraciones, entre muchos otros perjuicios.

Ahora bien, todo lo anterior no se ha mencionado con el fin de juzgar de algún modo a la mujer que trabaja extradomésticamente, sino más bien para conscientizarla en relación al tipo de relaciones que se pueden gestar en su familia, y, dentro de lo posible, evite situaciones que generen en ella y en los miembros de su familia emociones negativas. Cumpliendo con este propósito, se mencionarán algunos de los mitos que se han generado alrededor de esta situación de las madres que trabajan fuera del hogar.

Durante mucho tiempo, la sabiduría popular ha afirmado que es malo para los niños que sus madres trabajen —un punto de vista que todavía muchos sostienen—. Sin embargo, estudiando el asunto más a fondo, se ha visto que los efectos del empleo materno no son tan sencillos como parecen, y que éstos dependen del contexto, esto es, de los sentimientos de la madre con respecto al trabajo, de lo que significa su trabajo para la familia, de la actitud del padre (si está presente), de si la madre es o no una profesionalista, de si la familia pertenece a la clase baja o a la clase media, etc. (Strommen, et. al., 1985).

En relación a esto, Hoffman (1974, *cit. pos.*, Strommen, et. al., 1985) hizo un análisis muy interesante de los estudios que se han publicado sobre el empleo materno, y lo

organizó alrededor de cinco de las hipótesis más extendidas sobre el tema, de las cuales sólo se comentarán tres.

La primera hipótesis es que las madres que trabajan presentan un modelo de papel materno distinto del que ofrecen las madres que no trabajan, por lo que sus hijos desarrollan ideas distintas acerca del papel del sexo femenino. La evidencia apoya esta hipótesis, ya que tanto los hijos como las hijas de las madres que trabajan suelen tener estereotipos menos tradicionalistas de los papeles del sexo, y suelen tener en mayor estima la competencia de las mujeres, que los niños cuyas madres no trabajan.

Además, las hijas de las madres que trabajan manifiestan más independencia y tienen aspiraciones de logro más elevadas que las hijas de las madres que no trabajan. Algunas de estas diferencias son más pronunciadas en los adolescentes, pero también aparecen con toda claridad en los niños de edad escolar. Es evidente que estas diferencias no se basan exclusivamente en el hecho de que la madre trabaje, sino que también se basa en la división del trabajo doméstico que se hace cuando las madres trabajan. Al ser menos tradicional la división del trabajo doméstico y al ser más igualitario, influyen en mucho en el concepto que tengan los niños de sus progenitores.

La segunda hipótesis es que el trabajo afecta emocionalmente a las madres que trabajan, y que esto a su vez tiene un efecto adverso en el trato que tienen con sus hijos. Esto ciertamente puede suceder. Una madre que siente un remordimiento excesivo por trabajar puede exagerar la compensación que hace, sobrepasándose en sus atenciones para con los hijos; o bien, una madre a quien le disgusta trabajar, o cuyo trabajo es de tal naturaleza que el esfuerzo por mantener el equilibrio entre su trabajo y el hogar le produce un verdadero estado de tensión, puede reaccionar de tal manera que comunique la tensión a sus hijos. No obstante, existe el caso contrario, esto es, que la satisfacción en el trabajo pueda mejorar la moral de la madre, y esto, a su vez, contribuya al mejoramiento correspondiente en el trato con su familia.

En general, si a la madre le gusta su trabajo, si ha organizado las cosas de tal manera que el manejo de la doble responsabilidad no le cause ninguna tensión exagerada,

y si no compensa exageradamente a sus niños por sentimientos de culpabilidad con respecto a su trabajo, sus hijos serán tal vez más felices que los niños de madres que no trabajan, las cuales se supone tienen el tiempo suficiente para atender a los hijos, y, sin embargo, pueden no saber administrar su tiempo y sacarle jugo cuando están con sus hijos.

La tercera hipótesis es que debido a diferencias situacionales que se crean cuando las madres trabajan, éstas usan prácticas de crianza infantiles distintas de las madres que no trabajan. Para gran sorpresa nuestra, son muy pocos los datos directos que tenemos sobre esta cuestión. Las madres que trabajan evidentemente están más en favor del entrenamiento de independencia que las madres que no trabajan, y a los niños cuyas madres trabajan por lo general se les imponen más responsabilidades domésticas que a otros niños, a no ser que la madre que trabaja tenga niños de edad escolar y estén mejor educados o gusten de su trabajo.

Sin embargo, éstas son las mismas madres que más probablemente tienden a sentirse culpables y a compensar exageradamente su trabajo, de suerte que también ellas pueden mostrarse reacias a insistir en la independencia o a exigir que sus hijos cooperen en los trabajos domésticos. Estas madres suelen insistir en ser fieles a una idea demasiado idealizada acerca de lo que hacen las madres que no trabajan, pasando realmente más tiempo con sus hijos y haciendo por ellos mucho más de lo que hacen las madres que no trabajan. Por tanto el fomentar la independencia en los niños y el solicitar de ellos la cooperación para las tareas domésticas puede considerarse como un recurso de adaptación para reducir la tensión que las dos responsabilidades producen en la familia, a la vez que el énfasis en la independencia puede contribuir a la autosuficiencia que se está desarrollando en los niños, y a su separación eventual de la familia.

Más aún, las madres que trabajan suelen esforzarse por compensar el tiempo que están ausentes del hogar, pasando concienzudamente más tiempo con sus hijos. Con tal de que esta tendencia no se traduzca en una compensación exagerada, proporciona evidentemente un remedio muy eficaz contra cualquier efecto adverso que pudiera tener la ausencia de la madre, por razón de su trabajo.

Obviamente, para decidir sobre si una mujer es una buena madre o no, hay que echar mano de otros muchos criterios, además del criterio de si trabaja o no.

Ya se ha visto cómo la familia puede utilizar su influencia en sentido negativo o perjudicial para sus integrantes; ahora se mencionará a manera de propuesta cómo puede la familia utilizar su influencia, pero en sentido positivo, y con esto se finalizará el apartado dedicado al ámbito familiar.

Un primer acercamiento en el cambio de dirección de esta influencia es el hecho de que los padres sean conscientes de que poseen dicha influencia, y que desde los primeros contactos con el hijo se le va moldeando. Así, ha de tenerse presente que la autoestima se cultiva desde la misma infancia, lo que quiere decir que también desde la infancia puede educarse para la baja autoestima, para la sumisión, los temores, las inseguridades, etc., a base, entre otras cosas, de advertencias que infundan miedo donde no lo hay, o donde, si existe, es una posibilidad entre cien (Naranjo, 1997).

Es necesario que los padres también tengan presente que la reacción ante la conducta del hijo, es quizá algo que no se puede evitar. Dado que siempre se reacciona de un modo u otro ante los comportamientos habituales del hijo (lo cual es un gran poder que como padres se tiene) el hijo llegará a asociar su comportamiento a las reacciones que provoca en el entorno, y de manera especial en sus padres. De modo que, por varias razones, llegará a hacer en la mayoría de los casos lo que sabe que se espera que haga. Esto obedece a que "los padres son como espejos que reflejan imágenes ante los chicos, a partir de las cuales el niño va construyendo su propia identidad" (*ibid*, p. 143). Por tanto, dependiendo de que la imagen que se le devuelva al hijo sea correcta o deforme, el resultado en sus vidas, y no sólo en la infancia, sino también de adultos, será sano o no.

Es por esto que, para formar y ayudar a los hijos, los padres han de trabajar primero con ellos mismos; esto es, para que los padres puedan educar a sus hijos con un buen concepto de sí mismos, es conveniente que vivan esa confianza en sí mismos y en lo que hacen; que tengan además confianza en su capacidad para contribuir a la educación de sus hijos, para estimularlos y para motivarlos y cuidando el manejo de la disciplina que apliquen.

Conviene tener presente que no se trata de si debe haber o no disciplina; más bien se trata de cuánta, cuándo, con qué fines, y en qué momento emocional de los padres se utiliza. Con respecto a este último punto, por ejemplo, habrá que analizar si la disciplina se aplica sólo en ciertos momentos y éstos dependen de estados emocionales determinados de los padres, ya que esto causa confusión, conflicto, frustración y malestar en el niño. Este análisis puede contribuir a la eliminación de privaciones o castigos inútiles que más pueden parecer fruto del estado emocional de los padres que la necesidad real de aplicar la disciplina.

El cuidado que se ejerza en la aplicación de la disciplina ayudará a que el niño comprenda que la disciplina se ha de utilizar en la medida necesaria para conseguir un fin (*idem*), y no la expresión clara de la hostilidad de los padres o de la necesidad de controlarlo.

Como se pudo apreciar en el apartado que abordó el subtema de patrones de crianza, la disciplina que se administra de manera razonada tiene mayor éxito (en términos del desarrollo de un ser humano más sano —en todo aspecto—, cuyas emociones sean más equilibradas, y, por tanto esté en la posibilidad de relacionarse con otras de manera igualmente sana) que la disciplina autoritaria. Esto es porque, entre otras cosas, las razones que son producto de una conversación franca y empática, tienden a suavizar tensiones, a eliminar una aparente hostilidad, y ayudan a comprender el por qué de lo que se solicita, a diferencia de la obediencia a ciegas de lo que se ordena irrefutable y amenazantemente.

Cuando los patrones de interacción familiar no son sanos, la persistencia de dichos patrones puede ser un grave obstáculo para el desarrollo de la personalidad de los hijos, y como lo que está de por medio son seres humanos en desarrollo emocional y físico, habrá que trabajar toda la familia (Strommen, et. al., 1985).

Otro aspecto que han de tener en cuenta los padres es que la seguridad nace del amor, del afecto sincero y total. Siendo entonces el amor necesario para que una persona aprenda a confiar en sí misma, los padres han de interesarse en que sus hijos sientan que se les ama. "El afecto tal vez se entiende, pero no se sobrentiende, y aunque así sea, tiene

su auténtico valor cuando se dice, cuando se manifiesta abiertamente". El hijo necesita oír de sus padres las palabras de aceptación, de valoración y de aprobación. Todo esto, debido a que "los niños sobreviven en la aceptación, pero florecen en el amor" (Naranjo, 1997, p. 145).

Para contribuir de manera positiva en el desarrollo emocional del hijo, los padres pueden reflexionar y llevar a la práctica algunos de los siguientes aspectos:

- **Afectividad.** Tanto verbal como física. Para los seres humanos es necesario sentirse amados, pero para los más pequeños es imprescindible, de modo que hay que demostrárselo.
- **Aumentar la autoestima.** La imagen que el niño va creándose de sí mismo se va formando en función de los mensajes que recibe desde fuera, de modo especial, de los de sus padres; por ello se tiene que valorar tanto sus cualidades positivas como sus conductas positivas.
- **Enseñar la tolerancia a la frustración.** No todo sale bien, y mucho menos sólo porque se desee; tampoco se obtiene lo anhelado en el momento en que se quiere. Es por eso necesario que los padres den al hijo muestras de madurez, poniendo el ejemplo al saber esperar y afrontar serenamente los reveses de la vida. Hay que enseñarles a tener presente que las cosas no vienen con la velocidad que se desean; todo tiene su debido tiempo de maduración. Los acontecimientos no siempre se pueden acelerar ni es siempre conveniente hacerlo.
- **Disciplina.** Hay que estimular a que los hijos amen el trabajo bien hecho, la responsabilidad y el cumplimiento de sus compromisos; además, si se quiere contribuir a la salud emocional del hijo, ha de cuidarse que los hechos de los padres no contradigan sus palabras; hay que ser coherentes y aplicar una disciplina también coherente.

En los aspectos anteriores se encuentran incluidos multitud de otros puntos como la importancia que tiene el que se le valore al hijo respecto a sus habilidades y destrezas, en toda oportunidad, a la vez que se evita el rechazo y la ridiculización del hijo. Así también, es

necesario elogiar y poner el ejemplo en comportamientos de paz, de calma, de armonía y de serenidad; enseñarle a no sentirse culpable por todo y apoyarlo en la superación de sus errores; liberarlo de la culpa y encauzarlo correctamente. Sobre todo hay que enseñarle a que vea en sí mismo a un individuo completo, total, y que como tal tiene auténtico sentido; esto le permitirá desarrollar una seguridad que le motive a comunicarse abiertamente con los demás y ver en la relación humana la grandeza de su existencia.

Enseñarle al hijo a que vea las cosas como son, libre de imposiciones o esperanzas irreales o distorsionadas, le librará de mucha confusión. Asimismo, hay que animarle a buscar sentido a su vida, a tener metas y a luchar por ellas con firmeza y seguridad, evitando el quejarse sin base o para evitar hacer algo. Enseñarle a crear metas alcanzables le evitará frustraciones. Antes de tomar una decisión hay que inculcarle la importancia de siempre reflexionar, pensar primero y actuar después. La irreflexión es causa de serios problemas, que no siempre tienen solución.

Será muy productivo y benéfico estimular al hijo a ser crítico con los mensajes, a percibir y analizar, así podrá elegir y decidir correctamente. En la medida en que se trate a los hijos con mayor tranquilidad y serenidad, también los niños serán más equilibrados y sentirán menos angustia.

La familia en conjunto puede trabajar para ser aquella familia de antaño que, según Sendrail (1983) ofrecía paz, seguridad, y que al ser una sociedad a escala humana, era a la vez fuerte, calurosa y acogedora. Las interacciones entre padres e hijos manifestarán estabilidad, pero al mismo tiempo la clase de vida en términos de salud emocional y física que tendrán a futuro.

Finalmente, si bien es cierto que el ámbito de la familia constituye el medio inicial del desarrollo de la personalidad y lo que en cuanto a las expectativas sociales se refiere, es en la escuela donde el proceso de formación va propiciando un desenvolvimiento más pleno de la identidad individual y social de la persona, razón por la que el siguiente apartado abordará este ámbito.

4.2 Escuela

Al nacer, los niños dependen totalmente de sus padres; sin embargo, en algún momento de su vida, entre las principales tareas que tendrán que afrontar estos niños están la de lograr la independencia y separación de sus familias, la de llegar a ser autosuficientes, y la de transferir sus vínculos emocionales de la niñez a personas fuera del seno de la familia.

Esta transición de una dependencia física y psicológica total de las familias a la autosuficiencia se verifica poco a poco, y el ingreso a la escuela elemental es un primer paso muy importante en este proceso. Aunque antes de empezar la escuela los niños pasan la mayor parte de su tiempo con sus familias, y las principales influencias que reciben provienen de ellas, una vez que empiezan la escuela, los niños están separados de la familia una buena parte del tiempo. A partir de este momento, otras relaciones, y especialmente las relaciones con los compañeros y maestros, van tomando una importancia cada vez mayor.

Ello no implica necesariamente que las influencias de los compañeros reemplacen las influencias familiares. Los niños entran a la escuela con características ya modeladas, gracias a los años de interacción con sus padres, durante los cuales se han ido estableciendo ciertos patrones de acomodación y adaptación mutua entre padres y niños (Strommen, et. al., 1985).

De hecho, son bastante evidentes en los niños que entran a la escuela las diferencias entre los niños cuyos padres son autoritarios, perentorios o permisivos (Baumrind, 1973). Estas diversidades siguen siendo importantes a lo largo de los años de escuela y en la adolescencia.

A continuación se hablará de la influencia que ejerce la escuela en el ser humano, de acuerdo a dos etapas en las que se ha dividido su estancia en ella: de los cinco a los quince años y de los dieciséis a los veintitrés años.

4.2.1 De los cinco a los quince años.

Los años de escuela elemental son un período de enorme cambio en las interacciones sociales de los niños. Hay una influencia recíproca entre el conocimiento que los niños tienen de las demás personas y el modo como los niños interactúan con los compañeros y son influidos por ellos. El intercambio con los compañeros, en el que los niños tienen que negociar con intereses e ideas distintos de los suyos, fomenta el desarrollo de la acomodación social, de la empatía, de las aptitudes para la toma de decisiones, papeles, y de otras manifestaciones de conocimiento social, como el juego de roles.

A través de los compañeros, los niños entran en el mundo de los juegos, reglas, tradiciones y códigos sociales que pasan directamente de un niño a otro. En el juego con los compañeros, los niños tienen también la oportunidad de divertirse, de probarse a sí mismos, de resolver sus emociones, suelen experimentar el valor personal que tienen como individuos, y no como hijos que son de otra persona (Strommen, et. al., 1985). Además, el quedar expuestos a estas influencias sociales, las aptitudes sociales que adquieran y sepan manejar, les valdrán para ser aceptados en el grupo de compañeros. Todo ello se reflejará, a su vez, en amistades íntimas que por primera vez empiezan a aparecer en los niños, así como en una sensibilidad marcadamente creciente a la influencia de los compañeros.

Con esto se puede percibir que al ingresar a alguna institución los estudiantes manifiestan un alto grado de tensión, ya que se tienen que adaptar a nuevas relaciones interpersonales y a nuevas formas de enseñanza (Ortiz y Zavala, 1998).

Ahora bien, aún cuando grupos de compañeros existen en todas partes del mundo e influyen en los niños en donde quiera que se encuentren, el modo particular de influir varía según el contexto de la sociedad en que los grupos de compañeros se desenvuelven. Así, por ejemplo, influye mucho en el niño el tipo de ambiente que se experimente en la clase, entendiéndose por ambiente la atmósfera social que genera un maestro en combinación con una clase determinada de alumnos. Incluido el tipo de profesor que se es cariñoso, frío, directivo (da consejos e instrucciones) o poco directivo (concede cierta flexibilidad, provocando el diálogo), democrático o autoritario. Otro factor que influye en el desarrollo del

alumno es la manera como el profesor imparte la enseñanza, esto tiene que ver con si la dinámica de clase está sólo centrada en él o bien si delega algunas responsabilidades de investigación y exposición de cierta información en los alumnos (Strommen, et. al., 1985).

La idea de que los niños en algunos ambientes aprovechan más que los otros, ha sido el origen de una enorme cantidad de investigaciones, y en muchos círculos se da una persuasión que equivale a un verdadero compromiso de que un buen profesor es el que crea un ambiente de clase que se caracteriza por atributos tales como tener al estudiante como centro de la enseñanza, cariño e intercambio democrático con los estudiantes. Algunos afirman incluso que el modo de llevar una clase afecta el rendimiento académico de los niños, al igual que su comportamiento en clase (*idem*).

