

**ESCUELA DE ENFERMERÍA DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD.  
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.**

**CLAVE 8722**



**TESIS**

**AFECCIONES EMOCIONALES EN PACIENTES INTERNOS, EN LA  
PERSPECTIVA DE LAURA BEATRIZ ESQUIVEL VALDES**

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE:**

**LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA.**

**PRESENTA:**

**HAIDE YARIZETH GUERRERO ALCANTAR**

**ASESORA DE TESIS:**

**LIC. EN ENF. MARÍA DE LA LUZ BALDERAS PEDRERO**

**MORELIA, MICHOACÁN 2021**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

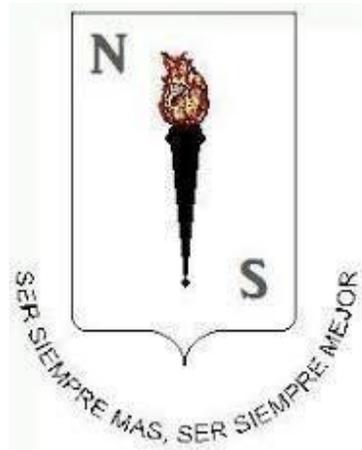
**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

**ESCUELA DE ENFERMERÍA DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD.  
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.**

**CLAVE 8722**



**TESIS**

**AFECCIONES EMOCIONALES EN PACIENTES INTERNOS, EN LA  
PERSPECTIVA DE LAURA BEATRIZ EZQUIVEL VALDES.**

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE:**

**LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA.**

**PRESENTA:**

**HAIDE YARIZETH GUERRERO ALCATAR**

**ASESORA DE TESIS:**

**LIC. EN ENF. MARÍA DE LA LUZ BALDERAS PEDRERO**

**MORELIA, MICHOACÁN 2021.**

## **AGRADECIMIENTOS**

Por todos aquellos grandes esfuerzos, por aquella dedicación de tiempo y por el gran amor de familia hoy se llega a un gran día por el cual se merece agradecer, a mi familia que son mi mamá mi papá y mis hermanas, que gracias a nuestra unión se llega el culmino de una tesis, algo muy importante para mí y para mi familia ya que esto se ha logrado con tanto esfuerzo.

Agradezco a mi mamá por ser la mujer que en todo tiempo me guio me brinda su amor y, que siempre estuvo y está en todo momento apoyándome en cualquier situación en la que me encuentre y por ser la mujer que me inspira a seguir mis sueños.

Agradezco a mi papá, por ser alguien tan especial y por ser la persona que me ha levantado en momentos tan difíciles de mi vida, por motivarme a seguir delante de la mejor manera con aquellos valores que me han educado, por preocuparse en mis estudios y en mi tesis siendo tan responsable.

Agradezco a mis hermanas Sinaí y mi hermana mayor Johana, ya que gracias a ellas estoy pasando un momento grandioso de mi vida, y sobre todo por ser las personas en quien confiar y por guiarme en un buen camino y brindarme la alegría y felicidad.

## **DEDICATORIA**

Dedico esta tesis a la persona que más me apoya a seguir mis sueños, y por ser el sueño de ella en que yo cumpla mis metas y hacer de mi un mejor futuro.

Dedico a Dorely Alcantar Sanchez mi madre que gracias a ella hoy culmino mi tesis.

Dedico esta tesis a ella con tanta pasión por el tema y esfuerzo y un gran entusiasmo en el transcurso de la investigación, por su comprensión, apoyo y dirigirme en los mejores caminos.

## INDICE

<b>1. INTRODUCCION</b> .....	1
<b>MARCO TEORICO</b> .....	1
<b>2.1.VIDA Y OBRAS</b> .....	1
Laura Esquivel.....	1
<b>2.3 HIPOTESÍS</b> .....	4
<b>2.4 JUSTIFICACIÓN</b> .....	5
<b>2.5 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b> .....	6
<b>2.6 OBJETIVOS</b> .....	7
<b>2.7 METODOS</b> .....	8
27.1 científico.....	8
2.7.2 inductivo.....	8
2.7.3 deductivo.....	8
2.7.4 mayeutico .....	8
<b>2.8 VARIABLES</b> .....	10
<b>2.9 ENCUESTAY RESULTADOS</b> .....	11
<b>2.10 GRAFICADO</b> .....	13
<b>GENERALIDADES</b> .....	38
<b>3.1 conceptos</b> .....	38
<b>3.2. Las civilizaciones griegas y romana</b> .....	43
<b>3.3 la edad media</b> .....	46
<b>3.4 El Renacimiento</b> .....	48
<b>3.5 El progreso durante los siglos XVIII y XII</b> .....	49
<b>3.6 La Ilustración</b> .....	55
<b>3.7 El enfoque de la psicología experimental</b> .....	56
<b>3.8 El enfoque taxonómico organista</b> .....	57
<b>3.9 descubrimientos de Freud</b> .....	58
<b>4. LAS EMOCIONES Y SU ORIGEN PERDIDO</b> .....	63
<b>4.1 origen de las emociones</b> .....	63
<b>4.2 fisiología del sistema simpatico</b> .....	65
<b>4.3 filosofía de las emociones</b> .....	66
<b>4.4 la palabra y la imagen como generadoras de la imagen</b> .....	69

4.5 emociones que sanan y emociones que enferman.....	74
4.6. literatura y cine que sana, literatura y cine que enferma.....	82
4.7 en busca de respuestas .....	89
4.8 filosofía nerviosa a al tradición del pensamiento psicologico .....	92
4.9 diferenciacion de los fenómenos psiquicos .....	98
5. LA PSICOLOGIA Y EL PACIENTE.....	101
5.1 Infancia, niñez temprana, escuela, adolescencia y madurez .....	101
Infancia: de 2 a 3 años.....	101
Niñez temprana .....	102
Edad Preescolar: de 3 a 5 años .....	103
Edad Escolar - Latencia: de 5-6 a 11-13 años .....	103
Adolescencia: de 12 a 20 años .....	104
Madurez, .....	105
Joven Adulto: de 20 a 30 años.....	105
Adulto: de 30 a 50 años .....	106
Vejez: después de los 50 años.....	107
5.2 Actitudes hacia la enfermedad .....	108
5.3 Ingreso al hospital.....	110
5.4 La familia del paciente .....	111
5.5 El proceso de afrontamiento .....	121
5.6 Trastornos psicológicos .....	123
5.7 Niños en el hospital.....	125
5.8 motivacion .....	127
5.9 Iacomunidad del paciente.....	136
6. PSICOLOGIA MEDICA .....	137
6.1 El problema de la relación mente cuerpo .....	137
6.2. Dualismo de substancia.....	138
6.3. Identidad teórica.....	143
6.4. Materialismo eliminativo .....	146
6.5. Procesos mentales consciente inconsciente.....	156
6.6. Los delirios y alucinaciones .....	158
6.7. La base neuronal y endocrina de las emociones.....	159
6.8. Exploración de la personalidad.....	160

<b>6.9. Psicoterapia</b> .....	167
<b>7. FISILOGIA NEGATIVA DE LAS EMOCIONES</b> .....	167
7.1 emociones negativas .....	167
7.2 Emociones negativas y salud-enfermedad .....	170
7. 3 Emociones negativas y Ansiedad .....	170
7. 4 Factores psicológicos La interpretación del sujeto.....	171
7.5 emociones en el organismo .....	172
7.6 Emociones negativas y salud física.....	173
7.7 Las reacciones desadaptativas de ansiedad.....	174
7.8 Infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH).....	175
7.9 trastornos cardiovasculares.....	176
<b>8. CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTES INTERNOS</b> .....	178
8.1 teoría general del autocuidado.....	178
8.2 proceso de atención enfermero .....	178
8.3 Epidemiología El trastorno depresivo .....	179
8.4 Diagnóstico de la enfermedad.....	179
8.5 el papel de la enfermera en la depresión mayor .....	180
8.6 Tratamiento con psicoterapia.....	181
8.7 Papel de Enfermería.....	183
8.8 Las actividades de promoción de la salud mental .....	183
8.9 Colaboración Atención Primaria-Salud Mental .....	187
<b>9 CONCLUSION</b> .....	189
<b>10. BIBLIOGRAFIA</b> .....	192
Bibliografía electronica .....	192
bibliografía básica .....	192
bibliografía complementaria .....	193
<b>11. GLOSARIO</b> .....	194

## INTRODUCCIÓN

La presente tesis, tiene por objetivo analizar las intervenciones de enfermería en pacientes internados con afecciones emocionales en el hospital de nuestra señora de la salud de Morelia Michoacán.

Para realizar esta investigación documental, se ha desarrollado de manera importante en 8 capítulos que a continuación presentaremos.

Se dará a conocer lo fundamental de la tesis, incluyendo los siguientes apartados, agradecimientos y dedicatoria a quienes han participado de buena manera en hacer posible esta tesis y de manera general el índice o el contenido de la tesis.

Ubicandonos en el marco teórico se habla de la variabilidad de las intervenciones de enfermería de afecciones emocionales en pacientes internados, se apoya del análisis de, el autor más destacado en las emociones Laura Esquivel, quien menciona que las afecciones emocionales se ven reflejadas en el cuerpo humano y que por lo tanto tiene una gran relación entre mente y cuerpo, y nos explica de manera muy sencilla como hacen su efecto en el organismo de tal manera que son reflejadas positivamente o de forma negativa, de manera correspondiente al organismo que efecte. Y de más autores que tiene en relación de las intervenciones de enfermería sobre este tema, ya que de mucha importancia se hace conocer las diferentes teorías sobre la opinión de cada uno de ellos y para conocer más esta investigación, y nos permite tener una mejor comprensión, y una investigación más sustentada en la evidencia, de igual manera abarca a lo que es la justificación de la tesis, siendo una base fundamental en el cual describe brevemente la problemática principal de la investigación, ya que es la causante principal del conocer más de esta investigación y de preocuparse sobre nuestros pacientes que día a día cursamos con este tipo de situaciones y ellos pretenden ser comprendidos y tener una relación con las enfermeras comprensible y estable, que obteniendo estas bases fundamentales ellos se sienten satisfechos y tratados con dignidad y humanidad. Ya que es uno de nuestros propósitos para brindar un cuidado de enfermería a nuestra comunidad.

El planteamiento del problema, una estructura más de nuestra investigación, donde destacamos un plan del problema de esta investigación para llevarlo a cabo. y de manera mut brese se ven estos apartados los objetivos, generales y específicos. Las gráficas destacan de manera visual los resultados de las encuestas que se han hecho aplicadas a los pacientes del hospital de nuestra señora de la salud en la ciudad de Morelia Michoacán, para ver la opinión de nuestros pacientes con encuestas realizadas de forma cerradas y incógnitas, para brindarles confianza y que sus respuestas son la colaboración de una investigación, y analizamos los resultados convertidos en porcentajes.

Esta técnica aplicada se obtiene perspectivas realistas de los pacientes sobre el cuidado de enfermera a paciente, obteniendo estos resultados, son respuestas de nuestra investigación y resolución a nuestra problemática.

En uno de nuestros capítulos encontramos la metodología de las intervenciones de enfermería en pacientes internados y afecciones emocionales. centrandonos mas en nuestro que hacer de enfermería y uno de los capítulos mas extensos ya que de aquí vemos nuestros cuidados especializados en el tema emocional, del saber como interactuar con un paciente de este tipo, mencionando anteriormente que es una de las principales problemáticas de nuestra investigación, que como bien sabemos hoy en día nuestro que hacer es totalmente basado en la evidencia y de manera autónoma nuestras decisiones son respaldadas, y no empíricas ni mano derecha del medico, que como bien muchas veces para este tema pensamos que nosotras no podemos interactuar con este tipo de pacientes hasta que venga un profesional experto en esto, pero no nosotras debemos estar muy preparadas y de manera autónoma debemos tomar nuestras decisiones correspondientes como profesionistas salvando nuestra profesión.

Una gran parte de nuestra formación es que del momento que nosotras estamos en una universidad, como parte de nuestro derecho exigamos de manera gentil, mas información sobre el tema emocional ya que también otra problemática en nuestro país, es que no se nos da de manera muy extensa solo de manera muy breve y por lo tanto no se nos despierta esa sed de querer saber mas, y estar mas interesado, y saber como llevar a cabo la identificación de nuestros pacientes.

Nuestros cuidados deben ser proporcionales para cada paciente, ya que de una manera muy grata los pacientes esperan ser comprendidos y muchos de ellos vienen con problemas de ese tipo ya reflejados en los diferentes sistemas ya afectados y reflejados por signos y síntomas. Al parecer nosotras tenemos una gran interacción con ellos, y con todos los pacientes que por su puesto nos da de uno curso con varias emociones no agradables, con tal solo al ir al hospital de visita, ahora bien con un paciente que se va a internar nosotras debemos mantener el control sobre ello y brindar un estatus de tranquilidad y confianza.

Lo general de la tesis como lo son los conceptos del tema y a continuación se empezará a dar por conocer el tema de las emociones y cómo influye en las personas en específico a los pacientes internados. Como bien hemos mencionado ya la relación de las emociones y el organismo. La perspectiva y opinión de Laura Esquivel nos habla de que todos los días cursamos con mas de alguna emoción a mas bien dicha todos los días cursamos con muchísimas emociones, ya sea porque recuerdes algo, porque vallas a un lugar o porque escuches alguna canción. todas esas cosas te recuerdan a algo o te hacen pensar

en algo sin querer solo porque se te viene a la mente y desde ese momento que recordaste viene una emoción que para ti puede ser agradable o desagradable, y bien es a lo que he de referirme que todos los días nos reímos enojamos o hasta lloramos, pero eso nosotros mismos somos capaces de controlarlas y como cualquier humano las tenemos, pero hay personas que son incapaces de controlar esta situación ya que la explicación científica, muchas personas no producen la hormona más conocida de la felicidad y estas personas son invadidas por la tristeza, el miedo y muchas cosas más que necesitan de ayuda y por lo tanto su estado de salud no es el más adecuado puesto que nuestra autora afirma de un corazón lleno de tristeza es un corazón enfermo y que un corazón contento la persona es feliz y su estado de salud es equilibrado.

Tamando de referencia este ejemplo nos damos cuenta de que muchas de las veces nosotros nos sentimos mal emocionalmente pero que también a la misma vez viene acompañado de algún malestar de el cuerpo, y que cuando nos sentimos bien nuestro corazón late de alegría y nos dan ganas de hacer muchas cosas para mantenernos activo y no perder esa motivación.

Pues bien, haci se asemeja el esto general de nuestros paciente ya que para muchos de ellos la hospitalización es un trauma y lo agravan más, pero como bien nosotras sabemos detectar ese problema de inmediato y solucionarlo.