Lo anterior se puede constatar al revisar el estudio al que hace alusión Strommen, et. al. (1985), en el que se encontró que cuando el profesor es cariñoso y eficaz, esto es, cuando establece sistemas que aseguran que el niño sepa exactamente qué es lo que tiene que hacer, y cuándo y dónde puede encontrar ayuda en caso de que la necesite, además de que tiene a la mano opciones adicionales para los niños que terminan sus tareas antes que los otros, obtiene un rendimiento más alto en sus alumnos en comparación con otros profesores que no aplican estos métodos.

Ahora bien, el ambiente no sólo afecta el rendimiento del niño; le afecta además en sus emociones, por lo que si es el caso que el niño ya trae una carga de emociones negativas desde su casa y además se enfrenta a un ambiente escolar autoritario, represivo y generador de tensión, la escuela entonces sólo vendrá a reforzar una baja autoestima, además de que infundirá nuevos miedos y angustias que serán muy perjudiciales a los niños.

Existen investigaciones realizadas acerca de los orígenes y manifestaciones de la tensión en los estudiantes. D'Aurora y Fimian (1988) plantean que las fuentes de tensión que enfrentan los estudiantes pueden ser provocadas por la gran cantidad de problemas sociales y académicos que día a día se les presentan y que repercuten en cierta manera en su adaptación al medio escolar, tales como la exigencia de lograr un buen desempeño en

las tareas asignadas o las tensiones que les provoca la interacción con algunos profesores y compañeros de clases. Las fuentes de tensión se pueden agrupar en tres categorías:

- a) La angustia de los estudiantes cuando se relaciona con la aceptación de los compañeros y con la falta de habilidades para hacer amigos y para aprender en la escuela.
- b) Los problemas sociales y académicos. Entre los eventos que pueden dar lugar al estrés se encuentran la imposición de los maestros sobre los alumnos, el ser inquieto, las expectativas de los padres y el contar en clase con una información ambigua o excesiva.
- c) Las instrucciones deficientes; el estrés que se experimenta cuando se tiene que repetir un trabajo, cuando existe dificultad para ejecutarlo o cuando hay dificultad para comunicarse con los profesores y cuando hay interrupciones excesivas durante la clase.

Las manifestaciones de estrés en todos los casos son tanto de índole emocional como conductual.

Ahora bien, el estrés en la escuela puede manifestarse por una diversa serie de sucesos que influyen en los alumnos, afectando su rendimiento y adaptación. Efectivamente, cuando los alumnos interpretan diversos eventos como amenazantes, de reto, peligrosos o dañinos, experimentan estrés, y esto les puede provocar manifestaciones que interfieran con el logro de los objetivos académicos y su desarrollo (Moral y Ovejero, 1999).

Redondon (1986, *cit. pos.*, González, 1992) realizó un estudio en niños de 2º, 4º y 6º de primaria, analizando los grados de ansiedad en que se encontraban, y descubrió que la ansiedad social de los niños está relacionada con los juicios característicos que realiza sobre ellos el profesor del aula. Los niños que manifiestan más ansiedad son los de 6º grado, en razón de que presentan más dificultades en el desarrollo de habilidades de comunicación, y están más presionados socialmente para lograr el éxito en sus tareas.

En los alumnos de 2º grado se ha encontrado menos ansiedad, ya que sus índices de motivación son muy altos, debido a que su desarrollo cognitivo social no es tan alto como el de los niños mayores en el análisis de las relaciones causa—efecto, que son las que se encuentran más implicadas con la ansiedad social (Ortiz y Zavala, 1998).

Teniendo en cuenta que la ansiedad y el estrés emocional pueden afectar el adecuado desarrollo de la ejecución cognoscitiva, en un estudio se examinó la asociación de algunas variables de estrés y el afrontamiento desarrollado en la realización de pruebas de aptitud y logro en niños de 6 a 16 años (100 niños, 61 hombres y 39 mujeres), quienes habían sido evaluados por pruebas de diagnóstico multidisciplinar durante los años de 1989 y 1990. Los resultados demostraron que el estrés y el afrontamiento fueron asociados significativamente en las ejecuciones realizadas para las pruebas de aptitud y logro, pues el estrés estuvo más asociado a esta característica (Kaufman, 1993).

Otro aspecto que puede influir en los niños es la expectativa que los profesores tengan de él. Lo que un profesor espera de un niño afecta el rendimiento y los resultados de pruebas en éste. Sucede que las expectativas que los maestros tienen acerca de los niños se pueden convertir en profecías cumplidas de antemano (Strommen, et. al., 1985). Esto no es una exageración si se reflexiona que al interactuar el profesor de forma diferente con los niños, según las diferentes perspectivas que tiene de cada uno, suele provocar respuestas diferenciadas en los niños, de tal manera que los hace rendir de la manera que él espera.

Una de las dificultades que incrementan el mal ajuste de los niños es, además, la incapacidad de los maestros para ayudarles a que dentro del aula de clases no se presenten problemas de frustración, inestabilidad emocional, agresión y tensión innecesaria, y el grado de estrés que esto desencadena en los niños, que a su vez repercute en: hostilidad, extroversión, introversión y dependencia.

Proshansky e Ittelson (1983) realizaron un estudio que analiza las características del ambiente físico (estrés ambiental) y su influencia en el

aprendizaje; en él encontraron que existe cierto grado de estrés bajo las siguientes condiciones:

1. El deseo del niño de estar cerca del profesor y de colaborar con él.
2. La responsabilidad que implica en el alumno el cumplir con la tarea.
3. El mobiliario con el que se cuenta, debido a que en ocasiones no es funcional.
4. Los ritos y expectativas acerca de los papeles sociales y las relaciones que se dan entre alumnos dentro de la escuela.
5. Los estados de estrés que genera cada época de transición en el niño, debido al sometimiento a todo tipo de tensiones que esto conlleva.
6. Finalmente, los edificios que no están diseñados para una adecuada práctica docente, ni para satisfacer las necesidades de aprendizaje de los educandos.

Ante el estrés que sienten los estudiantes, muchas veces debido a que no tienen la posibilidad de eliminar los eventos que les provocan estrés, desarrollan algunas estrategias que les ayudan a minimizar los estresores, o bien, modifican su emoción ante ellos, como por ejemplo, actuar con aparente indiferencia (Ortiz y Zavala, 1998).

Algunas de estas estrategias son efectivas en la reducción del estrés, lo cual promueve ajuste, mientras que otras estrategias sólo posponen los efectos nocivos del estrés, y finalmente se ven nuevamente expuestos a ellos, lo cual hace que muchas de las consecuencias ante el estrés sean crónicas y se tienda al desajuste (Ortiz y Zavala, *idem*).

4.2.2 De los dieciséis a los veintitrés años

El estudio del estrés en la escuela a nivel medio superior y superior, ha intentado identificar los eventos estresantes y las estrategias de afrontamiento que generalmente utilizan los estudiantes. En esta sección se mencionarán cuáles son los estresores más comunes a los que se enfrentan, y de qué manera es que éstos los afectan; después de esto se mencionarán algunas pautas que pueden contribuir a que la escuela no sea un ámbito gestador de relaciones que propicien emociones dañinas.

Algunos de los estresores que experimentan los estudiantes provienen de eventos que corresponden al curriculum escolar, la seriación de las materias, la dificultad de los contenidos, la adaptación a los sistemas de aprendizaje, las relaciones establecidas con maestros y compañeros, y los sistemas de evaluación que ponen en juego las percepciones y las habilidades de los estudiantes.

Ahora bien, el entorno escolar y las diferentes condiciones que ocurren en él pueden llegar a favorecer o añadir tensión en el desarrollo de la actividad escolar. Como ejemplo de ello se citan a continuación una serie de estudios realizados con el interés de evaluar los eventos estresantes en el ámbito educativo, haciendo un recorrido en estudios realizados desde educación media superior hasta la educación superior, presentando el estrés que se puede llegar a encontrar en diferentes situaciones educativas (Ortiz y Zavala, 1998).

Helms (1985, *cit. pos.*, D'Aurora y Fimian, 1988) nombra cuatro fuentes de estresores en los estudiantes: la interacción con los maestros, el estrés académico, las interacciones con los compañeros y el autoconcepto académico. Las manifestaciones del estrés son emocionales, conductuales y fisiológicas. El autor manifiesta que hay diferencias entre hombres y mujeres estudiantes, en la forma de percibir y experimentar el estrés, y que los varones muestran mayores manifestaciones conductuales, mientras que las mujeres experimentan más los aspectos emocionales y fisiológicos.

En relación a esto, cabe destacar lo importante que es la estabilidad emocional, no sólo para un mejor aprovechamiento académico, sino también para un desarrollo personal

positivo. Habrá que tener presente, además, que por las mismas características del periodo de vida en el que están los estudiantes, experimentan situaciones y emociones nuevas que, si no aprenden a afrontarlas y lograr una adaptación, podrán tener diversos problemas en las diferentes esferas de la vida, tanto personales como sociales e intelectuales (Ortiz y Zavala, 1998).

Hurlock (1994) plantea que en la adolescencia existe una intensificación emotiva por las necesidades que tienen los jóvenes de abandonar patrones de pensamiento y de acción para adquirir otros; estos cambios pueden provocar sentimientos de inseguridad y tensión, que probablemente obstaculicen sus logros, incluyendo su aprovechamiento escolar.

En estudios realizados con estudiantes adolescentes, se ha encontrado que los eventos estresantes más frecuentes son el miedo a obtener bajas calificaciones, pelear con un amigo, el rechazo de un amigo, el rechazo de personas de sexo opuesto, conflictos con adultos, y lo que se refiere a planear su futuro (Brown 1986, *cit. pos.*, Selye, 1980). En otro estudio realizado por Zauzmer (1983, *cit. pos.*, del Bosque, 1994) para determinar la relación entre el estrés social, la adolescencia y la salud mental en universitarios australianos, se encontró que, en el primer año escolar, el estrés producido por el cambio social influyó en los estudiantes; en el segundo año, el estrés se manifestó en un área más personal y relacionada con el autoconcepto de los estudiantes. Sin embargo, en los dos años la presión académica permaneció como una fuente de estrés adicional.

Baer, McLaughlin y Wernick (en Ortiz y Zavala, 1998), en un estudio realizado con adolescentes de preparatoria, encontraron que los estudiantes reportaron consumo de alcohol, como consecuencia de percibir mayores eventos estresantes. Esto se puede interpretar como una salida falsa para enfrentar el estrés, pues el grado de disminución de éste, provocado por el alcohol, da a los adolescentes la sensación de que todo lo pueden tener bajo control, evitándoles el desarrollo de las adecuadas habilidades de afrontamiento.

En otro estudio realizado con adolescentes de secundaria, preparatoria y universitarios, para distinguir el impacto de los eventos de la vida y los estresores cotidianos sobre síntomas psicológicos, los resultados indicaron que las mujeres de las tres muestras

reportaron más eventos negativos, en comparación con los hombres. Las mujeres de secundaria y de preparatoria reportaron más estrés que los hombres. En cada muestra algunos estresores cotidianos estuvieron relacionados significativamente con los síntomas psicológicos: los estresores familiares en los adolescentes de secundaria, los estresores sociales en los adolescentes de preparatoria, y los estresores académicos en los estudiantes universitarios. Los resultados obtenidos enfatizaron la importancia de los diferentes tipos de estresores (según el área de vida), de acuerdo al desarrollo y a las transiciones propias de la adolescencia (Ortiz y Zavala, 1998).

Ahora bien, uno de los periodos del desarrollo de las personas en el que ocurren demasiados cambios y que están relacionados con la educación superior es la etapa de la adolescencia tardía y la juventud, periodo en el que el desarrollo del autoconcepto es importante en la determinación de la conducta interpersonal y social, así como en la posición futura como adulto (Del Bosque, 1994).

En la fase que comprende a la adolescencia y juventud (aproximadamente de los 15 a los 25 años), las personas se interesan por las experiencias significativas que las han formado, al tiempo que buscan logros de grandes metas. Si se resuelve favorablemente esta etapa, las personas logran la suficiente madurez para analizar y tomar en cuenta sus propias necesidades y capacidades, y pueden manejar adecuadamente sus problemas y conflictos comunes. Los jóvenes que deciden continuar con sus estudios se enfrentan a una doble tarea: por un lado, adaptarse a todos los cambios incluidos en la fase de la juventud, en la que hay nuevas y mayores responsabilidades personales, y por otro, con la sociedad en la que viven (Ortiz y Zavala, 1998).

Por otra parte, se ven en la necesidad de adaptarse al ámbito educativo donde se encuentran, y en el que son los únicos responsables de los resultados que en él logren. Cabe mencionar que también tienen que enfrentarse a factores estresantes como son: los problemas familiares, el desarrollo de su independencia y la dificultad de establecer nuevas relaciones interpersonales, el enfrentarse a los diversos eventos estresantes de su cotidianidad transportarse, el ruido, el hacinamiento, la contaminación, etc.

Existen otros factores que pertenecen al ámbito en el cual los estudiantes se desenvuelven: los pertenecientes al ámbito urbano, las relaciones de pareja, las relaciones establecidas con sus familiares, y las que corresponden al ciclo vital como "universitarios" separación de la familia, logro de independencia económica, estabilidad con su pareja o búsqueda de ella, prepararse para encontrar trabajo), que implican todas ellas una gran cantidad de situaciones de reto y de cambios que generan eventos estresantes (*ibid*)

Respecto a la fase que incluye la juventud y la edad adulta media (aproximadamente entre los 23 y 45 años), las personas tienen metas más específicas, mayor claridad de sus valores y de sus capacidades de desarrollo; hay una rica vida personal en el matrimonio y los hijos; se cuenta con una estabilidad en la carrera y en las relaciones amistosas.

Algunos estudios ha encontrado que el estrés percibido en estudiantes universitarios se relaciona con síntomas físicos, provocando depresión y ansiedad social. Podría decirse que son manifestaciones del estrés social al que se enfrentan los estudiantes (Cohen, et. al., 1983).

En una investigación sobre el rendimiento académico en estudiantes mexicanos, se encontraron dos tipos de problemas principales. Uno de ellos es el alto índice de deserción escolar, y por otro lado, el bajo rendimiento escolar. Dicho estudio manifestó que los problemas que presentaban los estudiantes estaban influidos por estos factores:

- Factores fisiológicos: representan un papel importante en el bajo rendimiento académico. Estos factores disminuyen la motivación, la atención, la aplicación en las tareas, afectan la inmediata habilidad de aprendizaje en el salón de clases, y establecen límites a las capacidades.
- Factores pedagógicos: tienen que ver directamente con la calidad de la enseñanza, incluyendo a los maestros y a las instituciones. Entre estos factores se encuentran, además, el número de alumnos por maestro, el uso de métodos, el acceso a materiales y el desarrollo de una currícula apropiada.
- Factores psicológicos: en el rendimiento académico intervienen variables de personalidad (extroversión, introversión, ansiedad, etc.), motivacionales,

aptitudinales y afectivas. Los problemas más comunes son los de índole emocional.

- Factores sociológicos: comprenden aspectos tales como el tipo del medio ambiente que rodea al estudiante, la importancia que se da a la educación en el hogar, etc. (Ortiz y Zavala, 1998).

Todo lo anterior relacionado con las consecuencias provocadas por el estrés, ya que, intervienen factores fisiológicos, físicos, sociales, psicológicos, que influyen directamente en la formación de los estudiantes, afectando el aprovechamiento y la preparación de éstos.

Folkman y Lazarus (en Ortiz y Zavala, 1998) realizaron un estudio sobre el estrés provocado por un examen en estudiantes universitarios, en el que se manifiesta la relación antes mencionada. En dicho estudio se encontró que antes, durante y después del examen, los sujetos experimentaron situaciones de desafío y amenaza, las cuales se manifestaron en su incapacidad cognoscitiva, y cuyo efecto trajo como resultado bajas calificaciones y la constante incapacidad de recordar los datos estudiados.

Algunos autores como Cazabat (1999), Ortiz y Zavala (1998), han encontrado que los exámenes, el hablar en público, el fracaso y las relaciones interpersonales, provocan cierto temor en los estudiantes, impidiendo su pleno desarrollo académico. El temor de hablar en público y a los exámenes, constituyen situaciones ansiógenas específicas. El temor al fracaso y a situaciones interpersonales provoca ansiedad sólo en situaciones concretas (ser rechazado, desaprobado, pasar por tonto, etc.)

La sensación de tensión es más frecuente en situaciones específicas y concretas, mientras que en el fracaso predomina la tristeza, la frustración y la irritabilidad. La sensación de impotencia para controlar la situación suele ser más frecuente en los temores específicos que en el temor al fracaso. Los temores a hablar en público y al fracaso interfieren notablemente en los estudios, en las relaciones interpersonales y en el área afectiva.

En términos generales se puede hablar de diversos eventos capaces de generar ansiedad y estrés en la escuela; factores que ya se han mencionado, como la interacción

con los compañeros, los exámenes, el hablar en público, la complejidad de las tareas, la situación económica, entre otros. Ahora bien, se han hecho estudios que comparan la cantidad de estrés percibida de acuerdo al género, edad y grado académico (Ortiz y Zavala, *op. cit.*).

En cuanto a este último aspecto (la cantidad de estrés), recientemente ha surgido otro factor que influye en gran medida para que el grado de estrés se intensifique; éste es el logro de la excelencia académica. Este aspecto tiene que ver con la tarea de formación profesional que posibilite integrarse al mercado laboral y responder significativamente ante los retos que día a día se van presentando. El fenómeno del estrés visto desde aquí tiene radical importancia debido a que puede entorpecer o favorecer este proceso. Es por ello que la naturaleza cognitiva de este fenómeno, aunada a factores como la edad, el sexo y el ambiente mismo del aula y de la sociedad, son elementos que no deben olvidarse dentro de la tarea educativa (*idem*).

Esta consideración final puede servir para alentar la creación de ambientes propicios para la realización de una educación con todos aquellos valores que humana y profesionalmente redundarán en beneficio de los participantes.

A continuación, y a manera de propuesta, se mencionarán algunos puntos que puede estimular un ambiente escolar propicio para el desarrollo emocional y académico de las estudiantes.

La finalidad de lograr la excelencia académica con base en un mejor manejo del estrés en el ambiente educativo, puede redundar en la tendencia a una mayor y mejor productividad. No hay que olvidar, además, que para cualquier avance y mejora en el ámbito escolar, habrá que seguir una filosofía educativa cuyos valores humanísticos ciertamente están en crisis. Algunos de estos valores ya se han mencionado en el apartado de familia, y entre ellos destacan el manifestar tranquilidad, positivismo, motivación al logro, reflexión, discernimiento, etc.; valores que han de estar presentes primero en los profesores, para que puedan transmitirlos a sus estudiantes.