De tal forma que se prosigue con las intervenciones de enfermería con este tipo de pacientes. Finaliza la tesis con la conclusión, en la que describimos los resultados esperados y nuestra información recopilada de todas las tesis de nuestros autores, y por su puesto quedándonos con un aprendizaje hacia los cuidados de enfermería encaminados al tema emocional, terminando con una invitación para las enfermeras de nuestro país dirigido hacia las especializaciones de en psicología o psiquiatría siendo los temas bases para saber y llevar a cabo los cuidados he intervenciones de enfermería de una manera más profesional, ya que Mexico es uno de los países con menos enfermeras especializadas en estas ciencias.

Favoreciendo la calidad de nuestros cuidados y hablando bien de nuestra profesión. También cabe resaltar que el tema emocional es una parte de nuestra formación, ya que, si nosotras estamos de la mejor manera y con un buen estado de salud mental y física nos desempeñamos efectivamente favoreciendo a la sociedad con un buen trato de calidad, que como todos los pacientes esperan ser atendidos y por su puesto comprendidos con humanidad y sin dejar atrás la empatía, siendo lo más importante en nuestra formación como profesionales de enfermería.

La bibliografía, una estructura más complementaria de nuestra investigación que para dejar evidencia de un buen trabajo se tiene que cumplir con uno de los apartados, extrayendo la mejor información y avalada, con la bibliografía nos permite una aceptación con más evidencia de investigación. En el glosario se

ven una de las palabras que contiene nuestra investigación que para ser mas formales damos al final en uno de stos apratados con frase y su significado explicándolo en un lenguaje comprensible para todas aquellas personas que desen daber su significado.

## **2. MARCO TEORICO**

### **2.1. VIDA Y OBRAS**

#### **Laura Esquivel**

Escritora mexicana entre cuyas obras sobresale *Como agua para chocolate* (1989), novela que mereció el aplauso del público y la crítica y que fue llevada también con gran éxito al cine.

Laura Esquivel cursó estudios de educadora, así como de teatro y creación dramática, y se especializó en teatro infantil, siendo cofundadora del Taller de Teatro y Literatura Infantil, adscrito a la Secretaría de Educación Pública. Entre 1979 y 1980 escribió programas infantiles para la cadena cultural de la televisión mexicana, y en 1983 fundó el Centro de Invención Permanente, integrado por talleres artísticos para niños, asumiendo su dirección técnica.

A instancias del que era entonces su marido, el cineasta mexicano Alfonso Arau, Laura Esquivel se introdujo en 1983 en la creación de guiones cinematográficos, debutando en 1985 con el guion de la película *Chido One, el Tacos de Oro*, historia de una futbolista nominada por su argumento para el premio Ariel de la Academia de Ciencias y Artes Cinematográficas de México. En 1987 su obra de teatro infantil *Viaje a la isla de Kolitas* obtuvo una acogida muy favorable, manteniéndose en cartel durante un año en la capital mexicana.

En 1989 obtuvo un gran éxito con la novela *Como agua para chocolate*, que sería llevada al cine por Alfonso Arau en 1992, partiendo del guión escrito por la propia Laura Esquivel. El relato de una historia de amor desde los fogones de una cocina conquistó al público y a la crítica, que habló, no ya de realismo mágico al modo de los cien años, sino de la magia de la literatura o la literatura mágica al referirse a esta obra. Se realizaron traducciones a decenas de idiomas y, en 1994, la novela recibió el premio American.

Tras superar una grave trombosis y un doloroso divorcio, en 1995 publicó su segunda novela, *La ley del amor*. Aquellas primeras ideas que apuntara en la obra que le dio fama, *Como agua para chocolate*, volverían a aparecer en *Íntimas suculencias* (1998), una recopilación de cuentos que acompañan a recetas de cocina, donde la autora insiste en su máxima de que “Uno es lo que se come, con quién lo come y cómo lo come”. Le siguieron *Estrellita marinera* (1999), *El libro de las emociones* (2000) y *Tan veloz como el deseo* (2001). En esta última el amor, con la figura de su padre como eje central del argumento, es otra vez el tema principal de la obra.

De 2004 es *Malinche*, una biografía novelada *La Malinche*, que fue la amante indígena del conquistador. En 2009 Laura Esquivel sufrió un nuevo golpe en su vida privada al fallecer su segundo marido, el también escritor mexicano Javier Valdés. Su última novela es una incursión en el género detectivesco protagonizada por una policía alcohólica: *A Lupita le gustaba planchar* (2014).

## Como agua para chocolate

Todavía hoy se sigue considerando esta novela, cuyo subtítulo reza Novela de entregas mensuales con recetas, amores y remedios caseros, como la obra más lograda de Laura Esquivel. Publicada en 1989, la autora se presenta como sobrina nieta de Tita, la protagonista de la historia. El recetario de Tita ha llegado a sus manos, y a partir de él construye su narración. Tita nació en una cocina, y quizá esta circunstancia determina su amor por los guisos y su dominio del arte culinario. La cocina, en efecto, constituye lo esencial de su mundo, al margen de la vida que llevan sus hermanas Gertrudis y Rosaura.

La acción de la novela se sitúa a principios del siglo XX, en los tiempos de la Revolución mexicana. El drama de Tita empieza cuando, a los quince años, anuncia a su madre, Mamá Elena, que Pedro Muzquiz le ha pedido relaciones. La respuesta no admite réplica: Tita es la hija menor, y por tradición familiar a ella le corresponde cuidar de por vida a su madre. Así pues, cuando Pedro Muzquiz se presenta en el rancho para pedir la mano de Tita, Mamá Elena se niega, pero se muestra dispuesta a concederle la de su hija Rosaura. Pedro acepta con el solo objeto de poder estar cerca de la muchacha a la que realmente ama.

Fotograma de Como agua para chocolate (1992), basada en la novela de Laura Esquivel Cada capítulo de la novela se corresponde con un mes del año, y la receta culinaria inicial marca el paso de las estaciones en la vida de Tita a lo largo de veintiún años, con la constante fijación por Pedro, su amor imposible. Sus guisos vienen a ser los cómplices, los mensajes mudos entre ella y Pedro. Su hermana Gertrudis se fuga con un capitán revolucionario, y tras una serie de vicisitudes acaba casándose con él, y ambos alcanzan el generalato y la consiguiente consideración social. Rosaura y Pedro se trasladan a vivir a otra ciudad. Tita, abrumada por la lejanía de su amado y enfrentada a su madre, acaba por necesitar tratamiento médico, y así conoce a John Brown, facultativo norteamericano que se enamora de ella y la pide en matrimonio.

A la muerte de Mamá Elena, las tres hermanas se reúnen en el rancho, que se llena de revolucionarios, ya que Gertrudis lleva consigo la tropa que mandan ella y su marido. Entre los papeles de la difunta, Tita descubre las cartas de un pretendiente negro de Mamá Elena con el que sus padres no le permitieron contraer matrimonio, y con el que tuvo, después de casada, a Gertrudis, que por esta razón dará a luz más tarde un niño mulato. Pedro y Tita, libres ya de la presencia de Mamá Elena, se entregan a su amor y lo consuman por primera vez.

A partir de aquí intervienen una serie de elementos fantásticos, como las apariciones de Mamá Elena, en una de las cuales ocasiona un accidente en el que Pedro casi pierde la vida. Rosaura muere, y los amantes se disponen a casarse. Pero antes que ellos lo hacen Esperanza, hija de Rosaura y Pedro, y Alex, hijo de John Brown. Para el banquete nupcial de su sobrina, Tita se ha esmerado como nunca en sus preparaciones culinarias. Cuando todos los invitados se han marchado, Tita y Pedro hacen el amor, y él muere en el momento culminante del acto. Se alcanza el paroxismo de la fantasía cuando Tita, por medios insólitos, provoca un incendio que consume todo el rancho, que arde durante toda una

semana, y entre cuyas cenizas aparece incólume el recetario del que la autora, que se presenta como hija de Alex y Esperanza, se sirve para componer la novela.

A instancias del que era entonces su marido, el cineasta mexicano Alfonso Arau, Laura Esquivel se introdujo en 1983 en la creación de guiones cinematográficos, debutando en 1985 con el guion de la película Chido One, el Tacos de Oro, historia de una futbolista nominada por su argumento para el premio Ariel de la Academia de Ciencias y Artes Cinematográficas de México. En 1987 su obra de teatro infantil Viaje a la isla de Kolitas obtuvo una acogida muy favorable, manteniéndose en cartel durante un año en la capital mexicana.

En 1989 obtuvo un gran éxito con la novela Como agua para chocolate, que sería llevada al cine por Alfonso Arau en 1992, partiendo del guión escrito por la propia Laura Esquivel. El relato de una historia de amor desde los fogones de una cocina conquistó al público y a la crítica, que habló, no ya de realismo mágico al modo de los cien años, sino de la magia de la literatura o la literatura mágica al referirse a esta obra. Se realizaron traducciones a decenas de idiomas y, en 1994, la novela recibió el premio American

### **2.3 HIPOTESÍS.**

Se espero, que el gremio de enfermería deba ser totalmente complementaria en todos sus aspectos de formación, para brindar una mejor atención a los pcientes, y seamos cpaces de controlor he identificar problemas emocionales.

## **2.4 JUSTIFICACIÓN.**

La presente investigación se justifica ampliamente en varias razones. En primer lugar, se justifica por ser un problema social, ya que muchos de los padecimientos de las enfermedades son dadas por estas circunstancias referidas a las emociones.

Los problemas de la sociedad hoy en día están muy relacionadas al tema emocional ya que comprende el estado de la persona como tal y del cómo se siente, comprendemos que el ser humano es ampliamente complejo e íntegro, esto quiere decir que, por el hecho de ser personas tenemos derechos, y que pertenecemos a una cultura o a un lugar. Nos identificamos por nuestra conducta nuestra forma de vestir, de hablar y de pensar pues todo ello, y más cosas nos conforman, y una parte de nuestro ser importante son las emociones, como la alegría, tristeza, miedo, ira en fin todas estas son las encargadas de nuestro estado emocional y hasta de nuestro comportamiento.

Siendo este un problema problema social, afecta el estado emocional del paciente y por ende complicar en su estado de enfermedad en alguno de los casos o mejorarlo. La autora Laura Esquivel, nos dice que si una persona se siente alegre nos llevara a la salud y sentirnos bien, y si una persona se siente triste hace que se sienta enferma.

Por segundo lugar, esta tesis se justifica porque pretende en ella la identificación emocional de cada paciente desde el momento en el que ingresa para que nosotros como enfermeras podamos intervenir ante ello ya que, con quienes primero interactúan es con nosotras, y podamos brindar esa confianza y estabilidad emocional siendo una de nuestras funciones al recibir un paciente, y en el momento de la hospitalización demos brindar ese confort de seguridad y de una hospitalización no traumática para nuestro paciente siendo para algunos un terrible y traumática hospitalización.

último, lugar tiende a justificarse al tratado digno del paciente y hacer que la hospitalización no sea tan traumática a como los demás tiene una experiencia desagradable, y que por el hecho de estar hospitalizado sea la cura de nuestro paciente al sentirse mejor interactuando con el personal de la salud.

## **2.5 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La problemática se sigue viendo de manera más frecuente, hoy día, las modernidades de la tecnología nos han puesto a gran margen que lo más importan saber utilizar alguna de estas tecnologías, y es que, en realidad no tiene un mal propósito si no de la manera en que la sociedad lo usa como por ejemplo un tema claro hacia el celular, esa tecnología nos ha quitado mucho porque le dan un mal uso y ha manera que estas se usan con más frecuencia mayormente se van alejando de las personas más cercanas como los padres y familiares.

El resultado aquí es que hay una cierta lejanía de los padres, y por lo tanto una menos comunicación por lo tanto se ven afectadas las familias, y hay repercusiones.

Siedo un muy buen ejemplo, lo mas relevante , es que, se ve una gran problemática con los pacientes como esa falta de huamnida, de comprensión y sobre todo del que se nos olvida que nuetros pacientes son humanos y no ponemos en practica la empatia una de las cualidades de la enfermera, que en mucha de las ocaciones no sabemos co mo dirijirnos hacia un paciente con algún problema de ese tipo, y que pensamos que eso es trabajo solo para los psicólogos y psiquiatras.

## **2.6 OBJETIVOS**

### **2.6.1. general**

Lo general, por otra parte, refiere a lo más amplio o común, a diferencia de lo específico. La noción de

objetivo general, en este marco, refiere a aquello que se pretende alcanzar con el desarrollo de un proyecto. Se trata de lo más importante o de lo que guía las acciones.

### **2.6.2 específico**

Lo primero que debemos saber es que dichos

objetivos parten de un objetivo general que indica la dirección de a seguir, hacia donde dirigir el proyecto, de aquí se empieza a ramificar el trabajo en logros

específicos que se deben conseguir en cada fase y el modo de enlazarlos para alcanzar los resultados y metas.

## **2.7 METODOS**

### **2.7.1 científico**

Se refiere a la ciencia (básica y aplicada) como un conjunto de pensamientos universales y necesarios, y que en función de esto surgen algunas cualidades importantes, como la de que está constituida por leyes universales que conforman un conocimiento sistemático de la realidad. Y es así que el método científico procura una adecuada elaboración de esos pensamientos universales y necesarios.

El método científico tiene su base y postura sobre la teoría mecanicista (todo es considerado como una máquina, y para entender el todo debemos descomponerlo en partes pequeñas que permitan estudiar, analizar y comprender sus nexos, interdependencia y conexiones entre el todo y sus partes), y, por consiguiente, también ese mismo carácter. El Método Científico y sus Etapas.

El razonamiento científico es, en primer lugar, el método de observación, el experimento y el análisis, y, después, la construcción de hipótesis y la subsiguiente comprobación de éstas. Este procedimiento no sólo es válido para las ciencias físicas, sino que es perfectamente aplicable a todos los campos del saber.

### **2.7.2 inductivo**

Definición de método inductivo. El método inductivo o inductivismo es aquel método científico que obtiene conclusiones generales a partir de premisas particulares. La verdad de las premisas, de todos modos, no asegura que la conclusión sea verdadera.

### **2.7.3 deductivo**

El método deductivo es una estrategia de razonamiento empleada para deducir conclusiones lógicas a partir de una serie de premisas o principios.

En este sentido, es un proceso de pensamiento que va de lo general (leyes o principios) a lo particular (fenómenos o hechos concretos).

### **2.7.4 mayeutico**

La técnica consiste en preguntar al interlocutor acerca de algo (un problema, por ejemplo) y luego se procede a debatir la respuesta dada por medio del establecimiento de conceptos generales. El debate lleva al interlocutor a un concepto nuevo desarrollado a partir del anterior. Por lo general, la mayéutica suele confundirse con la ironía socrática.

La invención de este método del conocimiento se remonta al siglo IV a. C. y se atribuye por lo general al Sócrates histórico en referencia a la obra, de Platón. Pero el Sócrates histórico empleó la llamada ironía socrática para hacer comprender al interlocutor que lo que se cree saber no está en lo que se pensaba como creencia y que su conocimiento estaba basado en prejuicios. La mayéutica, contrariamente a la ironía, se apoya sobre una teoría de la reminiscencia. Es decir, si la ironía parte

de la idea que el conocimiento del interlocutor se basa en prejuicios, la mayéutica cree que el conocimiento se encuentra latente de manera natural en el alma y que es necesario descubrirlo. Este proceso de descubrimiento del propio conocimiento se conoce como dialéctica y es de carácter inductivo

## 2.8 VARIABLES

- Un problema, es que el personal de enfermería no esta bastante informada sobre la importancia de el tema emocional de los pacientes.
- los pacientes se ven afectados en su periodo de hospitalización, ya que no son capaces de expresar sus sentimientos.
- A paso del tiempo nos hemos deshumanizand, por causa de el mudo mado, y la taza de la hospitalización cada dia se incrementa mas y es insuficiente el tiempo para la atención adecuada.

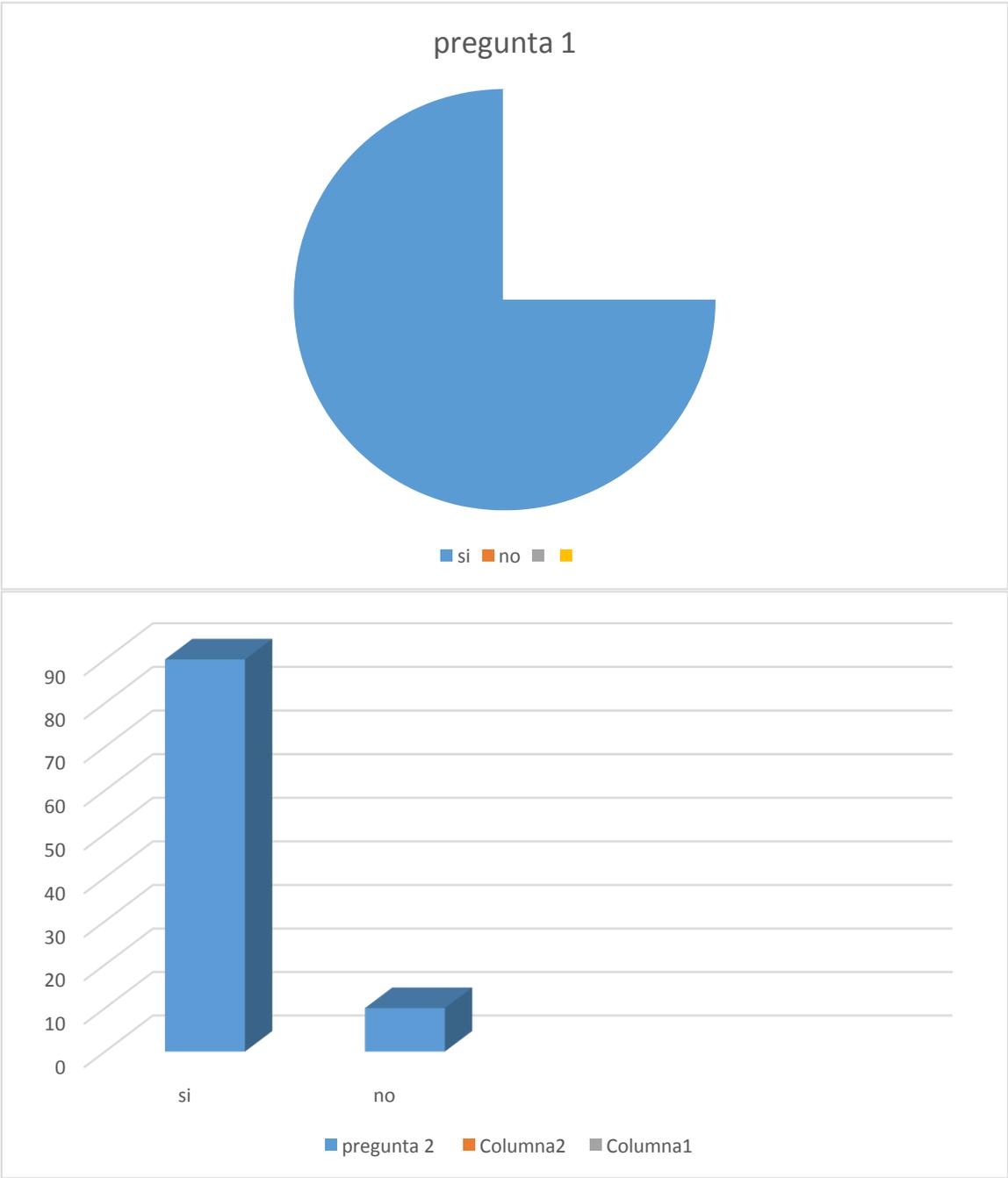
## 2.9 ENCUESTA Y RESULTADOS

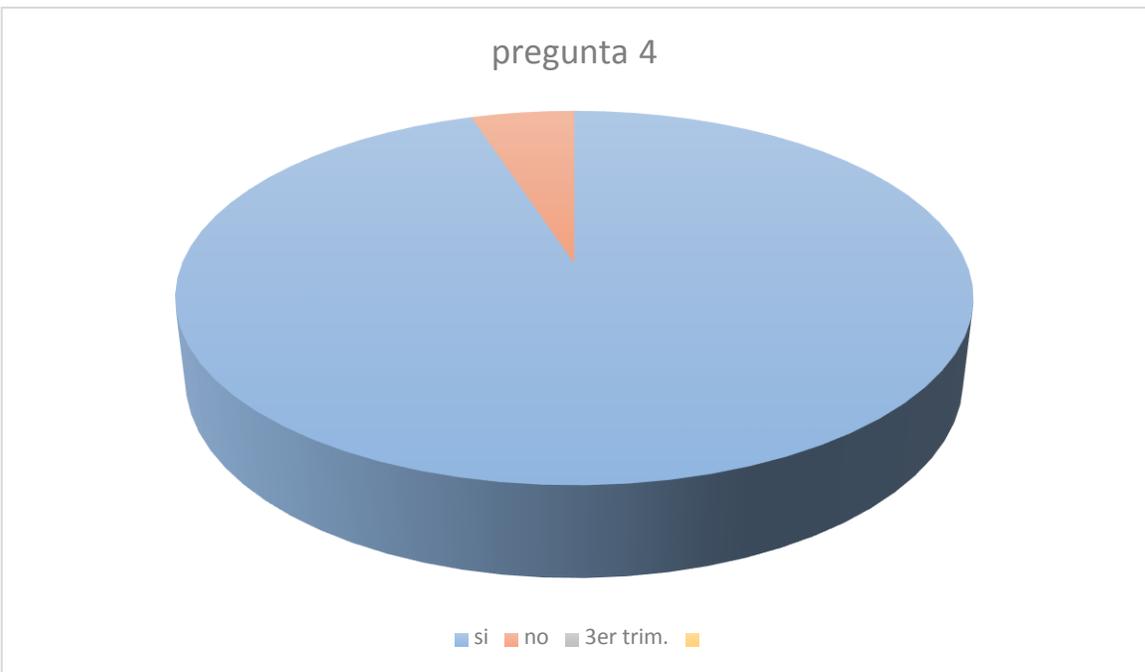
ESTA ENCUESTA ESTA DIRIGIDA PRINCIPALMENTE PARA LOS PACIENTES DENTRO DE SU HOSPITALIZACION, PARA DISLUMBRAR EL CONOCIMIENTO ACERCA DE EL TEMA EFECTOS EMOCIONALES EN PACINTES INTERNOS.

	SI	NO
1. ¿Conoce usted que son las emociones ?	99 %	1 %
2. ¿Identifica los estados de alegría, tristeza, ira, miedo, sorpresa y asco?	96 %	4 %
3. ¿Ha estado internado más de una vez ?	99 %	1 %
4. ¿Padece depresión?		100 %
5. ¿Siente miedo y tristeza cuando está internado?	10 %	90 %
6. Se siente melancólico cuando se encuentra solo o sola dentro de su hospitalización?	4 %	96 %
7. ¿Tiene cambios de humor repentinos?	5 %	95 %
8. ¿Dentro de su hospitalización recibe buen trato por las enfermeras ¿	90 %	10 %
9. ¿Ha sentido comprensión por parte de las enfermeras?	75 %	25 %
10. ¿Cuándo se enfada pierde el control de si mismo?	30 %	70 %
11. ¿Sus emociones se ven dañadas o afectada por la enfermedad pareciente?	12 %	98 %
12. ¿Hay aceptación de su padecimiento?	92 %	9 %
13. ¿Considera que hay amor propio en su persona?	85 %	15 %
14. ¿Otorga valor a la expresión emocional de su persona?	90 %	10 %
15. ¿Evita situaciones potencialmente peligrosas?	70 %	30 %
16. ¿Es capaz de detectar el engaño mediante la interpretación de la expresión facial?	99 %	1 %
17. ¿Cuándo siente ira, reacciona con violencia física?	3 %	97 %
18. ¿Afectan las emociones en sus decisiones?	3 %	97 %
19. ¿¿Cree que el asco tiene una finalidad funcional?	2 %	98 %
20. ¿Es capaz de resolver situaciones que le causen ansiedad?	74 %	36 %
21. ¿Es de su desagrado la actitud poco empática de las enfermeras?	70 %	30 %
22. ¿Mantiene un equilibrio emocional en su vida diaria?	95 %	5 %
23. ¿Siente confianza en las enfermeras para expresar sus emociones?	75 %	35 %
24. ¿Tiene hábitos personales que le han funcionado para salir adelante en su enfermedad?	97 %	3 %
25. ¿Recibe apoyo suficiente par parte de sus familiares para conllevar su enfermedad?	98 %	2 %
26. ¿Dice con toda confianza y franqueza las cosas que le incomodan al personal de enfermería?	76 %	34 %
27. ¿Pide ayuda sin pena?	85 %	15 %
28. ¿Es para usted una batalla día a día permanecer en el hospital?	15 %	85 %
29. ¿Sabe confrontar sus emociones todos los días ‘?	78 %	22 %
30. ¿Siente vergüenza cuando el personal médico y de enfermería revisan diferentes áreas del cuerpo, como área del pecho y gentiles?	80 %	20 %
31. ¿Experimenta miedo ante lo desconocido?	73 %	27 %
32. ¿Expresa sus emociones al instante ¿	70 %	30 %

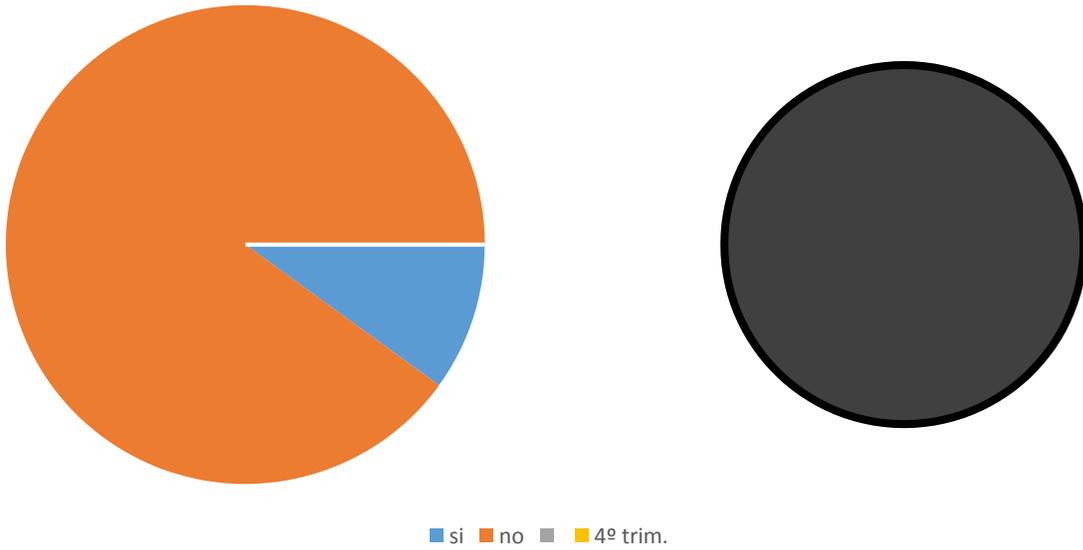
33. ¿Es empático con las emociones del personal médico y enfermero?	75 %	15 %
34. ¿Es capaz de razonar ante una situación de miedo extremo?	28 %	72 %
35. ¿Se plantea el suicidio?	1 %	99 %
36. ¿Siente stress cuando el personal de enfermería no le explica con franqueza lo que le realizan ante un procedimiento?	12 %	88 %
37. ¿Se siente inspirado?	97 %	3 %
38. ¿Conoce alguna persona que le motive a salir adelante y le transmita el positivismo?	80 %	20 %
39. ¿Lo han hecho reír las enfermeras?	60 %	40 %
40. ¿Trata de entablar un buen ambiente con las enfermeras ¿	90 %	10 %
41. ¿Considera que la enfermedad que padece es una enfermedad traumante?	5 %	95 %
42. ¿Se enorgullece de salir adelante con su propia motivación y superación de la enfermedad?	98 %	2 %
43. ¿Ahora cree que la prevención tiene un alto grado de beneficio?	100 %	
44. ¿Considera la hospitalización como un descanso?	75 %	25 %
45. ¿Considera la hospitalización como un martirio?	7 %	93 %
46. ¿Para usted sería bastante bueno que tuviera una atención de relajación dentro de la hospitalización?	99 %	1 %
47. ¿Recibe trato digno por parte del personal de enfermería?	96 %	4 %
48. ¿Ha tenido muy malas experiencias dentro de su hospitalización?	2 %	98 %
49. ¿Para usted hay una enfermera que le brinde atención, inspiración, motivación y admiración?	55 %	45 %