De esta manera, si el profesor promueve y anima a que sus alumnos valoren las situaciones de reto, que significan el enfrentamiento cotidiano de condiciones adversas, como una motivación que puede manejarse positivamente, esto puede contribuir para que como seres humanos alcancen gradualmente su realización personal. Asimismo; contribuirá en mucho a que los estudiantes vivan esas situaciones con menos angustia, lo cual les traerá beneficios, no sólo a corto plazo (disfrutar de un ambiente que le facilite emplear toda su capacidad en las tareas asignadas), sino también a largo plazo (estabilidad emocional y una vida física con menos problemas).

De ahí la importancia de que los profesores tomen conciencia de la influencia que ejercen sobre sus alumnos, y lo manifiesten dando respuesta a la necesidad existente de que éstos cuenten con las habilidades necesarias para dirigirse a sus alumnos sin generar en ellos índices de estrés, facilitándoles su adaptación al aula por la creación de un ambiente de clase que genere una retroalimentación, positiva tanto intelectual como emocional.

Además, dado que la disposición de la autoestima es un factor en la vulnerabilidad para experimentar estrés y en consecuencia en la depresión, el profesor ha de interesarse por contribuir, tanto en actitud como en acción, al desarrollo de una autoestima que le permita al alumno tener la confianza y seguridad necesarias para enfrentar los retos que se le presenten en clase.

Finalmente, para destacar la influencia que tiene la escuela como apoyo social que puede proporcionar un ambiente benéfico para la salud física y emocional, cabe mencionar los hallazgos que se encontraron en una investigación que se hizo para correlacionar el desgaste emocional y el estrés en situaciones de salud y apoyo social en 190 estudiantes. Pues bien, se encontró que cuando en los alumnos el desgaste emocional y el estrés eran mínimos, éstos presentaban una salud adecuada. También encontraron que el apoyo social escolar influye en la disminución del desgaste emocional y del estrés (Ortiz y Zavala, 1998).

4.3 Trabajo

La personalidad humana va desarrollándose a lo largo de la vida, y dado que la vida de la mayor parte de las personas gira y transcurre principalmente alrededor del trabajo, es un hecho que el trabajo y la empresa tienen una gran influencia en la personalidad del trabajador. La importancia que se le da al trabajo es tal que los sociólogos han designado a la sociedad humana como una "sociedad del trabajo" (Plattner, 1995).

La manera de pensar, según la cual el hombre sólo como un ser trabajador puede llevar a cabo su realización personal, surgió con Max Weber, quien la describió como la "ética laboral del protestantismo", la cual permanece vigente hasta hoy. Es de este modo que el ser humano se define y define su estatus social ante todo por la profesión u oficio (*idem*).

Esto ha llevado a que, mediante el trabajo, la gente se comprometa con unos fines y objetivos que a menudo no tienen nada que ver consigo misma, y con ello se olvida de ocuparse simplemente de ella. Lo primordial será concentrarse en el trabajo, que adquiere así un enorme valor en la configuración de la propia vida.

Quien vive y trabaja en una sociedad capitalista, se enfrenta, lo quiera o no, con la conciencia predominante del tiempo como bien precioso, que hay que aprovechar con sentido; tiene que acomodarse a las violencias del tiempo que se le imponen y que le obligan a unas fechas y plazos y a una forma de comportamiento regulada por el tiempo, así como a una cierta rapidez.

Y es que este sistema económico se basa en el desarrollo y en el aumento de la productividad, con el que apenas parece quedar sitio para un manejo sereno y autoconsciente del tiempo. Todo el que quiere subsistir en nuestra sociedad tiene que adaptarse a las circunstancias que forman la producción y a las condiciones que impone el tiempo del reloj. "Parece como si al individualismo particular ni siquiera le quedase tiempo para preocuparse de sí mismo y plantearse la cuestión de qué es lo importante para él. Si se

orienta en demasía por sus propias necesidades ¿no existe, incluso, el peligro de no poder seguir la marcha del tiempo y de perder importantes trenes de enlase?" (*ibid.*, p. 116).

Vivimos en una sociedad en que se valora más el pleno rendimiento de las máquinas que la salud de las personas que trabajan con ellas.

De ahí que a cualquier nivel de trabajo, ya sea empresa o fábrica, en general no hay una disposición por parte de los patronos para escuchar al trabajador, y tampoco la hay para brindarles un buen trato. Las corporaciones no atienden a la necesidad de autoestima, crecimiento y autorrealización de sus miembros.

Está quizá por demás mencionar que pocos son los campos laborales que se interesan por satisfacer las necesidades internas de realización, expresión personal y autorrealización y seguridad de sus empleados; así como pocas ofrecen realmente trabajos que sean interesantes y permitan la oportunidad de participar en la toma de decisiones (Schultz, 1988).

Esto puede obedecer a que en México la forma predominante de organización de la producción en la ciudad se basa en la compra y venta de la fuerza de trabajo. Los asalariados, en consecuencia, constituyen el grueso de los trabajadores que absorben la manufactura. Ahora bien, se puede clasificar a los asalariados en dos grupos: los asalariados no manuales (profesionistas, técnicos, administradores, vendedores ambulantes, etc.) y los asalariados manuales (obreros de la producción, de la construcción y trabajadores de los servicios cuya actividad depende principalmente del desgaste de fuerza física). Esta separación es importante porque, en el caso de México, ambos grupos presentan desigualdades importantes en sus niveles de vida, las cuales involucran a su vez diferencias en la calidad de la fuerza de trabajo asalariada que hay que mantener y reponer, en gran parte, en el interior de los hogares (García, et.al., 1982).

Los asalariados no manuales se han expandido en estrecha vinculación con el desarrollo de la infraestructura de servicios adecuada a la industrialización creciente de la ciudad de México (banca, comercio, compañías de transporte, medios de comunicación,

etc.). También han desempeñado su papel en este proceso de expansión los servicios que se multiplicaron en la ciudad capital para satisfacer las necesidades de zonas interiores del país y el crecimiento continuo de las instituciones pertenecientes al gobierno federal.

Todo ello refleja el tipo de trabajo que pueden ofrecer las ciudades de México a sus habitantes. Dada la trascendencia que tienen el tipo de trabajo y las condiciones en las que se tiene que desarrollar dicho trabajo en el ser humano, este apartado estará enfocado en los efectos negativos, en sentido emocional principalmente, que provocan ciertas condiciones laborales en el ser humano trabajador.

Primeramente se mencionarán algunos de los principales factores que dentro de la empresa pueden influir en la personalidad de los trabajadores. Después se verá cómo es que, dependiendo de algunos factores como la actitud, motivación y algunas características de la personalidad del empleado, será el grado de impacto emocional en el sujeto. Asimismo, se mencionarán algunas de las emociones negativas que generan ciertas condiciones de trabajo y algunas de las defensas que ayudan a los trabajadores a hacer frente al sufrimiento que experimentan en el ámbito laboral, y cómo muchas de éstas son explotadas por los patrones para producir más. Finalmente, se mencionarán algunas de las consecuencias a nivel físico que padecen los trabajadores, así como algunas propuestas para hacer frente a la problemática emocional.

Algunos de los principales factores que dentro de la empresa pueden influir en la personalidad de los trabajadores son:

4.3.1 El ambiente humano

Quizá por encima de todos los factores citados, lo que verdaderamente marca la tónica en el desarrollo de la personalidad de los trabajadores en una empresa es el ambiente humano que en ella exista (Fernández, 1987). La pauta del ambiente humano de

la empresa lo marca generalmente la dirección, y ésta continúa por toda la línea jerárquica descendente. Este hecho el trabajador bien lo sabe y, además, es sumamente sensible a este factor.

De este ambiente se crean los grupos laborales que también tienen una notable influencia en la personalidad del trabajador. De una parte, los grupos formales, la organización de la empresa; de otra, los grupos informales o espontáneos.

Una organización flexible, abierta a la comunicación y con una política general y de personal de amplio sentido humano, será beneficiosa y positiva para el desarrollo de la personalidad de sus trabajadores. Por el contrario, una organización fría, cerrada a la comunicación y excesivamente autoritaria y disciplinaria, puede influir negativamente sobre la personalidad del trabajador (*idem*).

Sin embargo, generalmente las organizaciones formales suelen ser casi siempre frías, lo que dificulta al trabajador desempeñar sus labores con plena satisfacción, debido al impedimento de satisfacer sus necesidades de calor humano y comunicación con otros seres humanos. Es de esta necesidad asociativa del hombre que nacen los grupos informales o espontáneos, llamados así porque surgen espontáneamente dentro de la empresa.

Estos grupos tienen influencia sobre la personalidad del trabajador, ya que no sólo influyen en el trabajo, sino también fuera de él. De como sean estos grupos resultará beneficiosa o perjudicial la influencia sobre la personalidad de sus componentes. Así, por ejemplo, existen grupos de actitud positiva que, guiados por la necesidad de protección mutua, intentan fines benéficos para sus componentes, y, por tanto, la influencia de estos grupos es beneficiosa para el desarrollo de la personalidad del trabajador (*ib*).

4.3.2 El tipo de trabajo

Es indudable que el tipo de actividad que el hombre realiza influye poderosamente sobre su propia personalidad, ya que en ella se van acumulando las experiencias de cada día. Un trabajo delicado y de precisión, como puede ser el de relojero, por ejemplo, desarrolla mucho más la sensibilidad en el hombre que un trabajo duro y rudo como el de forjador. La dureza del trabajo puede, incluso, influir hasta en el trato que el mando da al trabajador; el trabajo duro hace al hombre duro, y así, en la vida práctica, se ha podido comprobar cómo capataces de fundición tratan a sus operarios con mucha más dureza que un capataz de ajuste a los suyos (Fernández, 1987). Otros trabajos arriesgados o peligrosos pueden influir sobre el hombre, haciéndolo más o menos ansioso o agresivo.

Existe, por ejemplo, el tipo de trabajo simplificado, que ha ido en aumento debido a que la simplificación y fragmentación del trabajo ofrece ventajas a la industria y a los consumidores, ya que se reduce al mínimo el costo por unidad. Y es que desde el establecimiento de las líneas de montaje, se ha podido vender automóviles y otros bienes de consumo a un precio accesible, que antes muchos no podían adquirir. Así, por ejemplo, una silla cuesta mucho menos si la fábrica una compañía que si la hace un ebanista o un carpintero (Schultz, 1988).

La simplificación ofrece una ventaja más: la industria ya no tiene que recurrir al artesano especializado; éste pasa largos años aprendiendo el oficio, pide un sueldo alto y es muy independiente. Para trabajar en la línea de montaje, se reclutan candidatos con poca experiencia y sin muchas habilidades, pues en poco tiempo se aprende el trabajo de línea de montaje.

Este tipo de trabajo hace más dóciles y fáciles de manipular a los trabajadores, ya que éstos saben que pueden ser reemplazados sin dificultad dado que no se poseen destrezas especiales para efectuar el trabajo que ellos desempeñan.

Asimismo, una división de trabajo muy estricta deja que cada operador desempeñe una pequeña porción del trabajo que se hace, los empleados empiezan a perder su

importancia social y parecen no tener significado. Los trabajadores no perciben su ajuste al esquema de las cosas y no ven el valor de su esfuerzo, por lo que se provoca en ellos insatisfacción con su trabajo (Lara, 1992). En el caso de la cadena, donde todos los obreros se encuentran sometidos a la misma cadencia por la misma velocidad de la cadena, la insatisfacción no es menos.

El trabajo en líneas de montaje propicia el estrés debido a que se caracteriza por la repetición y la monotonía, por la gran velocidad a la que se tienen que trabajar, y por ser labores que inspiran falta de interés y poca participación y, a menudo, son lugares en los que el ruido es muy fuerte.

El sistema de trabajo denominado trabajo a destajo puede elevar la productividad de la fábrica en un porcentaje notorio en comparación con el sistema de sueldos fijo; sin embargo, los niveles de estrés que este sistema provoca son más altos. Y al cabo de un período, estos trabajadores a destajo sentirán una fatiga física y mental, que les impedirá mantener un ritmo elevado de trabajo, alcanzando su excreción de adrenalina un impresionante 40% mayor a la normal (Schultz, 1988).

Un aspecto que sobresale y que tiene que ver con el tipo de trabajo que se realiza, es el conocimiento real de todas las funciones que tiene que realizar el trabajador, así como el conocimiento de si corre o no algún peligro en su área laboral.

Por ejemplo, en las industrias químicas la ignorancia reina sobre el proceso de producción y sus incidentes. La organización no puede brindar organigramas de las tareas a causa de la naturaleza misma del trabajo que se estructura alrededor de los incidentes que hay que enfrentar. En la mayoría de los casos, los obreros ignoran el funcionamiento exacto del proceso de producción, de los diferentes aparatos, etc.; apenas poseen algunos conocimientos que son rastros de un aprendizaje discontinuo: el nombre del producto de entrada y el de salida, el nombre de la instalación, su peso en toneladas, sus características generales, su fecha de instalación, algunos datos cuantitativos referentes a su temperatura y presión límite, etc., tal como son proporcionados sobre los tableros de la sala de control. Pero no hay un conocimiento coherente, ni sobre el proceso de producción en sí mismo, ni

sobre el funcionamiento de las instalaciones. No existe ninguna formación sobre ese tema destinada a los obreros. El saber circula a nivel de los ingenieros, de las oficinas de estudio, de la sede central, etcétera.

Otra dificultad que tiene que ver con el tipo de trabajo es el cambio. En términos generales, la mayoría de la gente se resiste al cambio, pues prefiere las situaciones familiares que le permiten obrar con espontaneidad. Así, cuando se introduce un nuevo método o procedimiento, el empleado necesita aprenderlo y adaptarse a él, a sus nuevos jefes o las políticas de otro departamento o gerencia. Además, los obreros sufren de una mayor ansiedad cuando cambian de puesto de trabajo, ya que aún no conocen los secretos del oficio.

El papel del empleado en el tipo de trabajo a veces ocasiona dificultades para el trabajador en dos aspectos capaces de servir de estresores: la ambigüedad y el conflicto. La ambigüedad de funciones se presenta cuando su responsabilidad y tareas propias del cargo y lo que los otros esperan de él está poco estructurada, de modo que la información es vaga y mal definida.

No sólo se pone en peligro la salud de los obreros fabriles en aras de la eficacia económica; también la de los empleados de oficina. En el trabajo de oficina, la vigilancia no puede ser ajustada por el metrónomo de la fábrica, pero la permanencia del control ha de ser del mismo modo recordada por otros medios, como las rivalidades y la discriminación que aseguran a los supervisores un gran poder (Dejours, 1990). Especialmente de los que ocupan puestos directivos, se espera, que estén dispuestos a hacer horas extraordinarias y a trabajar los fines de semana (incluso en el entorno doméstico, para pesar de la familia), posponiendo sus propias necesidades personales de recuperación y descanso.

Por último, ha de decirse que, dependiendo de la clase de trabajo, es que existirá cierta libertad y desarrollo del trabajador, por lo que cuando el hombre trabaja dentro de un régimen normal de libertad, su personalidad puede evolucionar y desarrollarse positivamente.

4.3.3 Condiciones físicas

Muchos aspectos del ambiente físico del trabajo influyen en la satisfacción del empleado y en su productividad. Entre las condiciones físicas se encuentra una amplia gama de factores. La ubicación del empleo influye en el personal por medio de la proximidad de tiendas, restaurantes, bancos y otros servicios. Si la calefacción, los sistemas de aire acondicionado, los elevadores, las cafeterías de la empresa y los sanitarios no son adecuados, afectan negativamente el rendimiento.

Aparte de los problemas de diseño a gran escala, están involucrados factores específicos del ambiente laboral, a saber: iluminación, ruido, color, música, temperatura y humedad. Respecto a la iluminación, existen criterios para calcular la intensidad adecuada en diferentes tipos de trabajo. La distribución de la luz y el resplandor representan también un problema que debe tenerse presente al momento de diseñar la iluminación. El ruido es otro problema común en las áreas de trabajo, y puede ocasionar sordera temporal o permanente; con objeto de remediarlo, las leyes federales establecen el nivel máximo de ruido a que pueden estar sometidos los empleados (Fernández, 1987).

El ruido origina otros efectos fisiológicos, por ejemplo: aumento de la tensión muscular, de la presión arterial y estrechamiento de los vasos sanguíneos. A pesar de ser un peligro para la salud física y mental, todavía no se conocen bien sus consecuencias en la productividad (Anaya, 1993).

El color en la industria es un útil medio de codificación: impide la fatiga visual, crea ilusiones de tamaño y temperatura, mejora la calidad estética del lugar de trabajo. Sin embargo, al parecer, no afecta en nada la producción. El uso de música en el trabajo tampoco afecta a la eficiencia, si bien a algunos empleados les gusta. Gracias a ella algunos ambientes laborales son más agradables.

Dado que la comodidad que se siente a cierta temperatura depende siempre de la humedad y de la cantidad de movimiento de aire, si las condiciones climatológicas no son

gratas, disminuye de inmediato la productividad, especialmente en trabajos que requieren actividad física.

Se puede mencionar además que la contaminación interna debida a fuentes químicas o de radiación representa una grave amenaza para la salud en los edificios modernos, de cierre hermético. Las sustancias nocivas también se encuentran en alfombras, mobiliario, pintura, copiadoras y equipo electrónico.

Es un hecho, pues, que las reacciones del trabajador a factores ambientales (iluminación, ventilación, ruidos, etc.) plantean problemas de tipo físico y psicológico.

Finalmente, es indudable que unas buenas instalaciones, adecuada ventilación, luz y calefacción, medios de trabajo, etc., tienen una gran influencia en la personalidad del hombre que trabaja. Al observar ciertas instalaciones industriales, el empleado debería sentirse impulsado a querer trabajar en ese ambiente. Ahora bien, si este confort de las instalaciones cae en un excesivo lujo, esto puede producir efectos negativos sobre la personalidad del trabajador, marcando un excesivo contraste con el ambiente de su vida privada y el laboral (Fernández, 1987).

4.3.4 Condiciones temporales

Entre las condiciones temporales del trabajo figura el número de horas laborales y la manera de distribuir las mismas. En general, cuando se acorta el horario laboral, se pierde menos tiempo y la producción tiende a incrementarse.

Una circunstancia temporal que influye en muchos empleados es el hecho de que realicen sus labores durante el día o por la noche. Existen muchas compañías que laboran todo el día y, en consecuencia, el personal toma tres turnos: generalmente el primero abarca de 7 de la mañana a 3 de la tarde, el segundo de las 3 de la tarde a las 11 de la noche y el último de 11 de la noche a 7 de la mañana. Algunas asignan a sus empleados un turno

permanente; otras recurren a la rotación de personal: cada semana o en lapsos variables les cambian de turno. Por lo regular los de los turnos vespertinos o nocturnos deben recibir una compensación por la molestia del horario, aunque muchas veces esto no es así (Schultz, 1988).

En los últimos años se ha elevado el número de los que trabajan por turnos; ello se debe al aumento de la automatización, a la existencia de procesos de fabricación que no se interrumpen nunca, y de maquinaria cuyo costo se compensa si se opera sin interrupción. También se requieren turnos en los servicios hospitalarios continuos y en los medios de transporte público (*idem*).

4.3.5 Condiciones organizacionales

Uno de los aspectos involucrados en las condiciones organizacionales es el mando. Todos los jefes, de una manera o de otra, proyectan sobre los subordinados su propia personalidad. Según sea su comportamiento, esta proyección será positiva o negativa.

Los subordinados esperan de sus jefes justicia, lealtad, sinceridad, comprensión, buen ejemplo, etc. Cuando encuentran en él lo que esperan, su influencia sobre la personalidad de ellos será positiva. Por el contrario, si no reciben del jefe lo que de él esperan, la influencia de la personalidad del jefe sobre la de sus subordinados será totalmente negativa y contribuirá a desmoralizarlos y frustrarlos (Fernández, 1987).

Otro factor relacionado con este inciso es el exceso de tutela de la empresa hacia el trabajador, a través de un paternalismo empresarial, que no deje al empleado desarrollar su personalidad. Otro tanto se puede decir de una disciplina y jerarquía rigurosas que vuelvan al hombre receloso y desconfiado al sentirse controlado y vigilado por todas partes.

4.3.6 Remuneración económica

Es de todos sabido la enorme influencia que el factor económico tiene sobre todos los demás aspectos de la vida humana. Sin duda todo ser humano busca (porque tiene la necesidad y el derecho de) pretender una retribución económica que le permita tener una vida cómoda y sosegada, mantener una familia con decoro y dignidad, que además le facilite dar una educación adecuada a los hijos, mejorar la propia formación mediante el estudio, la lectura, los viajes, etc. Es evidente, por tanto, que la remuneración del trabajador tiene una indudable influencia sobre la evolución y desarrollo de su propia personalidad, no sólo por lo que el dinero permite hacer, sino también porque el no poseerlo contribuye al desarrollo de aspectos negativos en la personalidad, frustraciones, tensiones, sentimientos de inferioridad, etc. El ser humano siempre ha de esperar, por tanto, que se le remunere su trabajo satisfactoriamente con un salario digno.

Todos los factores antes mencionados tienen cierta influencia en los trabajadores, pero la manera como son interpretados y vividos por el ser humano, varía de acuerdo a su personalidad, la actitud que tenga ante su trabajo y a la motivación que tenga para efectuarlo. Uno de los factores que tienen que ver con la personalidad del ser humano es el nivel de aspiraciones que la persona tiene. El conocer el nivel de aspiraciones del trabajador y las posibilidades reales de que las alcance en esa empresa, es un factor importante para poder influir de manera positiva en el desarrollo de su personalidad.

Si la empresa no puede proveer un equilibrio entre el nivel de aspiraciones del trabajador y las posibilidades que le brinda el puesto para alcanzarlo, creará trabajadores frustrados. El hombre con alto nivel de aspiraciones y un medio que le posibilite alcanzarlas, enriquecerá sus habilidades a medida que se le van dando más responsabilidades en su trabajo. Por el contrario, si se da responsabilidades a una persona con bajo nivel de aspiraciones, se puede observar cómo éste tenderá a eludirlas y llegará a estar fastidiado y descontento.

Por otra parte, el buen equilibrio en la vida privada del trabajador tiene una gran influencia sobre su personalidad. Los problemas familiares, la felicidad conyugal, etc.,

influyen positiva o negativamente en el desarrollo de la personalidad humana, y por tanto, en su desempeño laboral.

Existen algunas investigaciones que han probado la influencia que tiene en el desempeño laboral la actitud que tenga el trabajador respecto de su trabajo. Por ejemplo, Schultz (1988) menciona que en una investigación hecha a trabajadores, se encontró que los empleados que externaban una actitud más optimista y por lo regular estaban contentas con su trabajo, sentían menos fatiga laboral. En otro estudio se descubrió que los extrovertidos se aburren más que los introvertidos. Tales hallazgos son de gran interés, a la hora de elegir al personal.

Experimentos llevados a cabo por la Western Electric Company, de Chicago, demostraron claramente la influencia de la actitud de los empleados sobre el trabajo y la producción; se encontró que las actitudes de los trabajadores eran factores básicos en las relaciones dentro de la empresa porque influían sobre el rendimiento individual y sobre el esfuerzo de grupo (Fernández, 1987).

La actitud de un empleado es un factor importante para determinar la forma en que percibirá y experimentará una situación en el trabajo, por lo que el conocimiento de estas actitudes permitirá en gran manera comprender las reacciones de éstos.

Por otro lado, la motivación humana es una variable compleja en extremo, sobre todo porque rara vez se actúa impulsados por un solo motivo, sino que son varias las necesidades y deseos que mueven a la persona (Rubio y Díaz, 1999). De ahí que precisar la causa de la conducta humana sea una tarea inasequible. A pesar de que no se entiende en forma cabal la estructura motivacional del ser humano, la investigación psicológica aporta datos muy importantes sobre ella (Schultz, 1988).

No se pretende profundizar en la teoría de la motivación; sólo interesa mencionar brevemente algunas de las teorías que explican un aspecto de ella: la conducta laboral. Se han propuesto varias teorías de la motivación; se mencionarán cuatro de ellas por ser las más representativas.

La teoría de la necesidad de logro (de McClelland) postula la existencia de una necesidad de logro, de realizar bien las propias tareas y de ser el mejor en todo cuanto se hace; el gusto por condiciones de trabajo en las cuales puedan asumir responsabilidad, correr riesgos calculados y fijarse metas de dificultad mediana (Schultz, *op. cit.*).

La teoría de jerarquía de necesidades (de Maslow) establece la existencia de una jerarquía de cinco necesidades (fisiológicas, de seguridad, amor, estimación y autorrealización); para que el sujeto busque satisfacer una de nivel superior, debe satisfacer antes la anterior. La autorrealización es la necesidad de mayor rango y consiste en explotar al máximo las propias capacidades; se la puede satisfacer con trabajos que permitan autonomía y ofrezcan responsabilidad e interés (*id.*).

La teoría de necesidades de higiene y motivadores (de Herzberg) postula dos conjuntos de necesidades: las motivadoras (la indole del trabajo y su grado de logro y responsabilidad) y las de higiene (o sea, los aspectos del ambiente laboral como el sueldo y la supervisión). Las primeras procuran satisfacción al empleado; las segundas pueden ocasionarle insatisfacción si las condiciones de trabajo no son adecuadas. Sin embargo, aún cuando las condiciones sean excelentes, estas necesidades no pueden proporcionar satisfacción (*ib.*).

La teoría de la motivación, basada en las características del trabajo (propuesta por Hackman y Oldham), postula la existencia de diferencias individuales en la necesidad de crecimiento, y sostiene que en la motivación del empleado influye su opinión sobre las características del trabajo. Las cinco dimensiones fundamentales del trabajo son: diversidad de habilidades y conocimientos, identidad de la tarea, importancia de la tarea, autonomía y retroalimentación. Las cinco culminan en estados psíquicos primarios; éstos a su vez dan origen a motivación, satisfacción y rendimiento adecuados (*idem.*).

Los datos precedentes significan que, al examinar detenidamente los efectos emocionales y físicos del trabajo en el ser humano, habrá que incluir ciertos factores individuales que aumentan la vulnerabilidad. No todos los factores denominados estresores afectan de la misma manera al personal. Un tipo arruina la salud de un empleado y no

parece afectar en lo más mínimo al compañero de trabajo que ocupa el escritorio de al lado o que opera una máquina igual. Si alguien está descontento con su trabajo, el estrés le producirá una enfermedad con el tiempo; en cambio, otro que realice al mismo trabajo con gusto, quizá no manifieste ninguno de los efectos de la tensión.

A continuación se mencionarán algunos de los efectos en sentido emocional, que provocan las condiciones que ya se citaron.

Algunos autores coinciden en que la fragmentación o especialización del puesto produce insatisfacción, aburrimiento y monotonía. Esto debido a que las tareas especializadas son repetitivas y sin atractivo, lo que trae como consecuencia el surgimiento de estados de malestar como tristeza, inquietud, fastidio y estrés (Lara, 1992).

De ahí que la alienación sea un síntoma de la falta de satisfacción provocada por la especialización y la falta de rotación de un puesto. Cuando el trabajador están desempeñando una labor que percibe como insignificante y cuando además el ambiente en el que labora lo lleva a un aislamiento en el que evidentemente no tiene comunicación con otros, es muy probable que se desarrolle la alienación del trabajador (*id*).

Efectivamente, los obreros de líneas de montaje pagan un precio excesivo por su participación en la obtención del bienestar material de la sociedad moderna; y es que el valor y significado personal del trabajo se destruyen a medida que se pierde contacto con el producto terminado. El artesano que plasmaba un mueble con el material en bruto sentía el orgullo y la satisfacción del logro, así como el placer de aplicar debidamente su capacidad, imaginación e inteligencia.

¿Qué estímulo y satisfacción brinda construir los sintonizadores del televisor por medio de una máquina, y repetir la misma operación hora tras hora, semana tras semana sin variación alguna? Por lo regular la máquina fabrica la parte y el obrero se limita a auxiliarla, oprimiendo un botón o jalando de una palanca. Todo mundo puede hacer eso; se ha demostrado que hasta un chimpancé aprende a ejecutar la maniobra. Con bastante frecuencia el obrero ni siquiera sabe lo que sucede con la parte que fabrica, o qué relación

guarda con el producto terminado. Tal tipo de trabajo tiene poco significado para él: le brinda menos satisfacción y no tarda en causarle frustración, aburrirle y parecerle monótono. Entonces poco a poco se volverá apático y desinteresado, su estado de ánimo se deteriorará y tal actitud se acompañará de la disminución de la calidad y cantidad de su producción.

Dos consecuencias fundamentales de la fragmentación de tareas (el aburrimiento y la monotonía) son importantes elementos del ambiente psicológico del trabajo. El aburrimiento suele deberse a la realización de actividades repetitivas, monótonas y sin atractivo. A veces ocasiona un estado de malestar general (inquietud, tristeza y fastidio) que deja sin energía y sin motivación alguna en muchas cosas que antes se gustaba hacer, como la lectura, ver la televisión, oír música.

Los efectos de estas variables se reflejan también en la fatiga, tanto la llamada psicológica (que se parece al aburrimiento) como la fisiológica, debida al excesivo uso de los músculos. Esta última forma parte del ambiente interno del trabajo, pero las dos pueden mermar el rendimiento y aumentar los errores, el ausentismo, la rotación de personal y los accidentes. Dada su notoria influencia en la conducta laboral, la fatiga ha sido objeto de amplias investigaciones en psicología industrial (Rubio y Díaz, 1999).

La fatiga, como se ha observado, tiene elementos psicológicos y fisiológicos. Un trabajo prolongado o muy cansado ocasiona alteraciones fisiológicas netas y medibles. Durante el cansancio, los procesos orgánicos como la frecuencia cardíaca, el consumo de oxígeno y la tensión muscular operan a niveles diferentes, y ello permite definirla con precisión (Schultz, 1988). Sus aspectos psicológicos son más elusivos en cuanto a la medición, pero al mismo tiempo perturban profundamente al individuo y merman mucho su rendimiento, debido a que las situaciones que se desencadenan, como cansancio, tensión, irritabilidad, debilidad, falta de concentración y pensamiento vago e incoherente, imposibilitan ejecutar cualquier trabajo de manera eficaz.

La investigación en el trabajo demuestra que, en la mayoría de los trabajos físicos, los empleados señalan que se sienten más cansados al iniciar las labores, vuelven a

sentirse así poco antes de la comida y hacia el final de la jornada. De ello se deduce que la fatiga psicológica no se acumula con el transcurso del período laboral, sino que es intermitente, pues aparece y desaparece por lo menos tres veces al día. Esto significa que otros factores (la motivación, entre ellos) además del trabajo propiamente dicho, intervienen en este estado (*id*).

Ahora bien, la fatiga también es generada por aquello que se designa como sobrecarga cuantitativa y sobrecarga cualitativa, o bien, exceso de trabajo. La sobrecarga cuantitativa es aquella en que hay mucho trabajo y se dispone de poco tiempo para realizarla. Se trata de una causa evidente de estrés. La sobrecarga cualitativa no consiste en demasiado trabajo, sino en la dificultad excesiva del mismo. Ante una sobrecarga de este tipo, incluso los que están muy bien dotados para ejecutarla se encuentran a veces en una situación donde no pueden afrontar las exigencias que les impone su trabajo (*ibid*).

El exceso de trabajo o su dificultad producen estrés, pero también el que realiza poco trabajo o tareas demasiado sencillas también sufre estrés (Aguayo y Lama, 1998). De hecho, la ejecución de una carga demasiado pequeña ocasiona a veces tanto estrés como la sobrecarga, pudiendo además deteriorar la salud (Schultz, 1988), por esto es necesario recordar lo necesario que es evitar los extremos de exceso y falta de trabajo.

Dentro del ámbito laboral, Dejours (1990) reagrupa esquemáticamente los diferentes componentes de la ansiedad en tres rubros:

- 1) La ansiedad relativa a la degradación del funcionamiento mental y del equilibrio psico-afectivo esto es, la ansiedad que resulta de la desestructuración de las relaciones psico-afectivas espontáneas con los compañeros de trabajo de su intoxicación por la discriminación y la sospecha, o de la implicación forzada en las relaciones de violencia y de agresividad con la jerarquía.

La perturbación de las inversiones afectivas provocadas por la organización del trabajo puede poner en peligro el equilibrio mental de los trabajadores. Generalmente son consientes de este riesgo. La necesidad de descargar la agresividad conduce a la

contaminación de las relaciones fuera del trabajo, y, en particular, de las relaciones familiares. Recurrir a bebidas alcohólicas es a veces una forma de atenuar la tensión interior, o el consumo de psicotrópicos destinados a una mejor contención de la agresividad y de la tensión interior, es una última solución. Además esta la ansiedad generada por la insatisfacción en el trabajo, por las restricciones que terminan en una auto represión del propio funcionamiento mental y esfuerzo por mantener los comportamientos condicionados.

De estos efectos específicos de la organización del trabajo sobre la vida mental de los trabajadores, resulta una ansiedad específica, compartida por gran parte de la clase trabajadora: sentimiento de parálisis de la imaginación, de la puesta en reposo de la inteligencia, en cierto modo, de despersonalización.

- 2) La ansiedad relativa a la degradación del organismo. La segunda forma de ansiedad resulta del riesgo que pesa sobre la salud física. Las malas condiciones de trabajo ponen en peligro al cuerpo de dos maneras: riesgo de accidente de carácter repentino y grave de entrada (quemaduras, heridas, fracturas, muerte), riesgo de enfermedades profesionales o de carácter profesional, aumento del índice de morbilidad, acortamiento de la esperanza de vida, enfermedades "psicosomáticas".

Es pertinente mencionar que las condiciones de trabajo impactan sobre el cuerpo, mientras que la organización del trabajo tiene como objetivo el aparato mental. Así, la ansiedad resultante de las amenazas contra la integridad del organismo, es claramente de naturaleza mental. La ansiedad es el brote psíquico del riesgo que hace correr al cuerpo la nocividad de las condiciones de trabajo.

- 3) La ansiedad engendrada por la "disciplina del hambre". A pesar de un sufrimiento psíquico, los trabajadores permanecen en sus puestos; exponen su equilibrio y funcionamiento mental a la amenaza que contiene el trabajo para hacer frente a una exigencia que es aún más impenosa: sobrevivir. Ansiedad de la muerte. Ciertos autores llaman a esta ansiedad como la "disciplina del hambre". Pero en

todos los casos la disciplina del hambre es condición de la relación hombre-organización del trabajo.

Cabe mencionar que a partir de cierto nivel la ansiedad y el temor se someten a una verdadera disolución en la angustia, es decir que, desbordadas, las defensas individuales dejan aparecer los conflictos intrapsíquicos, inevitablemente reactivados por la permanente situación de riesgo. Ningún obrero, al igual que ninguna otra persona, está al abrigo de la explosión de la angustia. La separación que existe entre ansiedad y angustia es esquemática. En la práctica, la unión es precoz y, a menudo, no le basta al obrero con salir de la fábrica para tranquilizarse y recobrar completamente la calma; sobre todo si estos períodos de recuperación somatopsicológicos son interrumpidos por la ruptura de los ritmos de reposo (en el caso de trabajo en equipos). La mayoría de los obreros necesita remedios para dormir, pero también para poder aguantar durante el trabajo. Hipnóticos y ansiolíticos son utilizados "a mano ancha". Cuando el obrero vuelve a su casa, se despierta durante la noche, angustiado, ya que no recuerda si cerró bien una determinada válvula; sólo estará tranquilo a la mañana siguiente cuando vuelve a retomar su puesto. Poco a poco la vida entera del obrero es penetrada por la ansiedad generada por el trabajo .

Cuando el trabajador, después de haber puesto su mejor empeño por conseguir los fines que se propone, no lo logra, esta imposibilidad puede crearle una fuerte tensión emocional y una incapacidad para escapar de la situación en que se encuentra. Todo ello le puede conducir a una frustración. El grado de tolerancia a la frustración varía mucho de unas personas a otras y tiene una gran importancia para la vida profesional, sobre todo en los puestos de mando (Fernández, 1987).

La frustración puede llevar al sujeto a presentar conductas que ya no persigan ningún fin útil, y hasta pueden convertirse en absurdas o insensatas e inesperadas como: abulia, censura y crítica destructiva de la empresa, de los mandos e incluso de sus compañeros (*idem*). Esto produce a su vez, por lo general, efectos perturbadores en la conducta humana que tiende a desorganizarse y hacerse agresiva, entre otras.