2.10 GRAFICADO

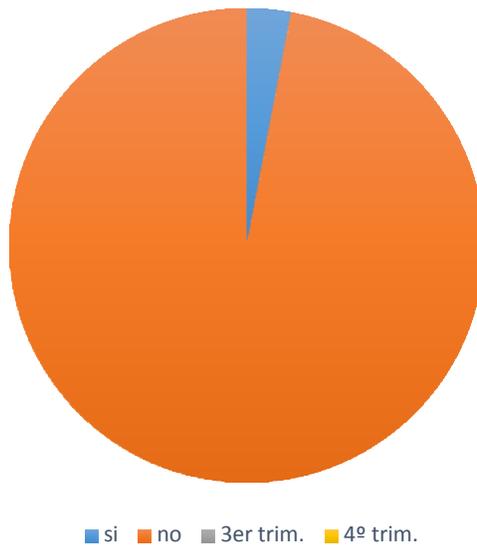




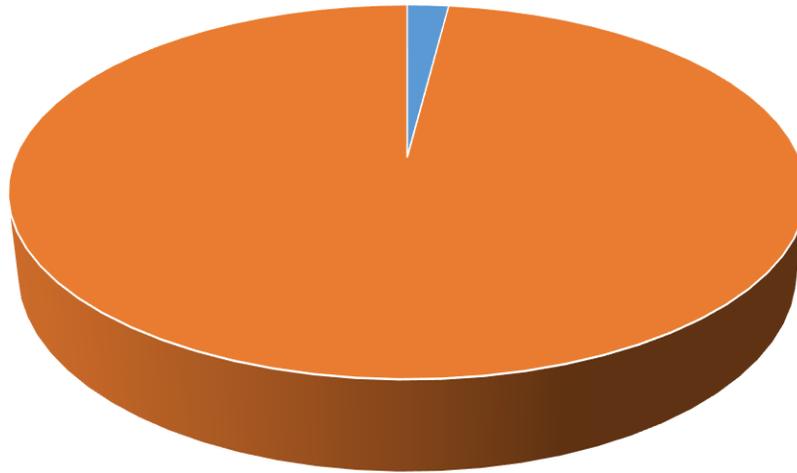
pregunta 5



pregunta 6

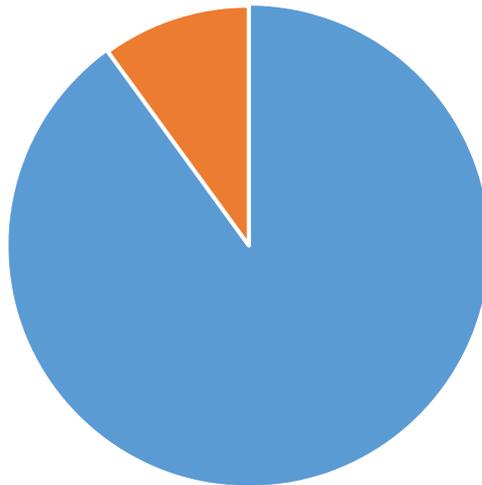


pregunta 7



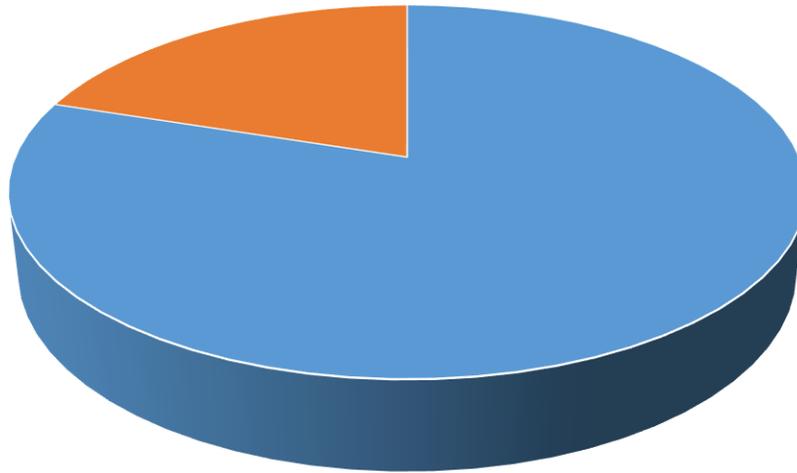
■ si ■ no ■ 4º trim.

pregunta 8



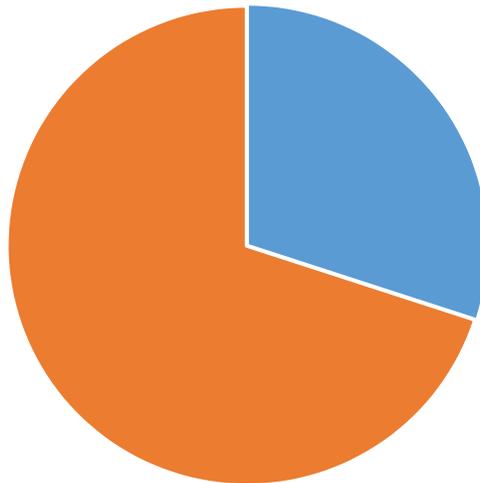
■ si ■ no ■ 4º trim.

pregunta 9



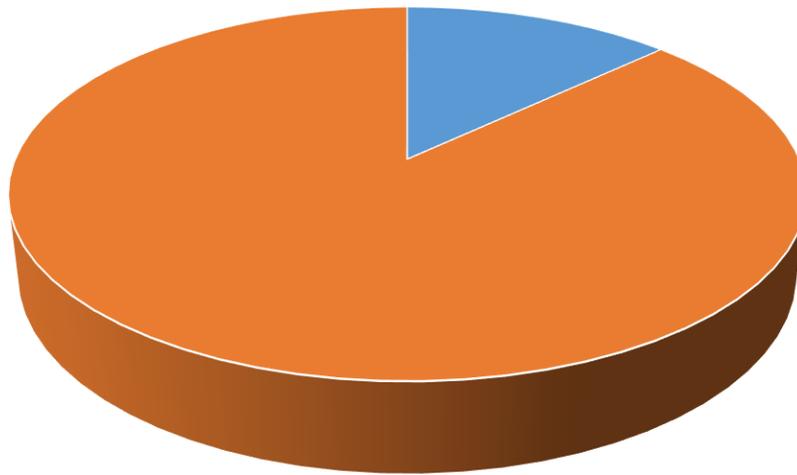
■ si ■ no ■ 3er trim. ■ 4º trim.

pregunta 10



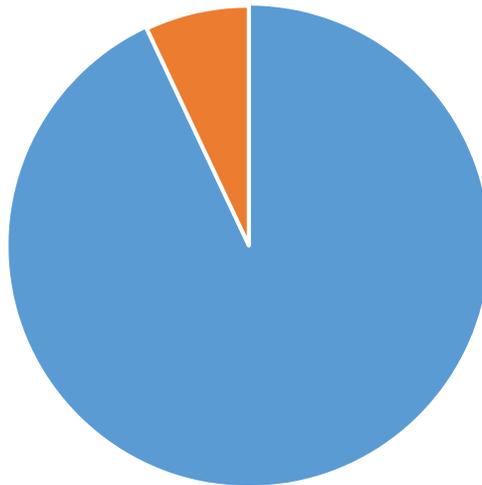
■ si ■ no ■ 4º trim.

pregunta 11



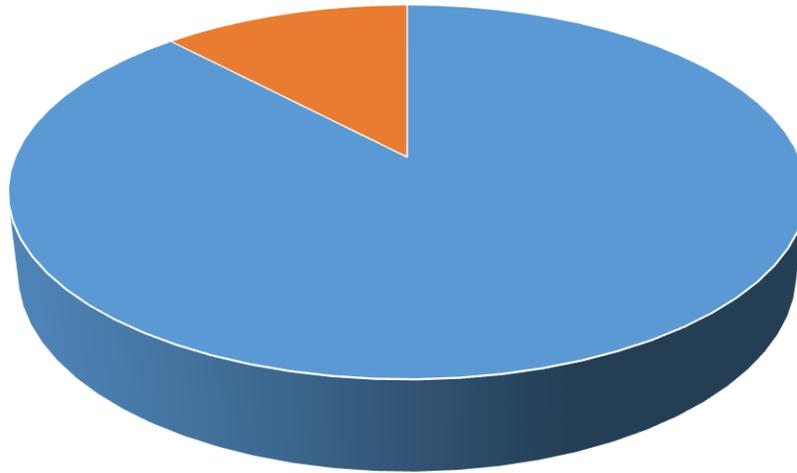
■ si ■ no ■ 4º trim.

pregunta 12



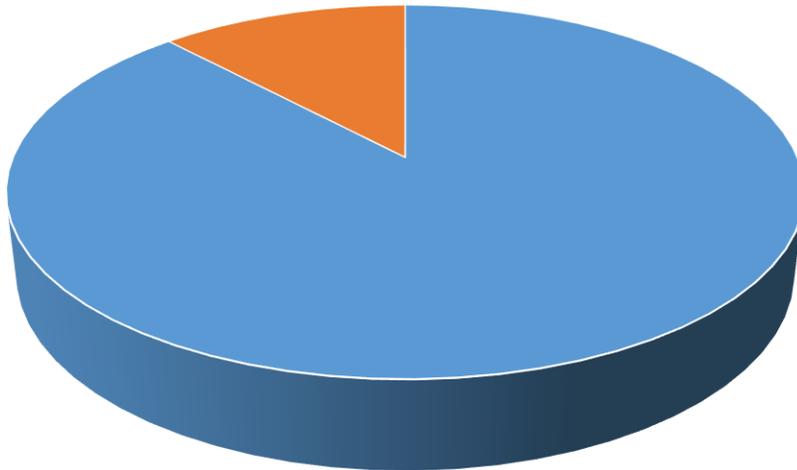
■ si ■ no ■ 4º trim.

pregunta 13

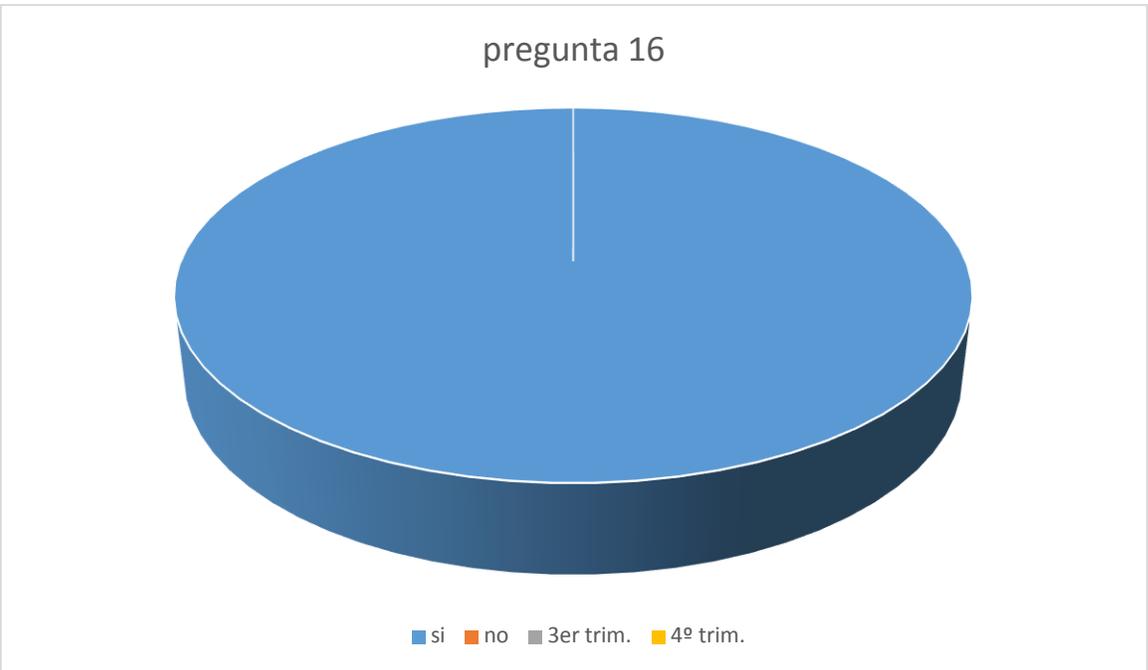
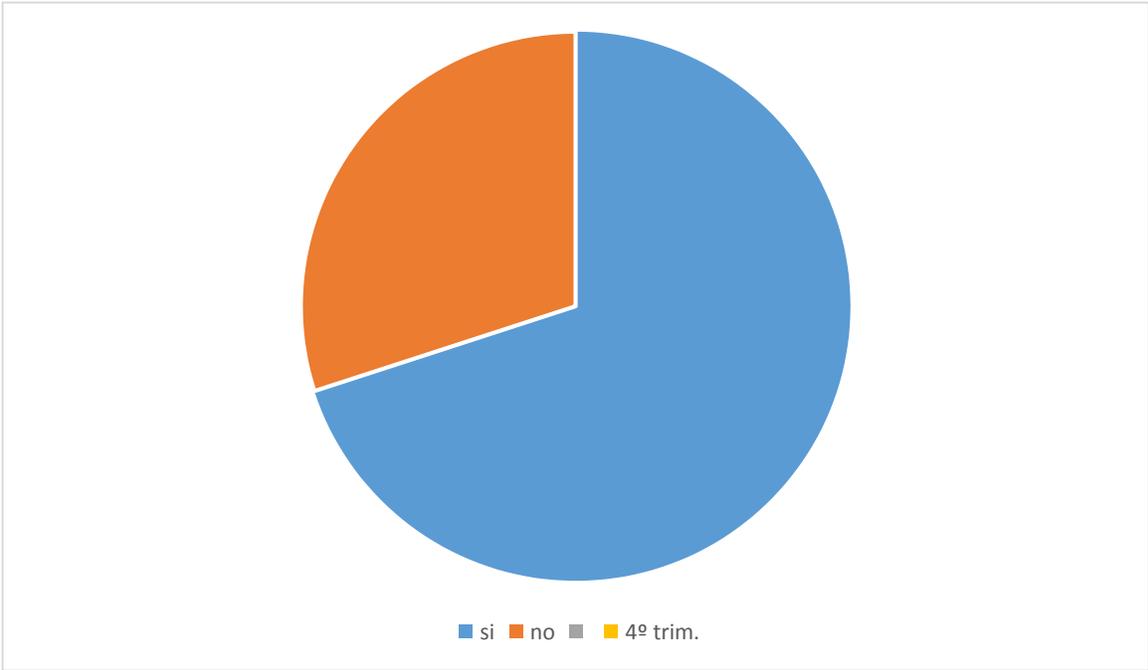