Las agresiones pueden presentarse en formas diversas: agresiones físicas directas, agresiones físicas desplazadas, agresiones verbales (crítica destructiva), directas y desplazadas, agresiones internas (sentimientos de culpabilidad e inferioridad y depresiones) e insolidaridad social (cinismo). También se puede presentar rigidez, intolerancia, prejuicios, o fantasías tendientes a sustituir la vida real por triunfos imaginarios, o se puede recurrir al refugio en la inacción y el desinterés, o caer en la ansiedad y creación de fobias.

En definitiva, la frustración origina comportamientos que resultan perjudiciales (de los cuales se han mencionado sólo los más importantes), tanto para el propio individuo que la presenta como para los que conviven con él; por esta razón se le debe conceder toda la gran importancia que tiene.

Toca el turno ahora de hablar del estrés y la depresión. Pues bien, en cuanto a los efectos más inmediatos que el estrés tiene sobre el comportamiento y el rendimiento, uno de los estudios más ambiciosos sobre las consecuencias de esta variable que se centró en 2,000 miembros más importantes de una gran compañía canadiense, encontró que un trabajo repetitivo y monótono puede originar tensión muscular, insatisfacción y depresión (Schultz, 1988).

Se ha encontrado, además, que cuando los empleados han sido presionados para que incrementen la producción y ello supone horas extraordinarias que muchos no están en condiciones de rechazar, la tensión que experimentan es tal que terminan por dejar de producir tanto como en un principio se había logrado. Otro factor que les produce estrés a los trabajadores lo constituyen las relaciones tensas entre la gerencia y el personal. Algunas de estas relaciones surgen a través de situaciones como cuando ha habido fricción entre ambas partes, o bien cuando los empleados no disponen de un recurso para presentar sus quejas, cuando hay poca comunicación con la gerencia, y ésta rara vez proporciona retroalimentación. Los empleados experimentaban, asimismo, conflicto de papeles, otro generador de estrés, cuando a menudo sus superiores les dan órdenes contradictorias (*idem*).

Todo ello lleva al empleado a adoptar una actitud muy rígida ante sus tareas, a seguir las normas y procedimientos ciega y compulsivamente, pues la presión de tiempo le impide ser flexible y examinar otras soluciones del problema. Además, el sujeto irá rehuyendo la compañía de otros en el trabajo y fuera de él, volviéndose poco a poco un solitario, y la evasión del trato con los demás le hará más difícil afrontar el estrés. Con el tiempo deteriorará el estado emocional y la eficiencia de sus compañeros de trabajo y de los subordinados.

La vida laboral presenta exigencias tecnológicas y temporales, imponiendo unos ritmos que no todos pueden aceptar sin flaquear, surgiendo así la amenaza de la inadaptación, y, por consiguiente, de trastornos psíquicos. La profesión es tan perturbadora porque el mundo del trabajo, el carácter puntual del gesto profesional, dejan al obrero insatisfecho, incapaz de situarse en un conjunto como podía hacerlo el artesano de antaño. Más aún, el sentimiento de hallarse sin defensa y eventualmente triturado por el tiempo, lleva a la incertidumbre del mañana (Sendrail, 1983).

Efectivamente, el estrés del tiempo, deriva, en principio, naturalmente, de las exigencias concretas de la vida laboral y privada; por ello la actitud frente el trabajo juega un papel decisivo, ya que la concepción del trabajo contribuye esencialmente a la vida estresada (Plattner, 1995).

La orientación futurista y la actitud en el trabajo siempre contribuyen de manera decisiva a la vivencia del estrés del tiempo. Eso produce incertidumbre, desencadena un desasosiego interior y empuja a realizar muchas cosas en breve tiempo (Cazabat, 1997). Con la expectativa de algo mejor, el hombre moderno no soporta largo tiempo el presente; en la realidad habitual de lo cotidiano, pronto experimenta aburrimiento y el miedo de que se le escape algo: el futuro (Plattner, 1995).

El hombre apenas se atreve ya a hacer cosas que no sean prácticas y provechosas, ni siquiera en el tiempo libre. El convencimiento de que siempre hay que tener algo que hacer saca de sí mismo al hombre, que a menudo olvida lo que realmente quiere y necesita y que difícilmente reconoce sus necesidades.

Si bien se mira, la actitud frente al tiempo es un reflejo de la actitud frente a sí mismos. Cuando se está insatisfecho con el tiempo es que realmente se está insatisfecho consigo mismo. Y cuando no se soporta el tiempo libre, tampoco se soporta la confrontación consigo mismo; tal vez porque se tiene miedo de comprobar que las necesidades más íntimas y propias no corresponden a las exigencias normativas del aprovechamiento del tiempo. Esto llevaría a un posible cuestionamiento sobre sí mismo o sobre el comportamiento que se ha llevado, y por ello se huye hacia el futuro, alejándose cada vez más de sí mismo (*ibid*).

Sin embargo, la huida hacia el trabajo es una salida aceptada en nuestra sociedad, por cuanto la vida laboral y profesional goza de una gran estima. El resultado es que muchos apenas saben manejarse personalmente y manejar su tiempo, si desaparece el trabajo profesional.

Por si fuera poco, todos estos estados emocionales traen consigo un daño en las relaciones familiares del trabajador, además de que hay una modificación de las relaciones espontáneas que podrían existir entre los empleados. La descompensación emocional toma, la mayoría de las veces, el aspecto de un cuadro mixto, asociando angustia, irritabilidad y depresión, cuya cristalización termina en la clase de conflictos familiares y sociales .

Una de las razones por las que los patronos no se interesan tanto en los efectos emocionales negativos que pueden perjudicar a sus empleados ciertas condiciones de trabajo, es precisamente porque sacan provecho de algunas de ellas; un ejemplo de esto se ve en la explotación de dos emociones: la "ansiedad" y "la tensión nerviosa", ambas mencionadas con frecuencia en el discurso obrero. Los obreros dan cuenta de este sufrimiento que sería la consecuencia de una sobrecarga o saturamiento de trabajo y de la preocupación por sus tareas (Dejours, 1990).

Tal es el caso del trabajo de operadora de informaciones telefónicas, en donde el sufrimiento psíquico, lejos de ser un epifenómeno, es el instrumento para obtener el trabajo. Por un lado está la angustia correa de transmisión de la represión, y por el otro, la irritación y tensión nerviosa para arrancar un sobretrabajo. La única solución que se pone al alcance

frente a la agresividad que experimentan, ante el interlocutor irrespetuoso o ante la ansiedad que sienten por el acatamiento de múltiples normas como evitar responder en forma agresiva, cortar la comunicación, hacer enojar al interlocutor haciéndolo esperar indefinidamente, a la vez que tienen que reducir la duración de la comunicación, conducir al interlocutor para que corte más rápido, es trabajar más rápido. Entonces, para aumentar la productividad, habrá que exasperar a las operadoras; por eso la supervisora no obtendrá un mejor rendimiento obligándolas a que trabajen más rápido, sino que lo logrará creando imitación y tensión nerviosa en las empleadas.

De esta manera se aprecia cómo el trabajo no produce sufrimiento: es el sufrimiento el que produce trabajo. Para aumentar el trabajo basta con tirar del cordón del sufrimiento psíquico (siempre y cuando se respeten los límites y la capacidad de cada uno, sin lo cual, se corre el riesgo de descompensar uno u otro, a través de una crisis de nervios, por ejemplo) (*idem*).

Otro medio que utilizan los patronos para explotar a sus empleados es el manejo de las licencias, la distribución de las tareas, los retrasos autorizados o sancionados, etc., además de las falsas esperanzas, particularmente sobre el ascenso, las cuales son hábilmente alimentadas. En ciertas administraciones, en organizaciones de servicio, los jefes recurren muchas veces a una convocatoria individual de los empleados. En la oficina del jefe las amenazas ceden el lugar a un cambio de actitud, a la benevolencia y al paternalismo.

Otro problema es el de la manipulación psicológica de los empleados, a través de algunas confidencias de cuestiones personales. Los empleados son alentados para hablar de sus dificultades familiares y materiales; de esa manera, esa información servirá luego para utilizarla como medio de presión, e incluso a veces se dará a conocer públicamente, activando o reactivando conflictos y rivalidades entre los empleados (Fernández, 1987).

De la misma forma, la dirección y los jefes de oficina buscan meticulosamente las causas de las faltas al trabajo, la naturaleza de los tratamientos seguidos, lo que les permite

servirse una vez más del secreto como palanca de manipulación psicológica: vergüenza y culpabilidad son suscitadas en cualquier ocasión (Dejours, 1990).

Esta atmósfera tiene como efecto principal contaminar las relaciones entre empleados y crear sospecha, rivalidad y perversidad entre unos y otros. Así se encuentra desplazado el conflicto de poder. Este clima no es excepcional, es más bien la regla en los empleos de oficina. Apenas surgen tales rivalidades, el jefe podrá participar con el poder que le confiere su posición jerárquica.

Si se quiere ser más específico aún, lo que realmente es explotado por la organización del trabajo no es el sufrimiento en si mismo, sino más bien los mecanismos de defensa empleados contra este sufrimiento. En el caso de la operadoras telefónicas, el sufrimiento proviene de la organización del trabajo robotizante, expulsando el propio deseo del sujeto. La frustración y la agresividad que resultan, así como la tensión y el nerviosismo son específicamente explotados para aumentar el ritmo de producción.

Haciendo referencia al tema de los mecanismos de defensa que elaboran los trabajadores ante el sufrimiento que experimentan por determinadas condiciones que el trabajo les impone, se pueden mencionar algunos casos que ejemplifiquen la ideología defensiva del trabajador.

A pesar de que existe en las industrias una ideología defensiva específica de acuerdo a lo que éstas producen o fabrican, para ilustrar la ideología defensiva contra la ansiedad se tomará el caso de la construcción. En esta rama, los peligros tienen una realidad y una importancia que es inútil destacar y que se verifican por el gran número de accidentes invalidantes y mortales (la mitad de los accidentes mortales de trabajo ocurren en la construcción) (Dejours, 1990).

En las constructoras se presenta un fenómeno conocido bajo el nombre de "resistencia de los obreros a las consignas de seguridad". Todo pasa como si los obreros de la construcción fueran inconscientes de los riesgos a los que se exponen; hasta como si sintieran en ello cierto placer. Es lo que hace afirmar a ciertos autores que los obreros de la

construcción se caracterizan por su gusto pronunciado por el peligro y el esfuerzo físico, por tipos de carácter en los que predomina el orgullo, la rivalidad, el valor asignado a los signos exteriores de la virilidad, la bravura, pero también la temeridad y hasta la inconciencia frente a la realidad, la ausencia de disciplina, tendencia al individualismo, etc. (Dejours, 1990).

Aunque las actitudes con respecto al riesgo de accidentes y el rechazo de ciertas consignas de seguridad son bien conocidas, las respuestas que dan muchos autores ante tales actitudes son variables y superfluas. Lo cierto es que esta actitud de desprecio del riesgo no puede ser analizada literalmente; esto va más allá de la supuesta ignorancia, inconciencia o inmadurez frente al riesgo.

El riesgo, el propio trabajador lo conoce más que cualquier otro y lo siente a flor de piel en su vida cotidiana. La vivencia de la ansiedad existe efectivamente, sólo que aparece sobre la superficie en contadas ocasiones, ya que ésta se encuentra contenida, tanto como se puede, por los sistemas defensivos; estos últimos absolutamente necesarios, ya que si la ansiedad no es neutralizada de ese modo, puede surgir en cualquier momento durante el trabajo, y entonces los obreros no podrían continuar mucho tiempo más con sus tareas (*idem*).

La conciencia del riesgo de accidente obligaría al obrero a tomar tantas precauciones individuales que se volvería ineficaz en el plano de la productividad. Más aún, la justa evaluación del riesgo impediría completamente la realización de un trabajo en la construcción.

Entonces el miedo al riesgo sólo debe aparecer invertido, incluso fuera del trabajo en una larga lista de los síntomas medicalizados de la ansiedad. Ahora bien, las actitudes de negación y de desprecio hacia el peligro no bastan; "conjurar el riesgo exige sacrificios más convincentes", por lo que los obreros a veces agregan al riesgo de trabajo los riesgos derivados de los grandes esfuerzos personales y de verdaderos concursos de habilidad y valentía (*ibid*, p. 84).

En estas pruebas se refleja el motivo real de su actitud y conductas; y es que en éstas compiten entre ellos, pero al hacerlo, todo ocurre como si fueran ellos los que crearan el riesgo en todos sus aspectos y no fuera el peligro lo que se abate sobre ellos independientemente de su voluntad. Crear la situación o agravarla, es en cierta medida ser dueño de ella. Esta estratagema posee un valor simbólico que contiene la iniciativa y el dominio de los trabajadores sobre el peligro y no lo contrario (*id*).

De este modo, tras la fachada de la inconciencia del peligro está en realidad el sistema defensivo destinado a controlar la ansiedad. Para funcionar, este sistema tiene la necesidad de encontrar confirmaciones. Esto es, el único medio de asegurar la eficacia simbólica es la participación de todos en la estrategia defensiva. Nadie debe temer, o, por lo menos, no debe dar a entender esto; no debe quedar alguien al margen de este código profesional. Nadie debe negar la contribución individual al sistema defensivo. Nunca se debe hablar de peligro, de riesgo, de accidente ni de miedo. Estas consignas explícitas son respetadas (*id*).

Esta ideología defensiva requiere una gran cohesión y una solidez, y alcanzar la dimensión de tradición de oficio que necesita sacrificios y mártires. Dicho esto porque algunos accidentes son el resultado de estas conductas peligrosas y de estas competencias.

Una de las razones por las cuales las campañas de seguridad encuentran tal resistencia entre los obreros, es porque éstos no quieren que se les recuerde aquello que tan costosamente buscan conjurar; saben muy bien, por ejemplo, que el cinturón de seguridad no acabará con todos los accidentes. Obligarlos a que se lo coloquen, es ante todo recordarles que el peligro existe en la realidad, y al mismo tiempo toma la tarea aún más difícil, ya que se la encuentra más cargada de ansiedad (*idem*).

Estas formas de reto a la seguridad pueden verse entonces como conductas deliberadas que apuntan precisamente a soportar un riesgo que, por su importancia, no sería plenamente atenuado con "medidas imisorias de seguridad". La ideología defensiva del oficio posee además un valor con respecto a los obreros que no participan en el trabajo. Así,

si un obrero no alcanza a retomar la ideología defensiva de la construcción por su propia cuenta, si no llega por ese medio a dominar su aprehensión, deberá dejar el trabajo. El grupo, armado de la ideología-defensa, elimina a aquél que no soporta el riesgo (*ibid*).

De esta forma, el más frágil de ellos es motivo de burla de los demás. "Si no renuncia a su timorata posición con respecto al grupo, tarde o temprano será eliminado". Entonces "el grupo no solamente operó una verdadera selección que garantiza el valor operacional de cada obrero que queda en la obra", además, "se defendió contra la ansiedad que viene a reactivar a nivel de los individuos y a nivel colectivo los propósitos y los comportamientos del miedoso" (*idem*).

Tal es el caso de lo que se podría llamar "el bautismo" de los jóvenes obreros que llegan a la obra. No es raro, en efecto, que sean objeto de una verdadera prueba de ingreso: "lo abuchean durante las comidas y se pone en duda su virilidad; se exige de él ciertas performances físicas, se le observa, se le somete de hecho a la prueba de la ideología-defensa. Si sale victorioso, se le acepta en el grupo como uno más, al mismo tiempo que él retoma por su propia cuenta los elementos que constituyen la defensa colectiva. Si no soporta este clima, debe desistir" (*ib*, p. 87).

La ideología defensiva es entonces funcional a nivel del grupo, de su cohesión, de su coraje; lo es también a nivel del trabajo. Es la garantía de la productividad.

Iluminada de esta manera, la aparente "inconciencia" de los obreros cambia de significado. Es el precio que deben pagar para superar la carga de ansiedad que supone el trabajo. En numerosas profesiones se encuentran sistemas defensivos que son profundamente estructurados por la naturaleza del riesgo en cuestión. En ciertos casos estos sistemas poseen analogías, pero en otros casos, son notoriamente diferentes y específicos de la profesión. Es así como ocurre en la industria química, en donde la ideología defensiva es radicalmente diferente a la de la construcción.

En general la ideología defensiva consiste en tomar medidas de seguridad inútiles y simbólicas (bromas) para ridiculizar las que ya existen, y, a veces, transgredir las más elementales consignas de seguridad, o incluso creando nuevos peligros.

De forma tal que esas conductas peligrosas aparecen de hecho como un enorme desafío dirigido por una parte hacia el riesgo, y por otra parte hacia un intento de dominio simbólico de la ansiedad, según un esquema que se vuelve ahora clásico y que encontramos antes en los obreros de la construcción. Pero parece muy claro que para ser eficaz en tanto que defensa contra la angustia, la puesta en marcha debe ser llevada bastante lejos y se deben poder contar sus víctimas. Es a ese precio que funciona este sistema defensivo.

Finalmente, cuando los obreros en lucha pasan por alto ciertas normas de seguridad, están demostrando que la dirección las usa en forma abusiva y, además, hacen manifiesta la ignorancia que persiste por ambos lados acerca de los límites exactos. Al respecto, "las luchas tienen un papel importante en la desdramatización del escenario de la seguridad y disminuyen una parte de la ansiedad" (*idem*).

Aunque ya se ha hablado de cómo ciertas emociones propician enfermedades, a modo de énfasis se mencionarán algunas de las enfermedades psicosomáticas que se presentan en los empleados, así como algunos otros daños físicos.

El grado de satisfacción en el trabajo es tan benéfica para la salud que, como ya se ha mencionado, la falta de ésta representa un factor principal en la aparición de enfermedades cardíacas coronarias (Dossey, 1985).

Ya se ha visto cómo, en momentos de estrés, se producen en el organismo notables alteraciones fisiológicas: la adrenalina, liberada por las glándulas suprarrenales, acelera todas las funciones del cuerpo; la presión arterial se eleva, aumenta la frecuencia cardíaca y llega más cantidad de azúcar a la corriente sanguínea; y que, a pesar de que en esta clase de situaciones la energía se moviliza y se encauza, alcanzando niveles fuera de lo normal, si

se permanece demasiado tiempo en ese estado, se agotan las reservas de energía y hay que descansar para recobrarla.

El problema radica en que nunca se recupera totalmente la cantidad anterior de energía. Cada vez que consumimos una cantidad adicional para superar al estrés, nos queda un poco menos para la próxima aparición del mismo. Respecto a los efectos somáticos del estrés en el trabajo, un estudio en más de 1,500 ejecutivos de una gran empresa reveló que los que se hallaban bajo intenso estrés y bajo poco estrés presentaban más problemas médicos que aquellos cuyo estrés era moderado. Al parecer, la falta de estimulación perjudica tanto como el exceso. Además, se encontró que el aburrimiento y la monotonía son dos extremos igualmente nocivos para la salud (Schultz, 1988).

Por otra parte, a la ambigüedad de las actividades a realizar en el trabajo se le han atribuido la insatisfacción, la hipertensión, la depresión, el aumento de la presión sanguínea y del pulso.

El fatigado a causa de un empleo incoherente del tiempo, el perpetuamente agotado, el nervioso a lo largo de todo el día, el violento, el pesimista, el temeroso sin motivo, el que padece insomnio debido a una deplorable higiene física y mental, todos ellos deterioran sus sistemas nerviosos y hormonales en detrimento de la armonía celular. En efecto, insuficiencia de relajación, miedos, ideas negativas, etcétera, fabrican sustancias agresivas que desorganizan y dañan en el mismo grado que los venenos alimentarios, a veces incluso más, provocan hiposfixias, aniquilando los catalizadores de la oxigenación y la oxidación (Passebecq, 1987).

La larga lista de los síntomas medicalizados de la ansiedad son los vértigos, las cefaleas, las impotencias funcionales diversas que tanto conocen los médicos tratantes y los médicos del trabajo (Dejours, 1990)

Ahora bien, los problemas del tiempo tienen efectos directos sobre la salud corporal. Ya se ha demostrado que en el estado estresante se llega a una fuerte producción de hormonas, que estimulan al organismo a movilizar unas energías adicionales, con lo cual el

higado, por ejemplo, produce azúcar sanguíneo, aumentan las palpitaciones y la presión arterial, se acelera la respiración y aumenta la tensión muscular. De ese modo se prepara el campo a ciertas enfermedades, si el estrés es duradero (Plattner, 1995).

En el estrés del tiempo, claramente se echa de ver que el hombre reacciona por entero con su psique y su cuerpo. Cuando se acumula el trabajo sin terminar, se manifiesta como carga sobre la musculatura dorsal y los discos intervertebrales; hoy ya se conocen las conexiones entre las molestias de espalda y los disgustos psíquicos; también las ideas obsesivas son una carga para la persona. Ante la presencia de algo incómodo o cuando aparece algo que escapa a nuestro control, se experimenta una presión en el estómago, que puede provocar náuseas. El miedo a no hacerlo todo puede dificultar la respiración, y de repente el corazón empieza a doler (*idem*).

Según los datos de la Oficina de estadística en Alemania mueren 460,000 personas al año por afecciones cardiovasculares, lo que representa aproximadamente la mitad de todas las defunciones. A escala mundial los fallos cardiovasculares constituyen la primera causa de mortalidad. La premura de tiempo entra ahí de una manera esencial, por cuanto fomenta un determinado comportamiento de riesgo: muchos la compensan con el tabaco y el alcohol, y, llegado el caso, recurren a los estimulantes químicos, si el cuerpo está cansado y agotado (*id*).

En relación a los efectos que traen consigo las condiciones creadas por los turnos para los trabajadores, algunas investigaciones han demostrado que el mismo empleado produce menos en el turno vespertino que en el diurno, y que en el segundo está propenso a cometer más errores y a sufrir un mayor número de accidentes (Femández, 1987).

Al alterarse el ciclo normal de vigilia y sueño, pueden sobrevenir efectos físicos y emocionales negativos. Esto es porque el ser humano tiene un ritmo diurno, un patrón cíclico uniforme de actividades de los órganos y glándulas, lo mismo que de la composición química de la sangre. El ritmo se mantiene uniforme entre un periodo de 24 horas y el sucesivo; y eso significa que casi todos están más alerta y son más productivos en las horas normales de vigilia. Cuando se perturba el ritmo diurno, el cuerpo pasa por cambios

fisiológicos radicales; es difícil conciliar el sueño, no se logra dormir en el día, problema que se agrava por la luz solar, el ruido y las actividades de quienes conviven con ellos (Schultz, 1988).

En una investigación realizada en Alemania Occidental, menos de la mitad de los del turno nocturno podían dormir más de cinco horas diarias; además del insomnio, sufrían cefaleas, dificultad de concentración, cometían más errores en su trabajo y tenían úlceras. También se advierten efectos sociales y psíquicos. La familia debe tratar de que la casa esté tranquila y, por tanto, se altera la vida normal del hogar. El empleado se ve obligado a pasar menos tiempo con la familia; es difícil llevar una vida social adecuada y efectuar las actividades ordinarias, no son fáciles de combinar con las horas de que dispone para dormir (*idem*).

Peores son los efectos de los trabajadores expuestos a una rotación de turnos; esto debido a que los que pertenecen de manera definitiva a un turno aprenden a adaptarse a su nuevo ritmo orgánico (aunque no desaparecen sus dificultades ni problemas sociales). En cambio, en el sistema de rotación deben hacer ajustes cada semana más o menos. Por tanto, apenas van acostumbrándose a un turno cuando ya les toca dejarlo; y antes de poder adaptarse les toca trabajar en el tercero. Ese es un estilo de vida terrible para cualquiera; además de los efectos duraderos, como hipertensión, depresión, irritabilidad, ansiedad, resentimiento, fatiga psicológica y en general, entre otros.

Y como si los efectos fisiológicos anteriores no fuesen ya muy graves, algunos autores afirman que el ruido puede alterar el equilibrio psíquico. Los que trabajan en ambientes demasiado ruidosos son más agresivos, desconfiados e irritables que los que laboran en una atmósfera normal (*id*).

Por todo lo visto hasta aquí, es claro que, de ser posible, hay que buscar una profesión que resulte apasionante, ya que la fatiga profesional es menor en los que encuentran en su trabajo o en una afición la expresión de sus facultades y el cumplimiento de su vocación. "El trabajo sin alma provoca la ruina del hombre" (Passebecq, 1987).

Sin embargo, esto no es posible en muchos casos; por ello se ha intentado elaborar algunas técnicas que, en conjunto, pueden mejorar el clima social e individual de las empresas. Claro está que la aplicación de estas técnicas dependerá de la realidad de cada país, y dentro de él, de la situación de cada empresa. Para aplicar en nuestro país unas técnicas de Relaciones Humanas, habrán de tenerse muy en cuenta las características y circunstancias específicas de nuestra sociedad y nuestra industria.

Schultz (1988) propone las siguientes medidas: una buena selección del personal que se contrata de acuerdo con el tipo de empleo que se ofrece; pero con esto no se resolverá por completo el problema del aburrimiento, ya que los métodos de selección y asignación adolecen de imperfecciones, además de que el ser humano nunca será tan predecible y reducible al prototipo de una prueba psicométrica. Una segunda manera de atenuarlo consiste en ampliar las tareas y exigencias del puesto mediante un programa de enriquecimiento del trabajo, impidiendo el tedio y motivando al personal.

Un tercer método consiste en modificar las condiciones físicas o sociales del trabajo, así como el horario. Se contrarrestan las secuelas negativas de una labor repetitiva si se presta atención a la reducción del ruido, a la iluminación, al uso de colores idóneos y la música. Se obtienen buenos resultados cuando en el grupo informal de trabajo reina la armonía. Los descansos bien programados alivian mucho el tedio, no porque el individuo necesite una pausa, sino porque debe cambiar de actividad para no aburrirse. Cuanto mayor sea el cambio durante esos descansos o los intervalos dedicados a la comida, menos efectos negativos causará el tedio (Fernández, 1987).

Otros sistemas han sido aplicados y sus resultados son variables. Algunas compañías ensayan la rotación de puestos, es decir, el personal se encarga de una actividad y luego de otra, a veces cambia de trabajo cada dos horas. Se consigue el éxito sólo si las actividades no son muy semejantes a la original, pues de lo contrario el cambio será prácticamente nulo (Schultz, 1988).

Naturalmente, si los trabajos se parecen poco, habrá que proporcionar adiestramiento muy completo al personal. Según datos aportados por algunas

investigaciones, los programas de rotación de puestos aminoran el tedio y elevan la satisfacción con el trabajo. Un dato interesante al respecto y que refiere a las actitudes del personal ante dicho sistema, reporta que cuando le preguntaron qué opinaban de él, un 37% de un grupo de empleados dijo que le gustaba; el 70% de los que ya lo conocían declararon que les gustaba mucho (*idem*).

Otra manera de contrarrestar el aburrimiento consiste en enseñar a los empleados el valor y el significado de su trabajo. Su interés aumenta cuando se les indica cómo las tareas (o una parte de lo que hacen) encajan dentro de la operación global de la planta y dentro del producto final. Hay obreros con 20 años de experiencia que no saben cómo se relaciona su actividad con el proceso global de producción. Estos conocimientos pueden impartirse con facilidad y rapidez en algunas cuantas clases y con un recorrido por la fábrica o empresa. Los programas deben estar bien planeados y realizados, como para hacer que los empleados se sientan orgullosos de su trabajo y comprendan, quizá por primera vez, la importancia del mismo; asimismo para intensificar la motivación, y con ello, aumentar la tolerancia al trabajo monótono (*id*).

Para combatir la frustración existen varios métodos; no se puede hablar de un solo método o remedio, ya que las circunstancias de cada caso pueden aconsejar prescindir de un método y, en cambio, aprovechar otros. En cualquier caso se debe seleccionar, según las necesidades de cada individuo, así como comprobar los diversos aspectos que la institución ofrece y la valoración de éstos.

La tolerancia y libertad son esenciales para desarrollar una moral de trabajo en el grupo, que propicien un clima de trabajo donde se reduce al mínimo las frustraciones, y se reducirán también las agresiones de unos trabajadores a otros. El familiarizarse con una persona y sus problemas hace que se la tolere, pero, por el contrario, la carencia de tales conocimientos produce actitudes críticas e intolerantes. El descubrir faltas y pequeños detalles son signos de intolerancia que además coartan la libre conducta de los demás (Fernández, 1987).

Por otro lado, para crear un clima de confianza entre el personal y elevar la moral del mismo, es necesario tener un adecuado tipo de mando. Las empresas deberán preocuparse por seleccionar a sus mandos con el mayor cuidado. Los mandos deben tener un interés natural por las personas y poseer un buen equilibrio emocional, combinando esta selección con la formación y el entrenamiento.

La mejor forma de enfrentar las emociones negativas que se producen en el trabajo es el descanso a través del sueño natural, la respiración, la relajación, una afición bien elegida, el juego y el ejercicio físico. Hay que seguir el instinto natural que nos impulsa a descansar a tiempo, sin recurrir a estimulantes que incitan a una actividad excesiva y conducen al agotamiento de nuestras reservas vitales y nerviosas (Passebecq, 1987).

Finalmente, quizá el tener presente que quien no vive en calma, quien no domina sus preocupaciones y no sabe medir ni variar sus esfuerzos cotidianos en función de su yo, se convierte en su propio enemigo y fabrica malos tejidos, pronto susceptibles de ser invadidos por los cancerones, le motive a escuchar sus emociones antes de que se manifiesten en una somatización (*id*).

CAPÍTULO 5

LA PSICOLOGÍA Y LAS ENFERMEDADES PSICOSOMÁTICAS. ASPECTOS GENERALES.

La incidencia de la psicología en las enfermedades se remonta, según Foucault, a la época de la ilustración (Fernández y Carobles, 1983). Los factores que se cree influyeron en la introducción de la psicología a las enfermedades psicosomáticas, son los hallazgos médicos de los siglos XVIII y XIX, que asociaban los trastornos psicológicos a lesiones del sistema nervioso; por ejemplo, para Charcot un histérico era un enfermo con un déficit bioquímico o neurológico, y para Janet la neurosis era una debilidad congénita del sistema nervioso. Otro factor es el descubrimiento de fármacos psicotrópicos, el uso de la terapia electroconvulsiva y la neurocirugía (*idem*).

Todo esto llevó además a extrapolar conceptos del modelo médico a la definición de comportamiento en términos, por ejemplo, de "anormalidad".

La autoridad de la medicina en la psicología se observa más específicamente en el concepto de enfermedad que en psicología se traduce como inadaptación, patología, enfermedad, etc.; dicha autoridad también se percibe en el objetivo del tratamiento: buscar las manifestaciones a fin de curar o extirpar lo "anómalo".

Sin embargo, la "cura" no proporciona condiciones que garanticen un compromiso permanente y una solución más estable; además, el trato íntimo y privado a los problemas es al mismo tiempo desinterés por el contexto social en que se desenvuelve el individuo, que es social, no en lo abstracto, sino por la participación humana, lo que implica que la causalidad del comportamiento humano debe buscarse tanto interna como externamente en cada individuo.

Es así que el desarrollo de la psicología se ha visto limitado históricamente por la herencia médica, en sus aspectos tanto teóricos como prácticos, constituyéndose en una práctica de salud medicalizada.

Como menciona Ribes, et. al. (1986), dado que la psicología inicia su desarrollo con los mismos problemas conceptuales que aquejaron a las ciencias duras en sus inicios, la física, la química y la biología, los problemas asociados a su origen son retomar de otras ciencias sus categorías de análisis de la realidad, así como la apropiación de los problemas conceptuales y prácticas de otras ciencias como la física (psicofísica) y la teoría biológica de la evolución (aprendizaje animal). Por otro lado, el que se dedicara a las prácticas aplicadas demandadas socialmente sin tener bases teóricas para los problemas que pretendía resolver, lleva a la psicología a heredar de las ciencias con más estatus científico las deficiencias conceptuales y prácticas propias de tales ciencias, además de aquellas deficiencias derivadas de retomar teorías y métodos ajenos.

Con base en estos fundamentos, la psicología se ve como la norma social de adaptación del individuo a la normatividad imperante, que capacita a técnicos para lograr el cambio conductual de individuos aislados (*idem*), aquejados por enfermedades psicosomáticas.

Lo anterior apoya el planteamiento de que la incidencia de la psicología en las enfermedades psicosomáticas es con base en un "modelo de salud", cuya práctica se ajusta solamente a ciertas necesidades: las sociopolíticas.

De esta manera, el propósito de la intervención en las enfermedades psicosomáticas de muchas de las corrientes psicológicas, será devolver a la persona la salud mediante la adaptación del individuo a sus condiciones externas.

Ahora bien, si la corriente tiene una tendencia sociopsicologista serán las relaciones de grupo las que condicionarán la salud, por lo que se intentará la adaptación a las mismas. Si su tendencia es sociologista, el bienestar dependerá entonces de las estructuras sociales, y la solución será impulsar el cambio social. Finalmente, si su tendencia es organicista se le enfatizará la influencia de los factores anatómicos y fisiológicos, mismos que habrán de rehabilitarse en caso de desestabilizarse. Analicemos algunas de estas corrientes en el siguiente apartado.

5.1 Corrientes psicológicas que han abordado a las enfermedades psicosomáticas

Sería demasiado ambicioso para un trabajo como el presente pretender analizar todas las corrientes psicológicas que han abordado la problemática de la psicopatización; por lo que se ha de limitar entonces a analizar sólo algunas, sobre todo, dos corrientes muy populares: la medicina conductual y el conductismo; además de la psiquiatría, de la cual sólo se harán unas pequeñas reflexiones.

5.1.1 Medicina conductual

Algunos autores como Pomerleau y Brady (1979) enfatizan los orígenes de la medicina conductual en el Análisis Experimental de la Conducta. De acuerdo con estos autores la medicina conductual puede ser definida como:

- A) el uso clínico de técnicas derivadas del Análisis Experimental de la Conducta (terapia conductual y modificación de conducta) para la evaluación, prevención, manejo o tratamiento de enfermedad física o disfunción fisiológica; y
- B) el conducto de investigación que contribuye al análisis funcional y al entendimiento de la conducta asociada con desórdenes médicos y problemas en el cuidado de la salud.

Para Bayés (1985) este modelo representa: un corte a la preocupación tradicional por la dimensión orgánica de los problemas de salud; una concepción teórica de los problemas humanos que respalda la unificación del quehacer profesional de disciplinas

sociales, psicológicas y biológicas; y por último una forma de coordinar la actividad práctica multidisciplinaria de éstas.

El modelo médico conductual se rige bajo estas dos premisas:

1. La atención de problemas debe centrarse en el conocimiento y habilidades profesionales adecuadas para atenderlos debidamente, siendo secundario demostrar su organicidad o no organicidad. Lo que decide si el médico o el psicólogo atenderán un problema es que tengan las herramientas teórico-metodológicas útiles en cada caso.
2. Se debe introducir el término "trastorno" entre el área de salud y el área de enfermedad, tomando en cuenta que esta alteración difiere de la enfermedad en que puede ser resuelta por profesionales no médicos, con medios no médicos (*idem*).

Dicho modelo, además, fomenta la "planeación sanitaria" (programas preventivos, organización administrativa y aprovechamiento de recursos), como un nivel básico de acción en la solución de problemas psicosomáticos.

Cabe señalar que este modelo incluye variedad de problemáticas orgánicas y fundamentalmente psicológicas, como el retardo en el desarrollo, alcoholismo, tabaquismo, farmacodependencia, "enfermedades funcionales", dolor crónico, problemas cardiovasculares.

Algo que pasa por alto este modelo es que no menciona la posibilidad de actuar sobre los determinantes socioeconómicos de la salud, ya que su principal preocupación está en asignar a cada profesional el tratamiento de los problemas que le corresponden, definiendo hasta dónde llega lo orgánico y hasta dónde lo psicológico.

De ahí el constante interés de la medicina conductual por la unificación de la medicina y la psicología, además de su aplicación a las alteraciones orgánicas (Schwartz y Weiss, 1978, *cit. pos.*, Matarazzo, 1980).

5.1.2 Conductismo

Ribes, et al. (1986) menciona que el modelo conductual surge como una búsqueda de alternativas a la tendencia clínica que influye la práctica profesional psicológica, por medio de una "contrastación (diferenciación del modelo médico y el conductual". Para llevar a cabo esta contrastación trató de integrarse la teoría y la metodología, surgiendo inicialmente la modificación de conducta, cuyo desarrollo teórico basado en el análisis experimental de la conducta trataba de rescatar la psicología de los conceptos médicos, lo que no impidió su actitud patologista hacia la conducta y la individualización de su práctica.