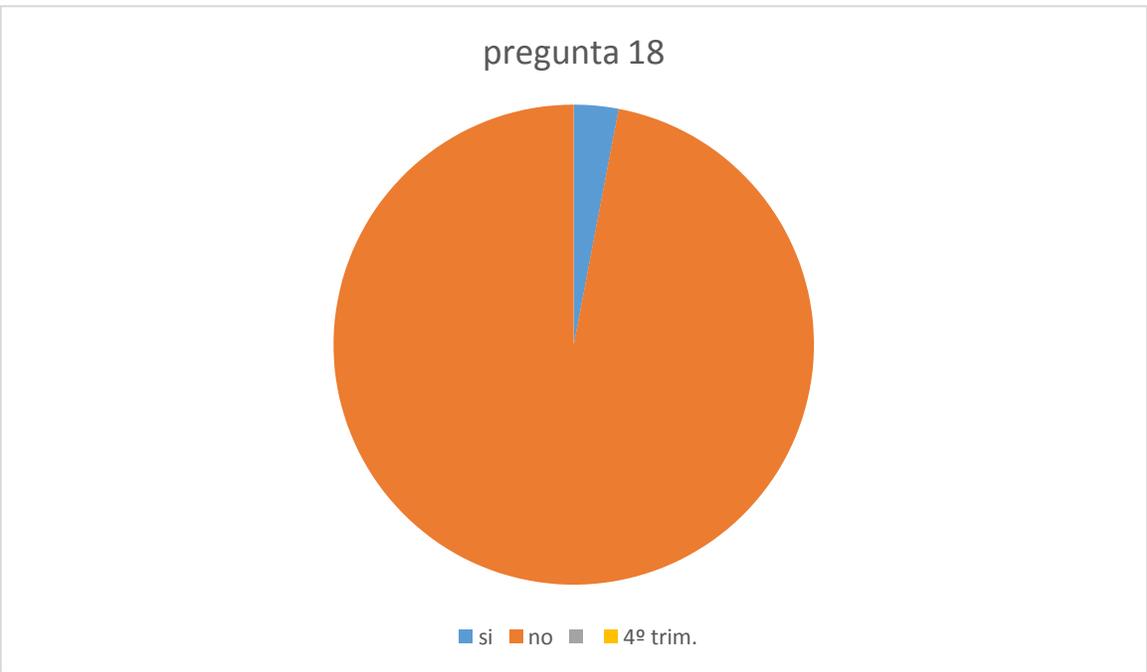
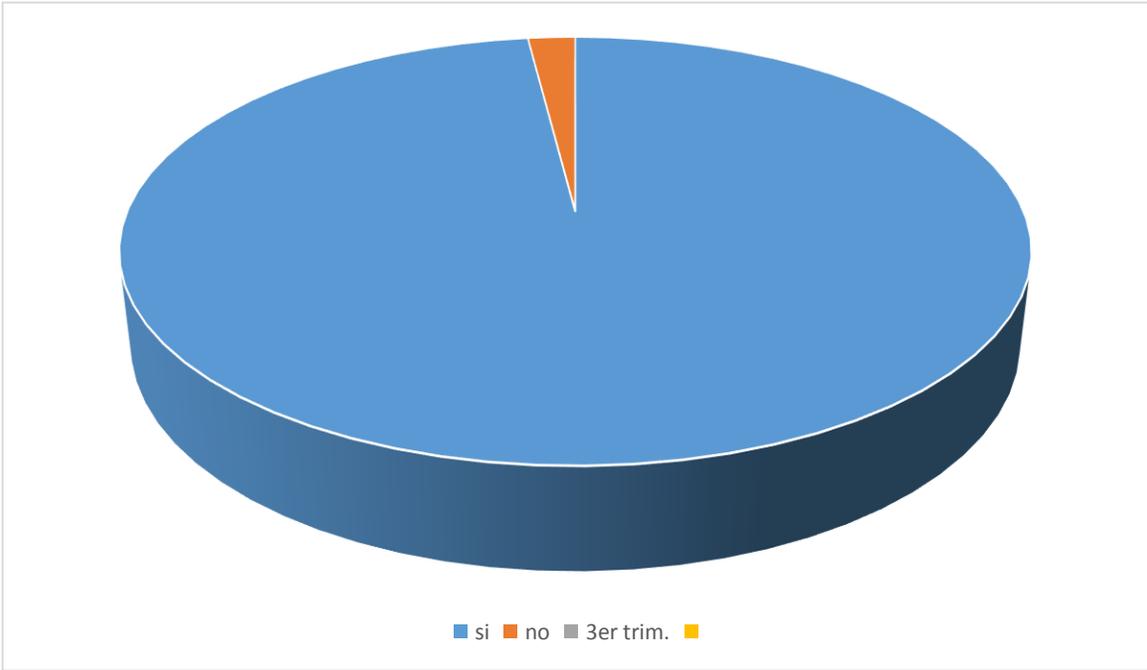
■ si ■ no ■ 4º trim.

pregunta 14

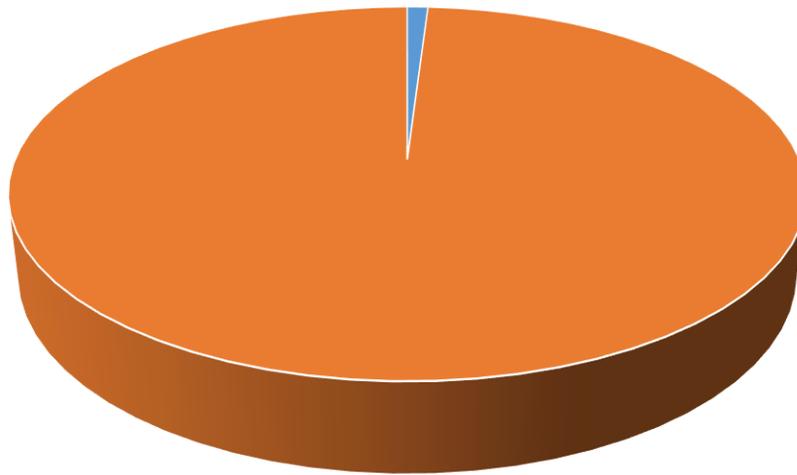


■ si ■ no ■ 4º trim.



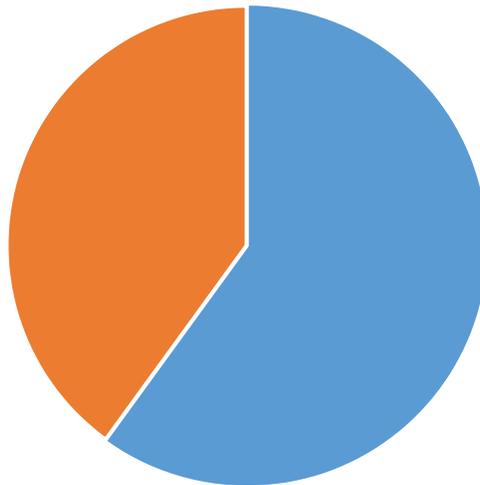


pregunta 19



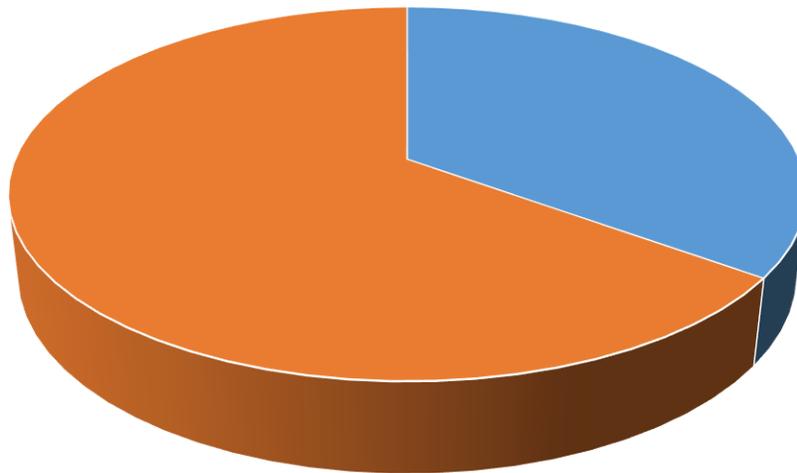
■ si ■ no ■ 4º trim.

pregunta 20



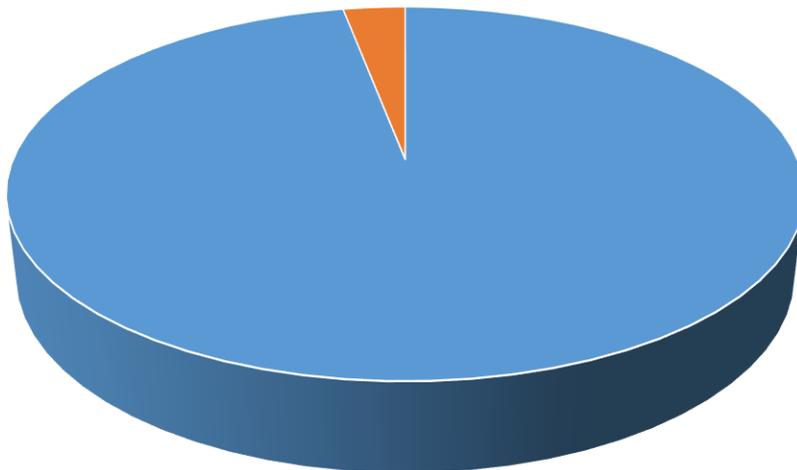
■ si ■ no ■ 4º trim.

pregunta 21



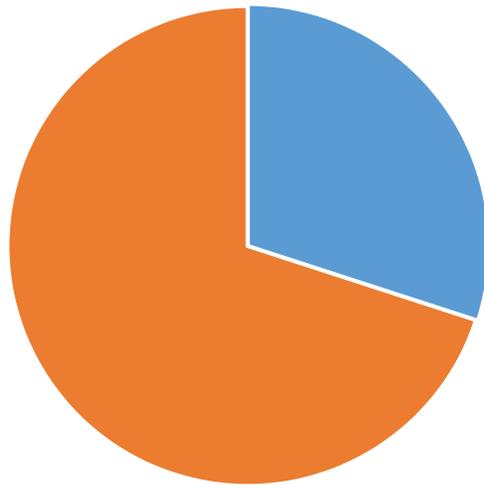
■ si ■ no ■ 4º trim.

pregunta 22



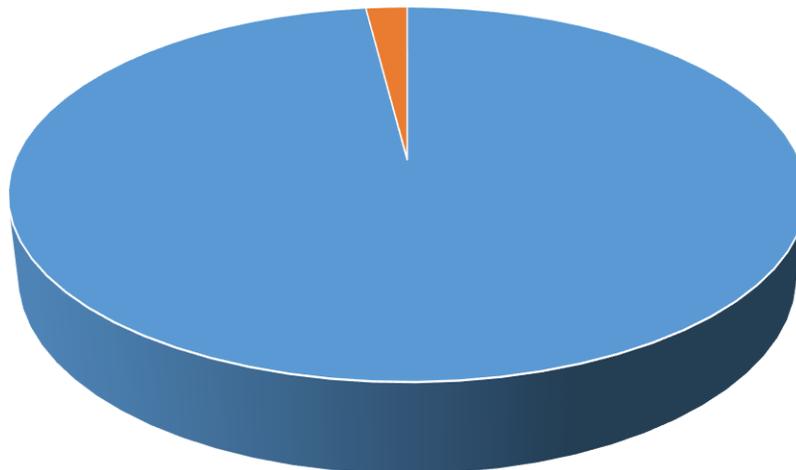
■ si ■ no ■ 4º trim.

pregunta 23



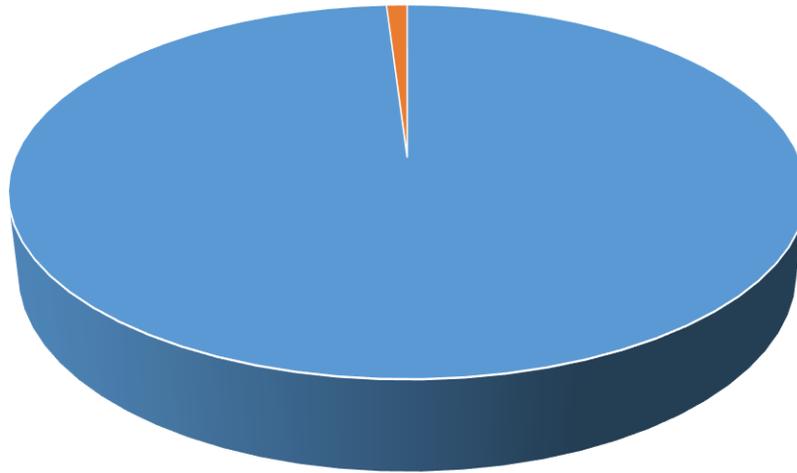
■ si ■ no ■ 4º trim.

pregunta 24



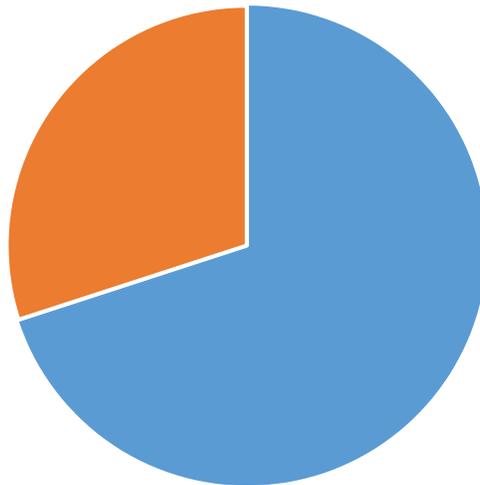
■ si ■ no ■ 4º trim.

pregunta 25



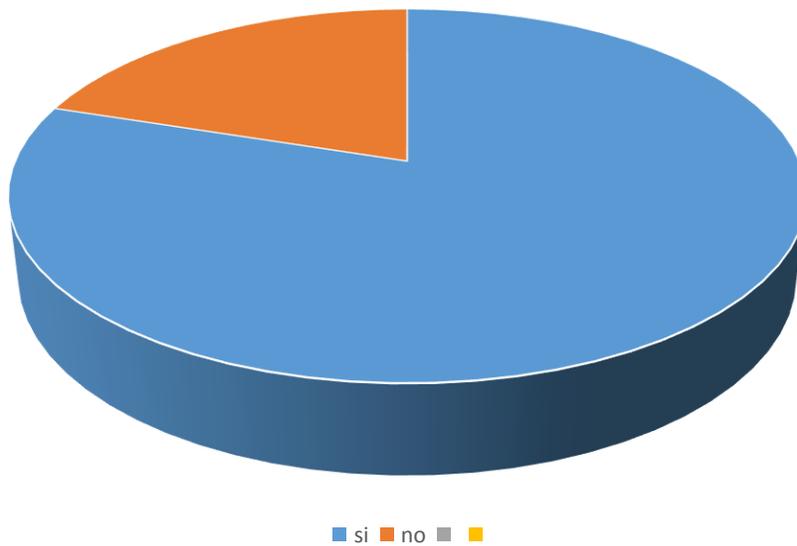
■ si ■ no ■ 4º trim.

pregunta 26

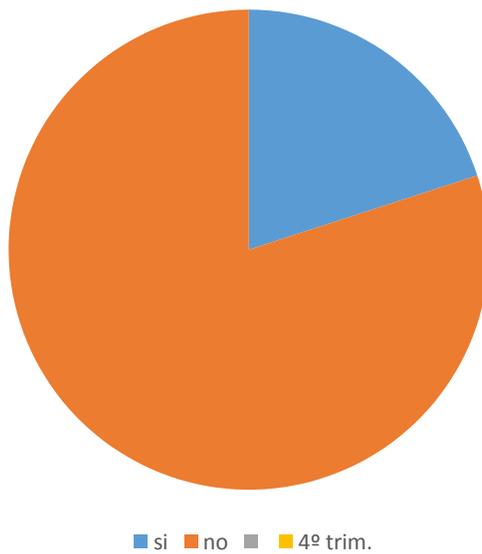


■ si ■ no ■ 4º trim.