Más tarde se cambia este nombre por el de análisis conductual aplicado, creyendo superar así la práctica adaptativa y curativa que se llevaba a cabo, pues se consideraba que éste impulsaría el interés en la investigación de los determinantes de los problemas de dimensión social y su manipulación, para ser utilizado ante las necesidades inmediatas de alterar la conducta (*id*)

Dado que el término modificación de conducta resultaba incompetente por su punto de vista clínico ("extirpación" de problemas individuales) del quehacer profesional, el análisis conductual aplicado resultaba un avance en la actitud clínica, ya que concebía como actividad el evento psicológico y al medio ambiente como lo presente inmediato.

Las bases filosóficas del triple paradigma de contingencia que se encuentran en el análisis conductual aplicado (concepto de hombre y sociedad) favorecieron el regreso al pragmatismo, la pérdida de una posición teórica preocupada por definir el objeto de estudio, quedando sólo una inclinación por aplicar procedimientos "al margen de una fundamentación teórica y metodológica de los procedimientos empleados" (Ribes, et al. 1986), que significa de alguna manera dirigir el quehacer profesional hacia las evidencias

manifiestas de los problemas, sin definir una acción preventiva sobre las condiciones asociadas con la presentación de un evento que afecta a grupos de individuos.

Ribes, et. al. (1986) resalta esto como la carencia de una concepción amplia de las implicaciones de los fenómenos, que no los descontextualice; agrega, además, que el interés por los eventos sociales y sus efectos lleva a una actitud "ingeniera" y tecnicista que está mal en su desvinculación de las necesidades y condiciones sociales. Cabe mencionar que lo social en el modelo conductual son los eventos físicos del contexto inmediato al individuo.

Para el conductismo, las enfermedades psicósomáticas se eliminan enfatizando el mantenimiento del bienestar orgánico junto con la prevención, a través de la planeación, de medidas de educación a la población (Matarazzo, 1980).

Finalmente, el auge de una u otra corriente psicológica ha dependido de una prioridad: el desarrollo de una psicología aplicada en México, circunstancia que según Galindo (1991) explica en buena medida la preponderancia del conductismo en México y posiblemente en otros países del continente.

5.1.3 Psiquiatría

La psiquiatría atiende los problemas humanos llevándolos a lo "somático" para entonces medicalizarlos. Plantea, además, la necesidad de buscar la "salud mental", lo cual viene de una noción de individuo alienado, enfermo, al que se excluye de sus relaciones con el mundo.

Con respecto a la intervención de la psiquiatría en las enfermedades psicósomáticas, De la Fuente (1995) reconoce que los psiquiatras, en la práctica, se siguen moviendo en un mundo dicotomizado ya que a pesar de que intelectualmente muchos de ellos sostienen que los postulados cartesianos están rebasados siguen perpetuándolos.

Un ejemplo de que el dualismo sigue dominando la práctica psiquiátrica es el tratamiento que se le da al denominado "maniaco-depresivo", el cual es meramente farmacológico debido a que " está, hasta cierto grado, validada su base biológica" (*idem*).

El dualismo está tan arraigado en la forma de ejercer la psiquiatría que con frecuencia se asume que si un síntoma puede ser tratado con un fármaco debe tener un origen biológico y no psicológico; a pesar de ser esto, una clara expresión de dicotomía, los psiquiatras se empeñan en negarla (*id*).

Esta postura fraccionaria se manifiesta también en la meta que se proponen alcanzar: identificar algunos genes individuales que afecten o determinen la aparición de ciertos rasgos del carácter, o que confieran una verdadera vulnerabilidad para alguna enfermedad mental, así como identificar algunos factores ambientales específicos que puedan influir en su expresión (*id*).

Finalmente, es necesario mencionar que la manera de alcanzar esta meta es partiendo de un análisis de los factores ambientales, similar al análisis de los genes, que posibilite la identificación de algunos de los principales contribuyentes para ciertos fenotipos (*idem*).

5.2 Alcances y limitaciones de algunas corrientes que han abordado a las enfermedades psicósomáticas

Un alcance de la medicina conductual es que, por ejemplo, no considera útil una definición organicista. Como menciona Bayés (1985), el hecho de descubrir alteraciones a nivel fisiológico o bioquímico no justifica la primacía de la intervención médica, y es muy probable que de existir la tecnología apropiada, toda persona sería detectada como enferma. De ahí que ni las alteraciones orgánicas visibles justifiquen la ingerencia médica, pues un trastorno fisiológico o bioquímico no es sinónimo de enfermedad. Si así fuera, se requeriría la presencia del médico, exclusivamente para detectar manifestaciones físico-

químicas del "trastorno", y no otros niveles de complejidad del mismo, como sería el psicológico o el social.

Algunos alcances del conductismo, en términos de su respuesta inmediata a la demanda social, dado su pragmatismo, son:

- 1) Intervención para modificar una conducta que en sí misma constituye un problema, por ejemplo, desórdenes sexuales, tensión muscular general o local, etc.
- 2) Intervención para modificar la conducta de los prestadores de servicios de salud (enfermeras, asistentes médicos, etc.) a fin de prestar mejor atención a los pacientes.
- 3) Intervención para garantizar que el paciente siga el tratamiento médico prescrito.
- 4) Intervención para modificar conductas que constituyen factores de riesgo para la enfermedad, es decir, prevención de la enfermedad (Pomerleau y Brady, 1979).

Lo anterior, debido a que los conceptos y tecnologías derivados de la psicología conductual recientemente han encontrado aplicación creciente en campos de la medicina y la atención a la salud.

No obstante las ventajas, existen muchas limitaciones dentro de las corrientes anteriormente citadas, y se pueden resumir en este denominador común: el manejo de una definición de salud reduccionista, misma que limita la visión y el abordaje de los problemas psicosomáticos, ya que deben reconocerse todos los eventos implicados en la salud, sin reducirla a ellos.

Asimismo, al dar prioridad sólo a uno o dos aspectos influyentes en la somatización, se ocultan otros de importancia singular; de modo que en la práctica dichas corrientes ejercen un uso social específico que puede deducirse del concepto de salud y enfermedad de su disciplina.

Ahora bien, al no mencionar la posibilidad de actuar sobre los determinantes socio-económicos de la salud, su concepto de salud toca lo médico y lo psicológico un tanto abstraídos del contexto social.

Otra limitación se encuentra en la principal preocupación que tiene de asignar a cada profesional el tratamiento de los problemas que le corresponden, definiendo hasta dónde llega lo orgánico y hasta dónde lo interactivo, ya que lo primero no define la intervención del médico ni lo segundo la del psicólogo, pues regularmente, cuando una persona acude a uno u otro profesional, tiene manifestaciones bio-conductuales que no puede desligar.

El breve repaso de estas corrientes permite percatarse de que para ellas las prácticas de "salud" posibles son adaptativas o patologistas, pues consideran a los seres humanos que padecen enfermedades psicosomáticas como "desadaptados"; y pretenden adaptarlos suprimiendo los factores personales que supuestamente dan lugar a dicha "desadaptación", siendo entonces la sociedad y el cosmos algo ajeno al hombre, realidades naturales que no necesitan del papel activo del hombre.

Concretamente, un aspecto interno que impide al quehacer profesional psicológico vincularse a las necesidades y condiciones sociales es la propia teoría de la conducta, es decir, sus bases ideológicas reflejadas en paradigmas mecanicistas, como el del condicionamiento operante e instrumental. Los modelos de condicionamiento implican una comprensión específica de los eventos psicológicos.

En cuanto a los impedimentos externos a la propia teoría, están representados en la concepción social de salud de los modelos teóricos que nos ha llevado a concebirlos como modelos de salud, reducidos en el conductismo a una analogía de los modelos biológicos tradicionales, de tal manera que lo psicológico es visto como relación multideterminada entre el organismo y el medio, asociada conceptualmente al modelo biologista de multicausalidad.

Lo anterior lleva a un reduccionismo organicista que no retorna las condiciones que envuelven al individuo como factores socializados y complejos, siendo insuficientes para estudiar las enfermedades psicosomáticas. Este organicismo limita la vinculación de la

psicología con otras ciencias en áreas aplicadas como la medicina; además, impide su participación en una definición de los problemas humanos, global y unificada que le permitirá abordar eventos de naturaleza compleja, como las enfermedades psicosomáticas.

En resumen, algunas escuelas psicológicas, aún cuando no lo expliciten, manifiestan la influencia del modelo médico en su práctica, y de la biología en su discurso social, ambos factores retroalimentan sus cuerpos teóricos. El grado de influencia del modelo sobre su práctica profesional determina la manera en que el concepto "salud" se concreta en ella, y condiciona también la posibilidad de una práctica en la que se contemple al ser humano como una totalidad.

Finalmente, a modo de reflexión, se le presentan las siguientes preguntas a las corrientes antes mencionadas:

¿Es el ser humano un ente pasivo, sujeto de su circunstancia? ¿Cómo explicar entonces la creatividad y la transformación activa de la realidad por parte del ser humano?

¿Es el ser humano un ente puramente natural, igual que los animales? ¿Cómo explicar entonces la existencia de la sociedad y su papel determinante para el ser humano?

En pocas palabras: ¿son las emociones humanas puramente naturales, y, por ende, universales e inmutables, independientes de los cambios sociales, históricos, físicos y biológicos?

5.3 Aportaciones recientes

Al parecer ninguna de las formas citadas de aplicación de la psicología en los problemas humanos que cada una define está basada en una forma unitaria o integrada del hombre; en consecuencia, la salud estará igualmente separada del hombre y de

la sociedad, de la realidad y de su cosmos. La salud será finalmente entendida y reducida a lo que se hace en la práctica profesional, siendo, por tanto, sinónimo de práctica adaptativa y curativa.

De ahí la necesidad de que la psicología explicita un concepto de salud que le permita apropiarse de eventos complejos (como la presencia de psicopatizaciones en los seres humanos), contemplando los siguientes aspectos:

- 1) Concebir al hombre como producto y productor social, inseparable de su marco social. Lo social, producto del individuo y a la vez condición de su comportamiento. El estudio del hombre no puede desligarse de las relaciones sociales en que se desenvuelve y que impregnan todas y cada una de sus áreas de interacción. Lo social tampoco será reducido a lo psicológico ni a lo orgánico, y, por consecuencia, tampoco a lo individual, ya que la sociedad no es un conjunto de individualidades aisladas que coexisten. La sociedad no construye al sujeto como si ésta fuera una instancia superior sobre la naturaleza humana; por tanto, las explicaciones sociales no sustituyen a otras.
- 2) Por otro lado, lo psicológico en el hombre es una función superior de la materia en su más alto grado de complejidad y diferenciación, que implica emociones, actitudes, sensaciones, deseos, pensamientos, etc.; por tanto, la materia no es lo observable inmediato, sino todas aquellas situaciones con distinto nivel de organización e historicidad, desde lo físico-químico, psicológico y social. Por esta razón la psicología no puede desligar estos factores en la explicación de la conducta. En esa unidad biopsicosocial que es el hombre, ningún factor tiene más peso; cada uno está posibilitado por el otro, y todos son absolutamente necesarios.

- 3) El individuo es un ser activo y constructivo ante sus condiciones de vida, social, política, espiritual, lo cual es lo que da sentido objetivo a su vida (Engels, cit. pos., Guinsberg, 1981).

Estos abstractos e insuficientes lineamientos no son una receta para construir una teoría psicológica con posibilidades de integrarse a un concepto de salud multidisciplinario, sino lo conceptual para el mantenimiento de una línea de trabajo de igual carácter.

De encerrarse en sí misma, la psicología no será capaz de explicar el incremento de las alteraciones psicosomáticas, aún cuando se han incrementado avances farmacológicos que optimizan la "salud" y previenen la presencia de enfermedades, y a pesar de programas de prevención fomentadas por la planeación sanitaria.

Y es que éste fenómeno (enfermedades psicosomáticas) requiere de una explicación con una visión más global. Esa visión más globalizadora e integral de las enfermedades la proporciona el holismo, postura que puede contribuir en mucho a los avances en la psicología.

Por lo anterior, es necesario exponer qué está haciendo actualmente dicha postura en términos de las aportaciones que ofrece para la psicología.

Según la psicóloga Jacqueline Hurtado de Barrera (1997), la visión holística de la investigación está llamada a producir cambios insospechados en el campo de la indagación científica, como también en los procesos metodológicos, en los diseños, en los contenidos, e incluso en la pedagogía de la investigación.

De hecho, esta psicóloga e investigadora venezolana hace una propuesta a la que llama "el enfoque holístico de la investigación". Para poder hacer dicha propuesta, durante más de nueve años se dedicó a "investigar sobre la investigación", con el deseo de diseñar una iniciativa capaz de superar las limitaciones de la indagación tradicional, señalada ésta por la orientación positivista. A su vez, se propuso ofrecer un marco de referencia metodológico y conceptual que integrara los diversos esfuerzos hechos en ese campo con

una estrategia que desembocara en el plano de la creatividad, de la innovación y del atrevimiento, si se quiere, al proponer elementos capaces de romper con las estructuras de pensamiento y de acción apuntaladas algunas de ellas sobre posiciones fundamentalmente ideológicas (*idem*).

El enfoque holístico de la investigación, según lo define la propia autora, es una propuesta que presenta a la investigación como un proceso global, evolutivo, integrador, concatenado, organizado y sucesivo (*idem*)

Dossey (1986) aclara que aún cuando ha habido intentos de aproximación hacia una perspectiva holística, e incluso diversas personas han empleado el término, más que el concepto no había surgido una propuesta que integrara realmente el *corpus* completo de la investigación, como este enfoque lo plantea.

La clave de la investigación holística está en que se centra en los objetivos, más que en el método. Al fijar la atención en los objetivos, las disputas entre diversos paradigmas de la investigación, en cuanto a los métodos, si son "cualitativos" o "cuantitativos" etc., desaparecen. Los enfoques que en la investigación tradicional parecían irreconciliables, entonces se armonizan. Un investigador holístico puede usar las herramientas de la investigación tradicional, puede usar métodos cualitativos, puede usar diseños conductuales; pero como hay objetivos claros, los métodos y las herramientas se utilizan de manera adecuada (Hurtado, 1997).

A diferencia de la investigación tradicional, la cual se centra sobre la investigación confirmatoria y desdeña otras vertientes, la investigación holística sí las toma en cuenta. Lo anterior no implica necesariamente que la investigación tradicional no tenga cabida dentro de la investigación holística, ya que, como se mencionó anteriormente, si está incluida como una de las formas de investigación, mas no la única.

Por otro lado, las vertientes que han estado "fuera" de la investigación tradicional que sí están comprendidas dentro de la investigación holística son: La investigación evaluativa, la investigación, la proyectiva, la predictiva, la prospectiva, etc. Tales modelos o

paradigmas de la investigación surgieron para abordar otros aspectos del quehacer científico, los cuales –pese a que en la historia de la humanidad se estaban elaborando desde hace mucho tiempo– no se podían abordar dentro de los esquemas de la investigación tradicional (*idem*).

Otras de las aportaciones de la investigación holística es que ésta trabaja todos los procesos que tienen que ver con la invención, con la formulación de propuestas novedosas, con la descripción y la clasificación, posibilitando con ello la creación de teorías y modelos, la indagación acerca del futuro, la aplicación práctica de soluciones, la propuesta de cambios en situaciones y contextos determinados y la evaluación de proyectos, programas y acciones sociales entre otras cosas, lo cual a su vez hace más abordable un estudio dentro de cualquier ciencia (*idem*).

Asimismo, a través del ciclo holístico el científico puede abordar o comprender cualquier investigación en las distintas áreas del conocimiento humano, incluso en aquellas que tradicionalmente se han considerado ajenas a la investigación científica, como el arte o la literatura (Berman, 1987).

Además, le ayuda a comprender que lo que el holista hace tiene su fundamento en investigaciones de otros que han llegado hasta un punto determinado, y que su trabajo forma parte de una actividad continua, insertada en el proceso dinámico de evolución social y científica. Así, lo que para él es conclusión, para otros es punto de partida. En el enfoque holístico, los tipos de investigación más que modalidades constituyen etapas del proceso investigativo universal (*idem*).

Es esencial que el investigador conozca y maneje elementos del "ciclo holístico de la investigación", e indague sobre la sinergia del proceso investigativo; también, que conozca el procedimiento para plantear el "enunciado holopráxico", así como conocer los niveles de formulación de objetivos y sus principios integrativos. Todo ello incluye saber sobre los tipos de investigación que se derivan de estos niveles, y visualizar, además, los diferentes diseños que corresponden a cada tipo de investigación; es importante diferenciar entre un método, una técnica y una estrategia; es necesario profundizar en la "taxonomía holística de

los diseños", recurso mediante el cual un investigador puede precisar el tipo de diseño que le corresponde a cualquier investigación, teniendo claros los objetivos de la misma, los recursos con los que cuenta, y las posibilidades del contexto (Hurtado, 1997) .

Por lo anterior, podemos concluir que el holismo tiene cabida en todas las áreas: psicología, sociología, medicina, física, filosofía, criminología, astronáutica, comunicación, etc. Para la investigación holística es irrelevante la división tradicional entre ciencia formal y ciencia fáctica .

La importancia del enfoque holístico en el contexto latinoamericano, se hace evidente cuando nos percatamos de que en América Latina muchos investigadores se han acostumbrado a confirmar las teorías de otros, mas no a crear sus propias teorías, ajustadas a sus muy particulares necesidades, realidades y contextos. La investigación holística, en este sentido, abre una ventana novedosa que motiva y estimula a dar aportes propios. La investigación holística le devuelve a la inventiva humana y a la creatividad el lugar de privilegio que le corresponde dentro del proceso científico.

Queda claro que el holismo no deja fuera de su consideración nada que afecte o interese al ser humano, razón por la que incide en todas las áreas de estudio.

Sin embargo, mientras la psicología restrinja su concepción de salud a la manifestación de repertorios adaptativos o a la carencia de patologías, mantendrá una práctica adaptativa; tratará aquellos problemas que las mayorías juzguen irregulares y les atribuirá una causalidad reduccionista. Este último factor lleva a la psicología a entender que algunos de los problemas orgánicos de los trabajadores, particularmente los denominados psicosomáticos o psicofisiológicos, son causados por entidades aisladas, con lo cual se separa al hombre del cuerpo y lo psicológico de lo orgánico, siendo que la actividad productiva del ser humano no es sólo física o psicológica, es interacción global.

CONCLUSIONES

El análisis de la información hasta aquí expuesta, permite concluir que el objetivo general del proyecto fue alcanzado, ya que se ha podido argumentar no sólo que las emociones y las actitudes son factores psicológicos que influyen en la somatización, sino de qué manera lo hacen. Dicho objetivo se cubrió a través de la investigación y exposición documental de fundamentos que sustentan esto.

Para alcanzar el objetivo, primero fue necesario encontrar una postura en la que el factor humano fuera tomado en cuenta como influyente en el surgimiento de enfermedades. Ésta búsqueda llevó a la eliminación de posturas incompletas como la naturalista y luego la social, por descubrirse que el fragmentario modelo newtoniano del universo ha dominado tanto las ciencias naturales como los mismos estudios de humanidades y las ciencias sociales.

Diversas pruebas llevaron a la conclusión de que tanto la postura naturalista como la social han abordado a las enfermedades de forma limitada, principalmente porque es a través de la sistemática y permanente fragmentación que se ha estudiado al hombre, un ser impartito. Esta limitación se acentúa cuando se intenta estudiar enfermedades cuyo origen primordial recae en las emociones; ya que es precisamente la parte emotiva aquella de la que se olvidan y en la que menos se interesan los profesionales de la salud.

Muy por el contrario, se encontró que la postura holista, por tener una visión más amplia y completa de lo que es el ser humano, tiene la posibilidad de abordar, entre otros aspectos, a las enfermedades psicosomáticas de forma integral.

La recopilación y análisis documental permitió llegar a la conclusión de que tanto la observación clínica como las investigaciones médicas y estudios de diversas áreas apoyan la intervención del ser humano completo en todas las actividades que lleva a cabo y en todos los sucesos que le acaecen, no siendo la excepción la enfermedad.

Más aún, se descubrió que muy a pesar de los prejuicios y cerrazones de médicos y biólogos, son muchos los autores que hablan a favor de la influencia del factor humano (emociones, actitudes, etc.) en la somatización de gastritis, diabetes, dermatitis, gripe, cáncer, colitis, etc.

Aunque se reconoce que es innegable que la medicina, cuya postura es principalmente naturalista, posee utilidad. A través de este trabajo se pudo apreciar que carece de elementos que le permitan hacer de su intervención algo más humano y estar por tanto más cerca de su paciente. También se llegó a la conclusión de que no necesariamente tienen que ser antagónicas ambas posturas (naturalista y holista), sino que se pudieran complementar.

Se vio que la emoción, definida por Passebecq (1987) como la "energía psíquica interior, constituida por procesos dinámicos complejos", es un factor psicológico que ha sido considerado como de poca o nula importancia en materia de salud y enfermedad.

Como respuesta a esa afirmación de desvalorización se encontraron evidencias que muestran no sólo que las emociones influyen en el surgimiento de enfermedades, sino que pueden influir positivamente en el restablecimiento y/o mejoramiento de la salud.

Asimismo, por la información encontrada y analizada se puede hacer la afirmación de que, ya se trate del retomo a la salud física o a la psicológica, la aceptación de los fenómenos internos y externos, una actitud tranquila y la esperanza razonada, son algunas de las mejores garantías para dicho restablecimiento.

Ahora bien, es muy importante recordar que, como se analizó, ninguna de las emociones y actitudes surgen de la nada, sino que se gestan en ámbitos como la familia, la escuela y el trabajo, puesto que son los principales espacios de relación que tiene el ser humano. A lo largo de este trabajo se pudo evidenciar que así como estos ámbitos pueden generar emociones negativas como ansiedad, angustia, depresión, etc., también pueden ser un soporte social y una fuente de la que emane un ambiente de tranquilidad, alegría y optimismo en el que se faciliten interacciones más sanas en sentido emocional y físico.

El apartado dedicado a la familia puso en claro que éste es el lugar ideal donde se realizan las condiciones necesarias para la formación del tipo de personalidad útil para el funcionamiento de la sociedad; es de notarse que esto se lleva a cabo aunque le suponga daños al ser humano, ya que los medios empleados para ello son el ejercicio de la represión, la manipulación de la propiedad y la agresión. El análisis de esta situación permitió descubrir que el uso de estos medios propicia emociones negativas que tienden a externarse a través de la enfermedad. El poder que tiene la familia para el sometimiento de sus miembros y sus consecuentes emociones negativas varía de acuerdo a diversos factores de entre los que se destacaron: el nivel económico, la estructura familiar (familias ampliadas o extensas, monoparentales, etc.) los patrones de crianza (perentorio, autoritario o permisivo) o las creencias de los padres.

Algunos de los factores que se descubrieron como propiciadores de emociones negativas en la escuela fueron: normas represivas, exigencias inalcanzables, expectativas no cubiertas, atmósfera social fría u hostil, profesores autoritarios o represivos, compañeros agresivos y la exposición a evaluaciones como exámenes.

El trabajo fue otro ámbito en el que están presentes factores que propician emociones negativas como el estrés, la ansiedad y la depresión, entre otras. Tales factores fueron: el ambiente humano, el tipo de trabajo, condiciones físicas, temporales, organizacionales y la remuneración económica. Además de éstos, se encontró que las exigencias de un trabajo incongruente con las aspiraciones y capacidad del trabajador son causa de mucha frustración, hastío o depresión, todo ello tendiente a la manifestación de enfermedades del corazón, respiratorias, cáncer, entre otras.

Ahora bien, la sección en la que se abordó la intervención de la psicología en las enfermedades psicosomáticas, permitió llegar a la conclusión de que ésta ha sido deficiente, sobre todo porque la mayoría de las corrientes psicológicas tienen una visión dicotómica del ser humano, lo que les ha llevado a una intervención reduccionista y a una exagerada preocupación por asignar a cada profesional el tratamiento de los problemas que le corresponden, definiendo hasta dónde llega lo orgánico y hasta dónde lo psicológico. Se hizo evidente, pues, que las enfermedades psicosomáticas han sido erradamente

entendidas y reducidas a lo que se hace en la práctica profesional que puede ser tanto la adaptación como la sustitución de síntomas.

Por todas esas deficiencias es que se propuso una concepción e intervención de las enfermedades psicosomáticas de forma integral, para lo cual es necesario, primero, replantear el concepto reduccionista y fragmentario que se tiene de la salud; segundo, considerar las emociones y actitudes como factores psicológicos que tienen igual importancia a otros como los pensamientos, la motivación, etc.; y tercero, que los factores psicológicos, sociales y orgánicos están presentes siempre en cada acto y vivencia del ser humano.

De este modo, el presente trabajo ofrece a la psicología interesada en aspectos psicosomáticos la exposición de un enfoque que tiene la facultad de abordar éste y muchos otros temas desde la integralidad del ser humano y su cosmos.

Finalmente, dado que faltaron muchos otros factores que intervienen en la somatización, se propone que para trabajos posteriores se aborden otros de los factores que pueden propiciar enfermedades como diferentes tipos de alimentación, los tiempos de vigilia y sueño, prácticas de riesgo, el medio ambiente, etc.

BIBLIOGRAFÍA

- Achard, P., et. al. (1980) **Discurso biológico y orden social: crítica de las teorías biologicistas en medicina, psicología y ciencias sociales**. Nueva imagen, México.
- Aguayo, P. y Lama, A. (1998) "Estrés ocupacional: una perspectiva ergonómica y su protección en el diseño organizacional". *Psicothema*, 6 (18), pp. 42-49.
- Alternativa holística. (1998) **Principios éticos de la medicina holística**. <http://spin.com.mx/atoyber/etica.htm1>
- Anaya, L. (1993) "El ruido en el factor humano". *Psicothema*, 2 (20), pp. 9-16.
- André, Ch. (1997) **El miedo a los demás**. Mensajero, España.
- Aller, M. et. al. (1996) "La respuesta psico-neuro-inmuno-endocrina en fisiología y patología". *Psicothema*, 8 (2), pp. 20-27.
- Bastide, R. (1985) **Sociología de las enfermedades mentales**. Siglo XXI, México.
- Baumrind, D. "The development of instrumental competence through the socialitation". En A.D. Pick (ed.): **Minnesota Symposia on Child Psychology**, 1973, 7, 3-46. (Traducción realizada en la ENEP Iztacala por Juan José Yoseff, noviembre de 1985).
- Bayés, R. (1985) **Psicología oncológica: Prevención y terapéutica psicológicas del cáncer**. Martínez Roca, Barcelona.
- Berman, M. (1987) **El Reencantamiento del Mundo**. Cuatro Vientos, Santiago de Chile.
- Braverman, H. (1982) **Trabajo y capital monopolista**. Nuestro Tiempo, México.

- Breilh, J. (1986) **Epidemiología, economía, medicina y política**. Fontamara, México.
- Brückner, P. (1974) **Psicología Social**. Siglo XXI, México.
- Buendía, J. (1993) "Estrategias de afrontamiento y apoyo social en personas con estrés económico". *Psicothema*, 5 (1), pp. 83-89.
- Calle, R. (1990) **Ante la ansiedad**. Urano, Madrid.
- Campos, H. y Campos, H. (1985) **La participación del psicólogo en el contexto de la salud laboral**. Tesis de licenciatura, Carrera de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, Campus Iztacala. México.
- Cazabat, E. (1993) "Estoy triste ...estaré deprimido?" *Consultor de Salud*, Año IV, No. 57, pp. 1-5.
- Cazabat, E. (1997) **¿Qué es el estrés y cómo combatirlo?** <http://www.geocities.com/HotSprings/9052/stress.html>
- Cazabat, E. (1999) "Stress: ¿la sal de la vida?" *Avances en Medicina*. Sociedad Argentina de Medicina. <http://www.geocities.com/HotSprings/19052/sal.html>
- Clauss, H. (1970) **Psicología del niño escolar**. Grijalbo, México.
- Cohen, S. et. al. (1983) "A global measure of perceived stress". *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 385 y 386.
- Condrau, G. (1968) **Angustia y culpa**. Gredos, Madrid.
- Chiozza, L. (1990) **Los significados de la respiración**. Departamento de Investigación del Centro de Consulta Médica Weizsaecker, 4 (1).
- Chiozza, L. (1997a) **Los afectos ocultos**. Alianza Editorial, Madrid.

- Chiozza, L. (1997b) **¿Por qué enfermamos? La historia que se oculta en el cuerpo.** Alianza Editorial, Buenos Aires.
- Chopra, D. (1994) **La curación cuántica.** Grijalbo, México.
- Chopra, D. (1995) **El regreso del maestro.** Grijalbo, México.
- D' Aurora, D. Y Fimian, M. (1988) "Dimensions of life and school stress experienced by young people". **Psychology in the Schools**, 23, pp. 44-53.
- De la Fuente, R. (1985) **Psicología médica.** Fondo de Cultura Económica, México.
- De la Fuente, R. (1995) "¿Hacia dónde va la investigación en psiquiatría?" **Salud Mental**, 18 (2), pp. 55-59.
- De las Cuevas y cols. (1995) "Desgaste profesional y clima laboral en atención primaria". **Psicothema**, 7 (8-9). pp. 59-74.
- Del Bosque, F. (1994) **La relación entre ajuste socioemocional y el desempeño académico de los estudiantes de psicología de la ENEP Iztacala.** Tesis de licenciatura, Carrera de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, Campus Iztacala. México.
- Dejours, Ch. (1990) **Trabajo y desgaste mental.** Siglo XXI, Buenos Aires.
- Dossey, L. (1986) **Tiempo, espacio y medicina.** Kairós, Barcelona.
- Dubos, R. (1975) **El espejismo de la salud.** Fondo de Cultura Económica, México.
- Dubos, R. (1981) **Salud y enfermedad.** Colección científica de Time-Life, México.
- Enciclopedia Microsoft Encarta 2000,** Microsoft Corporation.

- Fernández, B. y Carrobles, J. (1983) **Evaluación conductual: Metodología y aplicaciones**. Pirámide, Madrid.
- Fernández, M. (1987) **Psicología del trabajo**. Index, Madrid.
- Fuente, J. y M. (1995) "Análisis componencial del patrón de conducta tipo-a y respuestas ansiógenas situacionales específicas: implicaciones para la intervención". *Psicothema*, 7 (2) p. 267-281.
- Galindo, E. (1991) **Contribución del pensamiento marxista a la psicología**. Cuadernos de Psicología, ENEP Iztacala, UNAM, México.
- García, B. et. al. (1982) "Las unidades domésticas de los trabajadores". En: Muñoz, H. y Olivera, O., **Hogares y trabajadores en la ciudad de México**, Colmex, México.
- García, B. et. al. y De Olivera, O. (1994) **Trabajo femenino y vida familiar en México**. Colegio de México, México.
- Giraldez, L. y Fernández, H. (1990) "Redes de soporte social y salud". *Psicothema*, 2 (2), p.113-135.
- González, C. (1992) **Estrés Psicosocial y respuestas de enfrentamiento: Impacto sobre el estado emocional en Adolescentes**. Tesis maestría, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México. México.
- González, M. (1997) **Mitos y realidades del mundo laboral y familiar de las mujeres mexicanas**. Siglo XXI, México.
- Guía Holística (1999) "La medicina floral: una apertura hacia un cambio en armonía". Guía Holística. <http://www.guiaholistica.com/flor1es.htm>
- Guinsberg, E. (1976) **Sociedad, salud y enfermedad mental**. Universidad Autónoma de Puebla, Puebla.

- Hurlock, E. (1994) **Psicología de la adolescencia**. Paidós, México.
- Hurtado, J. (1997) **La investigación holística integra los paradigmas**. http://portico.vesatec.com/H_7_97/holistica.htm1
- Iakobson, P. (1960) **Psicología de los sentimientos**. Pueblos Unidos, Uruguay.
- Keen, S. (1994) **El lenguaje de las emociones**. Paidós, España.
- Kielholz, P. (1987) **Angustia: aspectos psíquicos y somáticos**. Morata, Madrid.
- Lara, M. (1992) **Factores que influyen en la insatisfacción del trabajador y la repercusión de ésta en el individuo y en la organización**. Tesis de licenciatura, Carrera de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, Campus Iztacala. México.
- Laurell, C. (1983) **El desgaste obrero en México**. Era, México.
- Laurell, C. (1984) **Condiciones de trabajo**. Siglo XXI, México.
- Lazarus, R. (1991) **Estrés y procesos cognitivos**. Ediciones Roca, México.
- López, A. (1984) **La salud desigual en México**. Siglo XXI, México.
- Marin, J. (1997) **La depresión**. <http://www.cop.es/colegiados/m-03258>. Julio.
- Matarazzo, J. (1980) "Behavioral health and behavioral medicine frontiers for a new health psychology". *American psychologist*, 35 (9), pp. 807-817.
- Moral, S. y Ovejero, J. (1995) "La construcción retardada de la identidad profesional en jóvenes". *Psicothema*, 11 (1), pp. 215-223.

- Morales, C. y Piña, L. (1995) "Psicología y salud en el siglo XX: aproximación desde la Psicología como disciplina y profesión". *Psicología y Salud*, 6 (2), pp. 143-155.
- Naranjo, N. (1997) *¿Cómo es su familia?*. Mensajero, México.
- Ortiz, F. (1982) *El Proceso Salud-Enfermedad en el Tercer Mundo*. Nueva Imagen, México.
- Ortiz, F. y Zavala, H. (1998) **Eventos estresantes que influyen en los estudiantes universitarios de la carrera de psicología de la ENEP Iztacala**. Reporte de investigación, Carrera de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, Campus Iztacala. México.
- Palenzuela, D. y cols. (1998) "Ejercicio físico regular y como un mecanismo de protección contra la depresión en jóvenes". *Psicothema*, 10 (1), pp. 98-117.
- Passebecq, A. (1987) *Psicoterapia por métodos naturales*. Roca, México.
- Pérez, E. (1988) **La relación psicología, salud, trabajo: Algunas consideraciones en torno a su estudio**. Tesis de licenciatura, Carrera de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, Campus Iztacala. México.
- Plattner, I. (1995) *El estrés del tiempo*. Herder, Barcelona.
- Pomerleau, O. y Brady, P. (1979) *Behavioral medicine: Theory and practice*. Baltimore, Williams and Wilkins Company.
- Prigent, I. (1982) **La experiencia depresiva**. Morata, España.
- Proshansky, H. e Ittelson, W. (1983) **Psicología Ambiental: el hombre y su entorno físico**. Trillas, México.
- Quiroga, E. y Sánchez, M. (1997) "Análisis de la insatisfacción familiar". *Psicothema*, 9 (1), pp. 69-82.

- Rabadan, F. (1989) **Desgaste emocional en alumnos de psicología y pedagogía durante la práctica supervisada**. Tesis doctorado, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México. México.
- Reynoso, L. y Seligson, I. (1998) **Psicología y psicología de la salud**. UNAM campus Iztacala. División de Investigación. México.
- Ribes, E., et. al. (1986) **Enseñanza, ejercicio e investigación de la psicología: Un modelo integral**. Trillas, México.
- Ribes, E. (1990) **Psicología y salud: "Un Análisis Conceptual"**. Martínez Roca, México.
- Rojas, R. (1983) **Capitalismo y Enfermedad**. Plaza y Valdés, México.
- Rosado, M. (1988) **Dinámica de grupos y orientación educativa**. Trillas, México.
- Rubinstein, S. (1985) **Principios de Psicología General**. Grijalbo, México.
- Rubio, M. y Díaz, R. (1999) "La medida de la carga mental de trabajo: índices basados en el rendimiento". *Psicothema*, 2 (20), pp. 12-25.
- Schnake, A. (1997) **Los diálogos del cuerpo**. Cuatro Vientos, Santiago de Chile.
- Schultz, D. (1988) **Psicología industrial**. Interamericana, México.
- Seguin, C. (1982) **La enfermedad, el enfermo y el médico**. Pirámide, Madrid.
- Sendrail, M. (1983) **Historia cultural de la enfermedad**. Espasa-Calpe Universitaria, Madrid.
- Seyle, H. (1980) **Selye's guide to stress research**. Van Nostand Reinhold, New York.

- Simon, V. (1997) "La participación emocional en la toma de decisiones". *Psicothema*, 9 (2), pp. 365-376.
- Strommen, E., et. al. (1985) **Psicología del desarrollo**. Manual Moderno, México.
- Tecla, J., et. al. (1982) **Enfermedad y clase obrera: Marco teórico**. IPN, Escuela de Enfermería y Obstetricia, México.
- Tierno, B. (1997) **El psicólogo en casa**. Temas de hoy, España.
- Troch, A. (1983) **Estrés y personalidad**. Herder, Barcelona.
- Valdés, M. y Flores, T. (1985) **Psicobiología del estrés**. Martínez Roca, Barcelona.