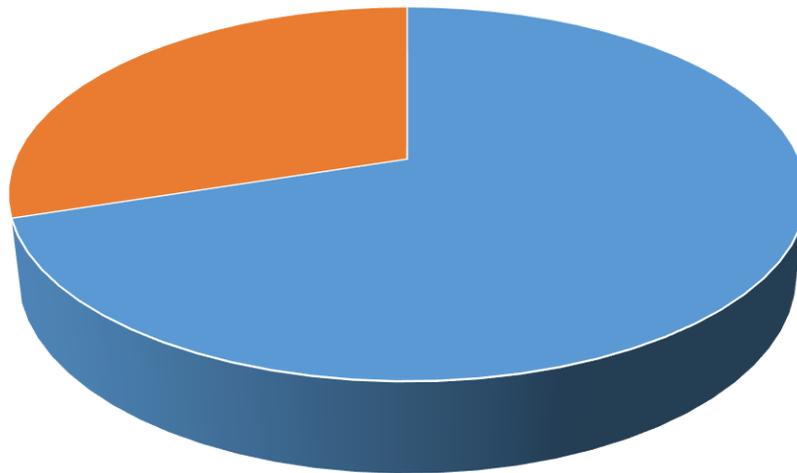
pregunta 27



pregunta 28

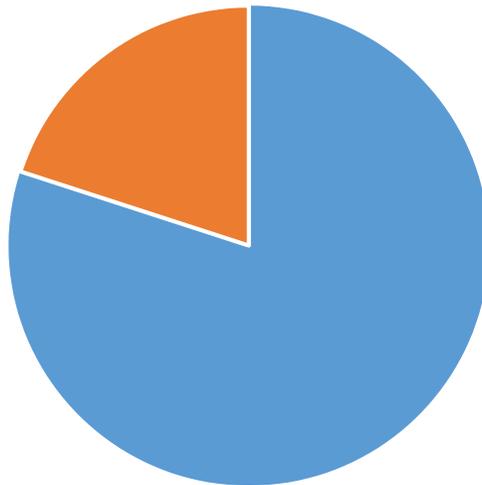


pregunta 29



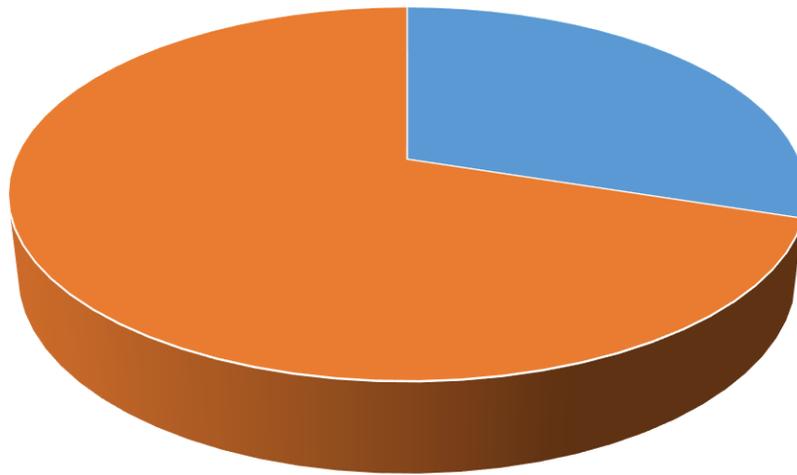
■ si ■ no ■ 4º trim.

pregunta 30



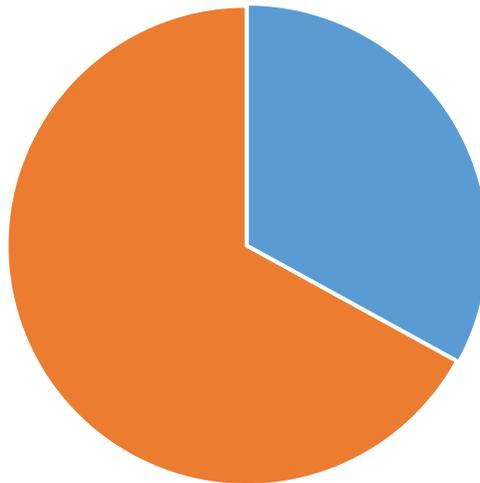
■ si ■ no ■ 4º trim.

pregunta 31



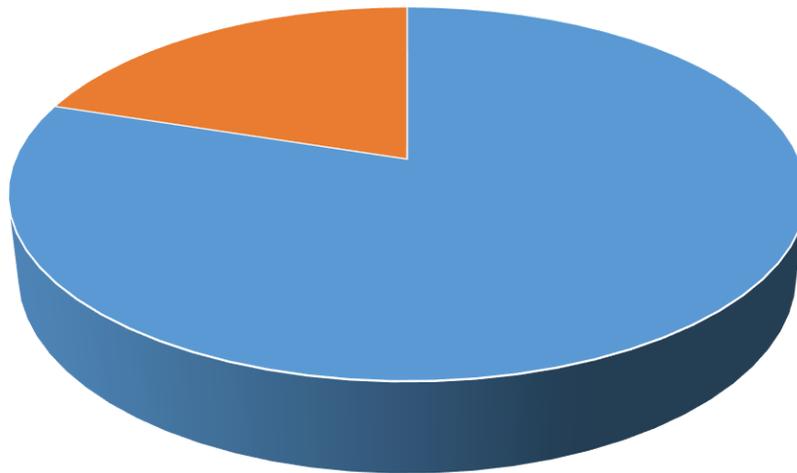
■ si ■ no ■ 4º trim.

pregunta 32



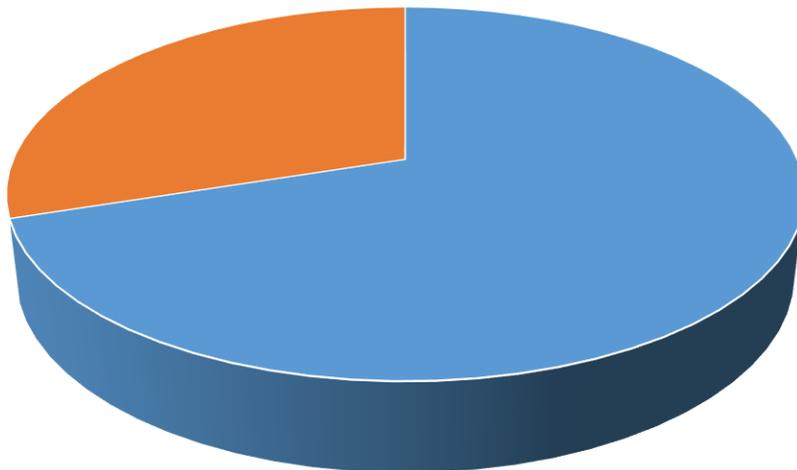
■ si ■ no ■ 4º trim.

pregunta 33



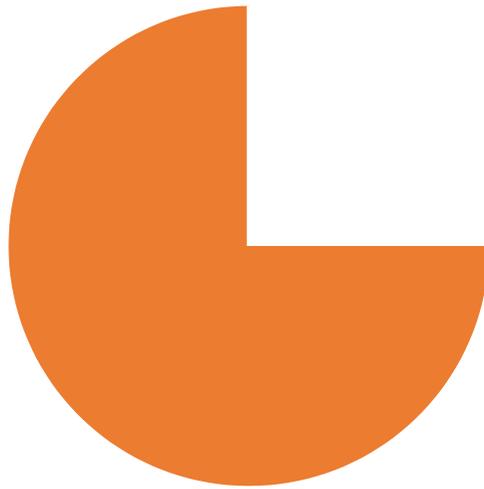
■ si ■ no ■ 4º trim.

pregunta 34



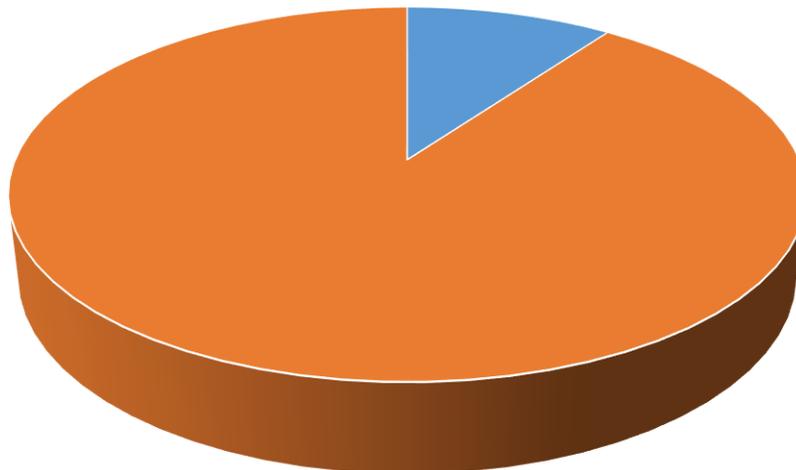
■ si ■ no ■ 4º trim.

pregunta 35



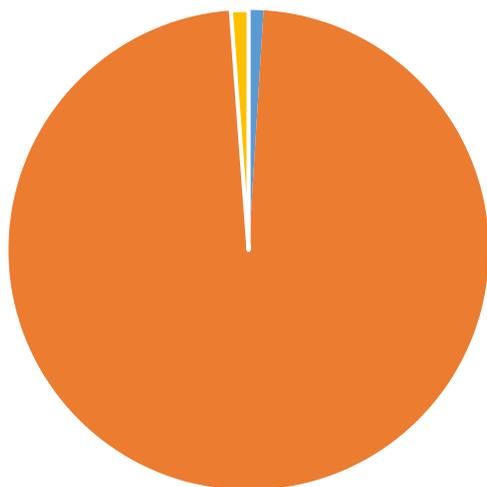
■ si ■ no ■ 4º trim.

pregunta 36



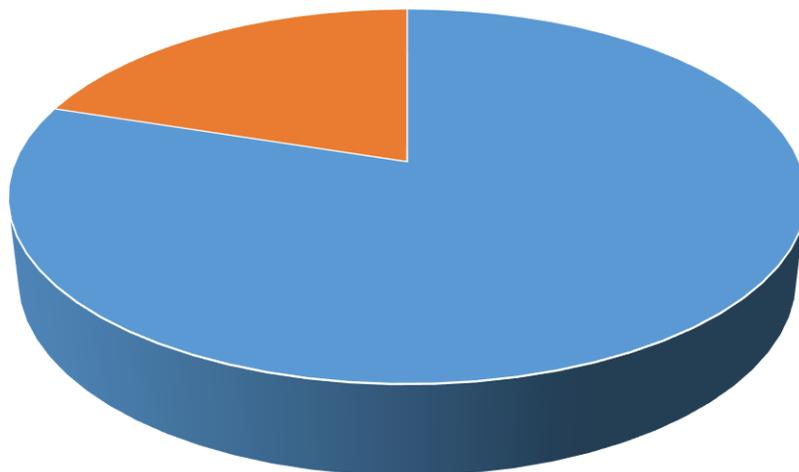
■ si ■ no ■ 4º trim.

pregunta 37



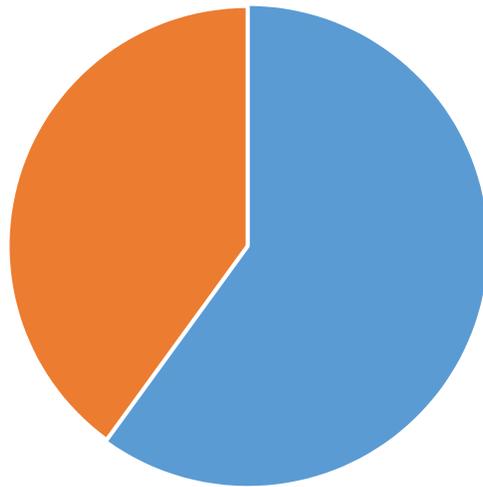
■ si ■ no ■ 4º trim.

pregunta 38



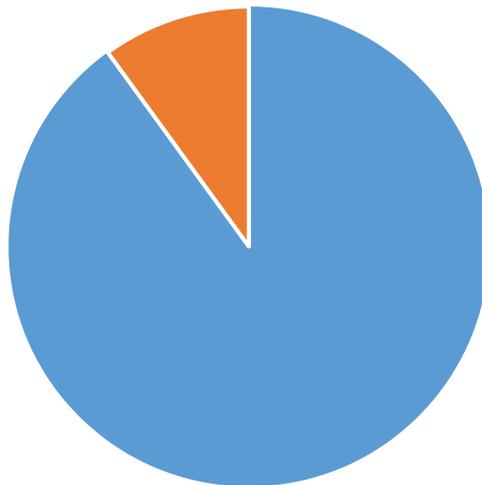
■ si ■ no ■ 4º trim.

pregunta 39



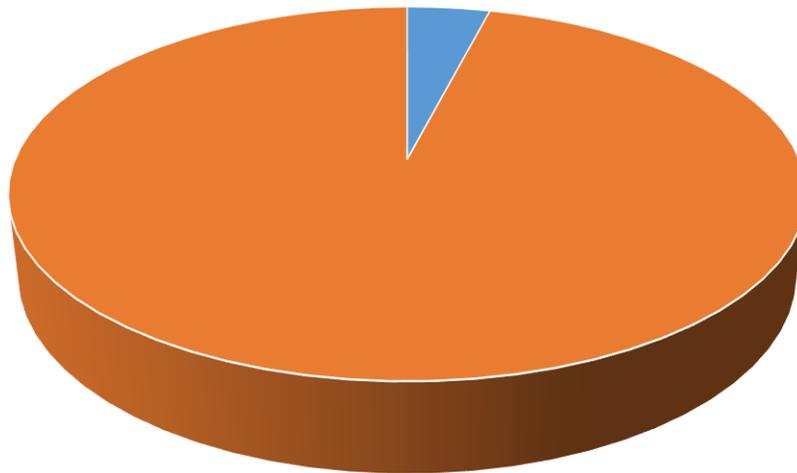
■ si ■ no ■ 4º trim.

pregunta 40



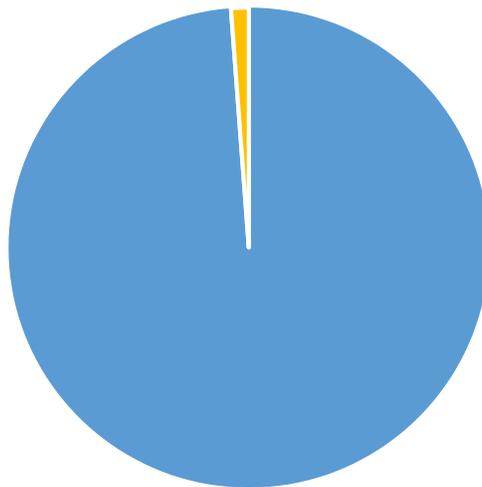
■ si ■ no ■ 4º trim.

pregunta 41



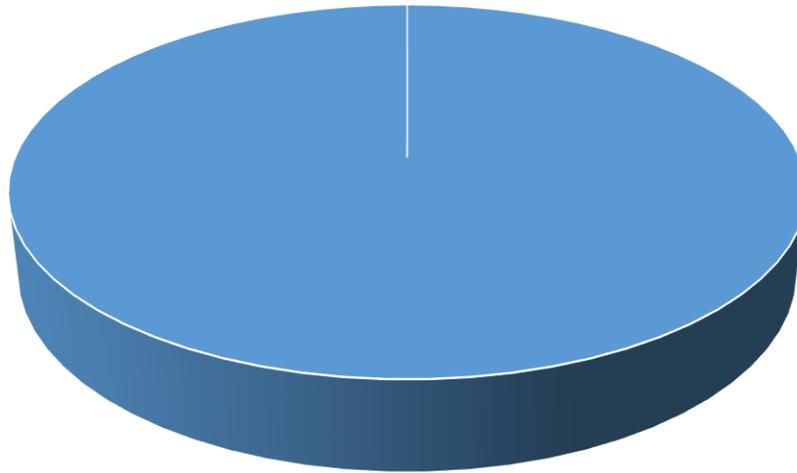
■ si ■ no ■ 4º trim.

pregunta 42



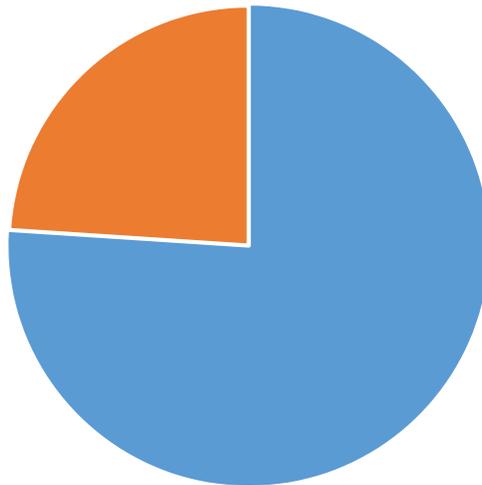
■ si ■ no ■

pregunta 43



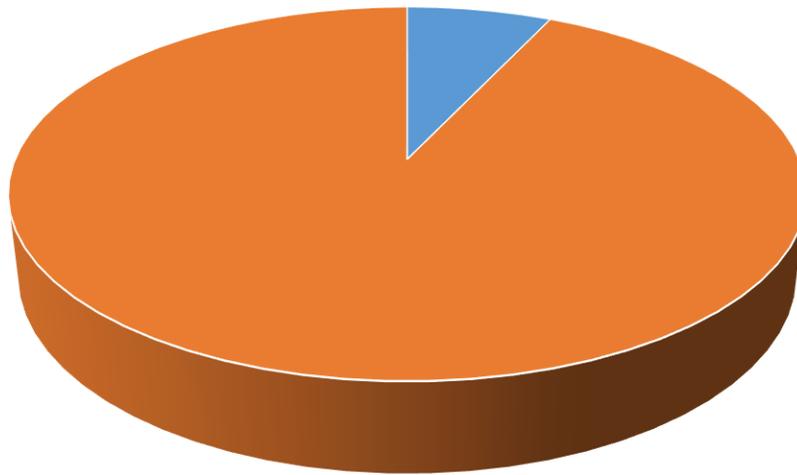
■ si ■ no ■ 4º trim.

pregunta 44



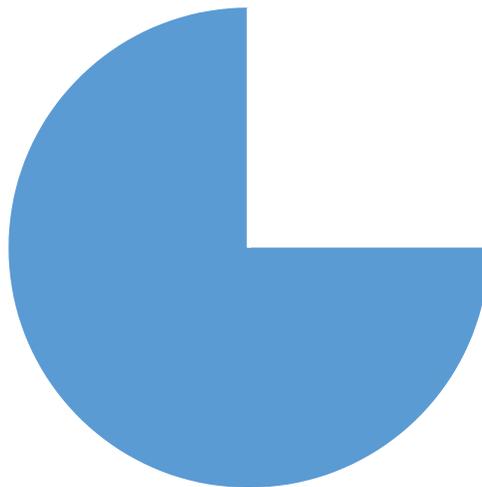
■ si ■ no ■ 4º trim.

pregunta 45



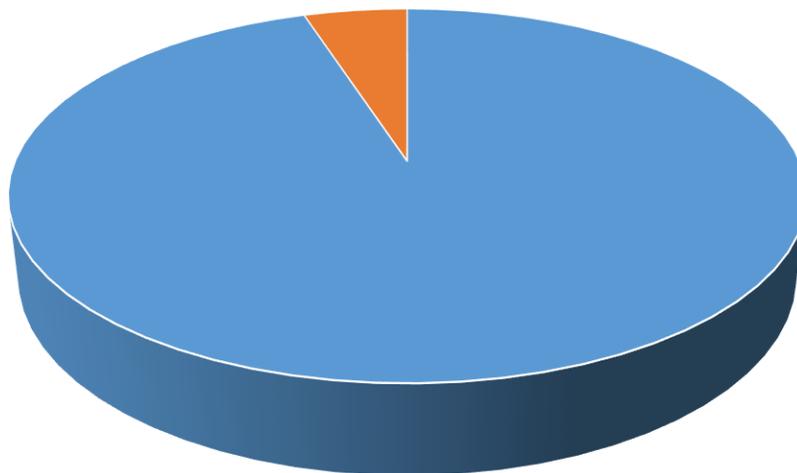
■ si ■ no ■ 4º trim.

pregunta 46



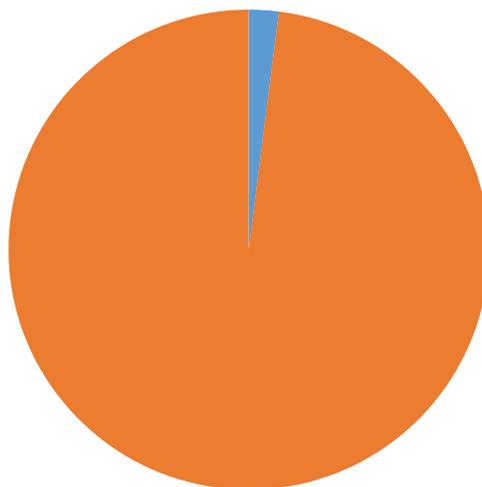
■ si ■ no ■ 4º trim.

pregunta 47



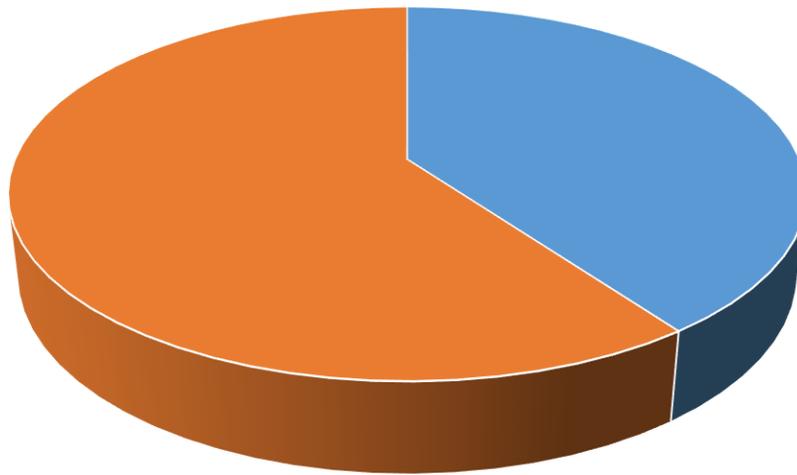
■ si ■ no ■ 3er trim. ■ 4º trim.

pregunta 48



■ si ■ no ■ 4º trim.

pregunta 49



■ si ■ no ■ 4º trim.

### 3. GENERALIDADES

#### 3.1 conceptos

**Emoción**, la raíz latina de la palabra emoción es moveré, formada por el verbo moveré y el prefijo e que implica alejarse, por lo tanto, la etimología sugiere que una emoción es un impulso que nos invita a actuar.

**Las emociones** son estados afectivos que experimentamos. Reacciones subjetivas al ambiente que vienen acompañadas de cambios orgánicos -fisiológicos y endocrinos- de origen innato. La experiencia juega un papel fundamental en la vivencia de cada emoción. Se trata de un estado que sobreviene, súbita y bruscamente, en forma de crisis más o menos violentas y más o menos pasajeras.

**El Internamiento Hospitalario**, es un proceso en el cual intervienen las Áreas Médicas, el Departamento de Admisión, Departamento de Trabajo Social y el Departamento de Tesorería

**Acontecimiento traumático severo:** Aquel experimentado durante o con motivo del trabajo que se caracteriza por la ocurrencia de la muerte o que representa un peligro real para la integridad física de una o varias personas y que puede generar trastorno de estrés postraumático para quien lo sufre o lo presencia. Algunos ejemplos son: explosiones, derrumbes, incendios de gran magnitud; accidentes graves o mortales, asaltos con violencia, secuestros y homicidios, entre otros.

**Apoyo social:** Las acciones para mejorar las relaciones sociales en el trabajo en las que se promueve el apoyo mutuo en la solución de problemas de trabajo entre trabajadores, superiores y/o subordinados. Algunos ejemplos de medidas para constituir un apoyo social práctico y oportuno en el lugar de trabajo son: afianzar la relación supervisores-trabajadores; propiciar la ayuda mutua entre los trabajadores; fomentar las actividades culturales y del deporte, y proporcionar ayuda directa cuando sea necesario, entre otros.

**Autoridad laboral:** Las unidades administrativas competentes de la Secretaría que realizan funciones de inspección y vigilancia en materia de seguridad y salud en el trabajo, y las correspondientes de las entidades federativas, que actúen en auxilio de aquéllas.

**Diagnóstico de seguridad y salud en el trabajo:** La identificación de las condiciones inseguras o peligrosas; de los agentes físicos, químicos o biológicos o de los factores de riesgo ergonómico o psicosocial capaces de modificar las condiciones del ambiente laboral; de los peligros circundantes al centro de trabajo, así como de los requerimientos normativos en materia de seguridad y salud en el trabajo que resulten aplicables.

**Entorno Organizacional Favorable:** Aquel en el que se promueve el sentido de pertenencia de los trabajadores a la empresa; la formación para la adecuada realización de las tareas encomendadas; la definición precisa de responsabilidades para los trabajadores del centro de trabajo; la participación proactiva y comunicación entre trabajadores; la distribución adecuada de cargas de trabajo, con jornadas de trabajo regulares conforme a la Ley Federal del Trabajo, y la evaluación y el reconocimiento del desempeño.

**Factores de Riesgo Psicosocial:** Aquellos que pueden provocar trastornos de ansiedad, no orgánicos del ciclo sueño-vigilia y de estrés grave y de adaptación, derivado de la naturaleza de las funciones del puesto de trabajo, el tipo de jornada de trabajo y la exposición a acontecimientos traumáticos severos o a actos de violencia laboral al trabajador, por el trabajo desarrollado.

Comprenden las condiciones peligrosas e inseguras en el ambiente de trabajo; las cargas de trabajo cuando exceden la capacidad del trabajador; la falta de control sobre el trabajo (posibilidad de influir en la organización y desarrollo del trabajo cuando el proceso lo permite); las jornadas de trabajo superiores a las previstas en la Ley Federal del Trabajo, rotación de turnos que incluyan turno nocturno y turno nocturno sin períodos de recuperación y descanso; interferencia en la relación trabajo-familia, y el liderazgo negativo y las relaciones negativas en el trabajo.

**Medidas de prevención y acciones de control:** Aquellas acciones que se adoptan para prevenir y/o mitigar a los factores de riesgo psicosocial y, en su caso, para eliminar las prácticas opuestas al entorno organizacional favorable y los actos de violencia laboral, así como las acciones implementadas para darles seguimiento.

**Política de prevención de riesgos psicosociales:** La declaración de principios y compromisos que establece el patrón para prevenir los factores de riesgo psicosocial y la violencia laboral, y para la promoción de un entorno organizacional favorable, con el objeto de desarrollar una cultura en la que se procure el trabajo d

**Trabajador:** La persona física que presta a otra, física o moral, un trabajo personal subordinado.

**Trabajo:** Toda actividad humana, intelectual o material, independientemente del grado de preparación técnica requerido por cada profesión u oficio.

**Violencia laboral:** Aquellos actos de hostigamiento, acoso o malos tratos en contra del trabajador, que pueden dañar su integridad o salud.

### **Obligaciones del patrón**

Establecer por escrito, implantar, mantener y difundir en el centro de trabajo una política de prevención de riesgos psicosociales que contemple:

- a) La prevención de los factores de riesgo psicosocial;
- b) La prevención de la violencia laboral, y
- c) La promoción de un entorno organizacional favorable.

**El inconsciente**, cosas que no son accesibles a nuestra consciencia, incluyendo muchas que se habían originado allí, tales como nuestros impulsos o instintos, así como otras que no podíamos tolerar en nuestra mente consciente, tales como las emociones asociadas a los traumas

**El yo**, Menos mal que existe una pequeña porción de la mente a la que nos referimos antes, el consciente, que está agarrado a la realidad a través de los sentidos. Alrededor de esta consciencia, algo de lo que era “cosa” se va convirtiendo en **Yo** en el primer año de vida del niño. El Yo se apoya en la realidad a través de su consciencia, buscando objetos para satisfacer los deseos que el Ello ha creado para representar las necesidades orgánicas.

**El súper yo**, No obstante, aunque el Yo se las ingenia para mantener contento al Ello (y finalmente al cuerpo), se encuentra con obstáculos en el mundo externo. En ocasiones se encuentra con objetos que ayudan a conseguir las metas. Pero el Yo capta y guarda celosamente todas estas ayudas y obstáculos, especialmente aquellas gratificaciones y castigos que obtiene de los dos objetos más importantes del mundo de un niño: mamá y papá. Este registro de cosas a evitar y estrategias para conseguir es lo que se convertirá en Súper yo. Esta instancia no se completa hasta los siete años de edad y en algunas personas nunca se estructurará.

Hay dos aspectos del Súper yó: uno es la consciencia, constituida por la internalización de los castigos y advertencias. El otro es llamado el Ideal del Yo, el cual deriva de las recompensas y modelos positivos presentados al niño. La consciencia y el Ideal del Yo comunican sus requerimientos al Yo con sentimientos como el orgullo, la vergüenza y la culpa.

**Negación,** La Negación se refiere al bloqueo de los eventos externos a la consciencia. Si una situación es demasiado intensa para poder manejarla, simplemente nos negamos a experimentarla. Como podrían suponer, esta defensa es primitiva y peligrosa (nadie puede desatender la realidad durante mucho tiempo). Este mecanismo usualmente opera junto a otras defensas, aunque puede funcionar en exclusiva.

**Represión,** La Represión, defensa que Anna Freud llamó también “olvido motivado” es simplemente la imposibilidad de recordar una situación, persona o evento estresante. Esta defensa también es peligrosa y casi siempre va acompañada de otras más.

**Ascetismo,** Ascetismo es la renuncia de las necesidades es una de las defensas que menos hemos oído hablar, pero se ha puesto nuevamente de moda con la emergencia del trastorno llamado anorexia. Los pre-adolescentes, cuando se sienten amenazados por sus emergentes deseos sexuales, pueden protegerse a sí mismos inconscientemente a través de negar no sólo sus deseos sexuales, sino también todos sus deseos. Así, se embarcan en una vida como si fueran monjes, con una tendencia ascética donde renuncian a cualquier interés sobre lo que los demás renuncian.

**Aislamiento,** El aislamiento (también llamado intelectualización) consiste en separar la emoción (o el afecto. N.T.) de un recuerdo doloroso o de un impulso amenazante. La persona puede reconocer, de forma muy sutil, que ha sido abusada de pequeña, o puede demostrar una curiosidad intelectual sobre su orientación sexual recién descubierta. Algo que debe considerarse como importante, sencillamente se trata como si no lo fuera

**Desplazamiento,** El Desplazamiento es la “redirección” de un impulso hacia otro blanco que lo sustituya. Si el impulso o el deseo es aceptado por ti, pero la persona al que va dirigido es amenazante, lo desvías hacia otra persona u objeto simbólico. Por ejemplo, alguien que odia a su madre puede reprimir ese odio, pero lo desvía hacia, digamos, las mujeres en general. Alguien que no haya tenido la oportunidad de amar a un ser humano puede desviar su amor hacia un gato o un perro. Una persona que se siente incómodo con sus deseos sexuales hacia alguien, puede derivar este deseo a un fetiche. Un hombre frustrado por sus superiores puede llegar a casa y empezar a pegar al perro o a sus hijos o establecer discusiones acaloradas.

**Autoagresión,** Agresión contra el propio ser (Utilizaremos aquí el propio término en inglés para referirnos al “sí mismo, Es una forma muy especial de desplazamiento y se establece cuando la persona se vuelve su propio blanco sustitutivo. Usualmente se usa cuando nos referimos a la rabia, irritabilidad y la agresión, más que a impulsos más positivos.

**Proyección,** Proyección o desplazamiento hacia fuera, como Anna Freud le llamó, es casi completamente lo contrario de la agresión contra el propio. Comprende la tendencia a ver en los demás aquellos deseos inaceptables para nosotros. En otras palabras; los deseos permanecen en nosotros, pero no son nuestros. Confieso que cuando oigo a alguien hablar sin parar sobre cómo está de agresiva nuestra sociedad o cómo está aquella persona de pervertida, no puedo dejar de preguntarme si esta persona no tiene una buena acumulación de impulsos agresivos o sexuales que no quiere ver en ella misma.

**Rendición,** La Rendición altruista es una forma de proyección que parece a primera vista como lo opuesto: aquí, la persona intenta llenar sus propias necesidades de forma vicaria a través de otras gentes.

**Reacción o creencia en lo opuesto,** La Formación reactiva, o “creencia en lo opuesto”, como Anna Freud llamó, es el cambio de un impulso inaceptable por su contrario. Así, un niño. Enfadado con su madre, puede volverse un niño muy preocupado por ella y demostrarle mucho cariño. El niño que sufre abusos por parte de un progenitor, se vuelve hacia él corriendo. O alguien que no acepta un impulso homosexual, puede repudiar a los homosexuales.

**Anulación Retroactiva,** La Anulación Retroactiva comprende rituales o gestos tendientes a cancelar aquellos pensamientos o sentimientos displacenteros después de que han ocurrido. Por ejemplo, Anna Freud mencionaba a un niño que recitaba el alfabeto al revés siempre que tenía un pensamiento sexual, o que se volvía y escupía cuando se encontraba con otro niño que compartiese su pasión por la masturbación.

En personas “normales”, la anulación retroactiva es, por supuesto, más consciente, pidiendo formalmente excusas o estableciendo actos de expiación. Pero, en algunas personas los actos de expiación no son conscientes en absoluto.

**Introyección,** La Introyección, muchas veces llamada identificación, comprende la adquisición o atribución de características de otra persona como si fueran de uno, puesto que hacerlo, resuelve algunas dificultades emocionales. Por ejemplo, si se le deja solo a un niño con mucha frecuencia, él intenta convertirse en “papá” de manera de disminuir sus temores.

**Identificación con el Agresor,** Es una versión de la introyección que se centra en la adopción no de rasgos generales o positivos del objeto, sino de negativos. Si uno está asustado con respecto a alguien, me convierto parcialmente en él para eliminar miedo.

Dos de mis hijas, las cuales se han criado con un gato de bastante mal genio, recurren muchas veces a maullar y chillar para evitar que salga repentinamente de un armario o de una esquina oscura y vaya a morderle los tobillos.

**Regresión,** La Regresión constituye una vuelta atrás en el tiempo psicológico cuando uno se enfrenta a un estrés. Cuando estamos en problemas o estamos atemorizados, nuestros comportamientos se tornan más infantiles o primitivos.

**Racionalización,** El mecanismo de Racionalización es la distorsión cognitiva de los “hechos” para hacerlos menos amenazantes. Utilizamos esta defensa muy frecuentemente cuando de manera consciente explicamos nuestros actos con demasiadas excusas. Pero, para muchas personas con un Yo sensible, utilizan tan fácilmente las excusas, que nunca se dan cuenta de ellas. En otras palabras, muchos de nosotros estamos bastante bien preparados para creernos nuestras mentiras.

**Sublimación,** La Sublimación es la transformación de un impulso inaceptable, ya sea sexo, rabia, miedo o cualquier otro, en una forma socialmente aceptable, incluso productiva. Por esta razón, alguien con impulsos hostiles puede desarrollar actividades como cazar, ser carnicero, jugador de rugby o fútbol o convertirse en mercenario. Una persona que sufre de gran ansiedad en un mundo confuso puede volverse un organizado, o una persona de negocios o un científico. Alguien con impulsos sexuales poderosos puede llegar a ser fotógrafo, artista, un novelista y demás. Para Freud, de hecho, toda actividad creativa positiva era una sublimación, sobre todo de la pulsión sexual.

**Atmósfera relajada,** El cliente debe sentirse libre de expresar lo que quiera. La situación terapéutica es, de hecho, una situación social única, en la que uno no se debe sentir miedoso ante un juicio social u ostracismo. De hecho, en la terapia freudiana, el terapeuta prácticamente desaparece. Añada a esta situación un diván cómodo, luces tenues, paredes insonorizadas, y el ámbito está servido.

**Asociación libre,** El cliente puede hablar de cualquier cosa. La teoría de Freud dice que, con una buena relajación, los conflictos inconscientes inevitablemente surgirán al exterior. Si nos detenemos un poco aquí, no hay que ir tan lejos para observar una similitud entre esta terapia y el soñar. Sin embargo, en la terapia, existe un terapeuta que está entrenado para reconocer ciertos aspectos o pistas de problemas y sus soluciones que el cliente pasa por alto.

**Resistencia,** Una de estas pistas es la resistencia. Cuando el cliente intenta cambiar de tema, o su mente se le queda en blanco, se duerme, llega tarde o falta a una sesión, el terapeuta dice “¡Ajá!”. Estas resistencias sugieren que el cliente, a través de sus asociaciones libres, está cercano a contenidos inconscientes que vive como amenazantes.

**Análisis de los sueños.** Mientras dormimos, presentamos menos resistencia a nuestro inconsciente y nos permitiremos algunas licencias, de manera simbólica,

que florecerán en nuestra consciencia. Estos deseos del Ello proveen al cliente y al terapeuta de mayores pistas. Muchas formas de terapia usan los sueños en sus prácticas, pero la interpretación freudiana es distinta en tanto tendencia a hallar significados sexuales en ellos.

### **3.2. Las civilizaciones griegas y romana**

Autoritarismo. Es la visión que se tiene del enfermo mental donde se refiere que éste pertenece a una clase inferior y requiere de un manejo coercitivo. Benevolencia. Es la visión paternalista y amable hacia los enfermos mentales cuyos orígenes se derivan de la religión y el humanismo, más que de la ciencia. Destructividad social. Su creencia central radica en que el enfermo mental es una amenaza social, particularmente hacia la familia y por lo tanto debe ser restringido su funcionamiento, tanto durante como después de la hospitalización. Ideología de la comunidad hacia la enfermedad mental. Es la que mide el grado de adherencia de un individuo a la ideología que prevalece en la comunidad sobre la enfermedad mental, incluye la idea de que son los enfermos mentales quienes buscan activamente ayuda psiquiátrica, la orientación de los recursos comunitarios al trabajo con pacientes y los esfuerzos preventivos, vía intervención ambiental.

Historia de las Civilizaciones. Etimológicamente, la palabra “civilización” deriva indirectamente del latín (ciudadano) a través de civil y civilizar. Las civilizaciones hacen referencia no sólo a los valores culturales, éticos o de cualquier otro tipo que sustentan la sociedad, sino también a sistemas o mecanismos de organización de la misma.

Tienen, por eso, que ver con la cultura y la educación, pero también, y en gran medida, con el poder. Cada civilización es una entidad cultural que aglutina un sentido más o menos consciente de unidad, y que agrupa en su seno a varias naciones y pueblos distintos.

A continuación, haremos un recorrido por la historia de las civilizaciones más importantes de nuestra historia.

**Civilización Egipcia.** Este acontecimiento no representó el primer período de dominación extranjera, pero fue el que condujo a una transformación gradual en la vida política y religiosa del valle del Nilo, marcando el final del desarrollo independiente de su cultura.

Su identidad cultural había comenzado a diluirse paulatinamente tras las conquistas de los reyes de Babilonia (siglo VI a. C.) y Macedonia (siglo IV a. C.), desapareciendo su religión con la llegada del cristianismo, en la época de Justiniano I, cuando en 535 fue prohibido el culto a la diosa Isis, en el templo de Filé.

**Civilización Griega.** Los habitantes de la antigua Grecia se llamaban a sí mismos helenos, y a su tierra, Grecia, la llamaban la Hélade. El territorio de la Grecia antigua coincide aproximadamente con el actual, pero para completar el mundo helénico es

preciso añadir las costas egeas de Asia Menor, así como las del sur de Italia y la isla de Sicilia.

La historia y la cultura griegas están íntimamente relacionadas con el paisaje. La Grecia continental es prácticamente una cadena montañosa que se hunde en el Mar Egeo, cuyas numerosas islas no son más que las cimas de esta cordillera sumergida.

Este fenómeno ha dado lugar a unas líneas costeras muy recortadas y abruptas, con abundantes penínsulas y pequeñas islas próximas, además de unos valles interiores cerrados y de difícil acceso. Las llanuras, por el contrario, son escasas y de pequeña extensión.

El nexo de unión de estas diferentes áreas es el mar, vía de enlace de los diferentes territorios y factor de expansión del mundo griego. La escasez de terreno fértil obligará al griego antiguo a buscar nuevas tierras que alimenten a la población sobrante. De ahí la vocación comercial del pueblo heleno o la colonización de nuevos territorios, que caracterizarán a la Grecia antigua, una de las más importantes civilizaciones.

Pero el paisaje griego, con ser importante, no ayuda por sí solo a explicar el maravilloso legado cultural helénico. El racionalismo como actitud ante la vida. La consideración del hombre como medida de todas las cosas, el amor a la belleza y un elevado sentido estético o la democracia como sistema político. Son valores espirituales presentes en nuestro mundo. “Opino que es justo favorecer al pueblo en general en detrimento de los nobles y los ricos, porque es el pueblo quien, al dar los hombres para la marina y el comercio, constituye la fuerza de Atenas”.

En consecuencia, justo es que participe de los cargos que dependen de una elección”, dirá Jenofonte en el siglo IV. Estos valores, sin duda una deuda reconocible con el mundo griego, no surgen de manera repentina, sino que son el fruto de evolución de casi 3.000 años.

Durante estos tres milenios, pueblos diferentes poblaron las tierras de la Hélade. Desde el año 3000 a.C., en que finaliza el Neolítico, hasta el 1100 antes de nuestra Era. Se desarrolla la Edad del Bronce. En esta etapa emergen sucesivamente tres grandes culturas. La primera, la Cicládica, tiene como característica principal el desarrollo de un floreciente comercio.

Mucho más importante será la cultura minoica, cuyo núcleo es la isla de Creta. Alrededor del 1900 a.C. surgen grandiosos palacios en Cnosós y Festo. Imponentes residencias reales con cientos de habitaciones, algunas de ellas bellísimamente decoradas con frescos vivos y coloristas. Los palacios cretenses señalan la aparición de un poder absoluto. Sustentado económicamente por una intensa actividad comercial, basada en el intercambio de suntuosos objetos de artesanía.

**Roma y su Imperio.** Según la leyenda, Roma fue fundada en el año 753 a.C. por los gemelos Rómulo y Remo, que habían sido amamantados por una loba. Roma se situó a orillas del Tíber, en un punto donde el río se estrecha. Asentada sobre el monte Palatino, era un lugar de paso para rutas comerciales como la Vía Salaria y otras calzadas.

En su origen, Roma fue una aldea de pastores provenientes de los montes Albanos y Sabinos. En algo más de 200 años, los romanos conseguirán liberarse de los etruscos. Poco a poco iniciarán su expansión, primero por la costa del mar Tirreno; más tarde ocupando toda la Italia central y, finalmente, tomando la Magna Grecia.

Periodos de la civilización Romana

En la Historia de Roma se distinguen tres grandes periodos: Monarquía, República e Imperio.

La Monarquía se extiende desde el siglo VIII hasta finales del siglo VI a.C. Época de fuerte influencia etrusca, en ella surge el Estado romano y se crea un nuevo sistema político.

En el año 509 a.C. los romanos, libres ya del yugo etrusco, instituyeron la República. En el siglo III, una vez conseguida la unidad de Italia, comienza la expansión del Estado romano por el Mediterráneo, en la que los romanos deberán derrotar a su gran rival, Cartago, en las llamadas guerras púnicas. La primera de ellas, entre los años 264 y 241 a.C., se salda con el paso a manos romanas de las islas de Córcega, Cerdeña y Sicilia.

En la Segunda Guerra Púnica, el cartaginés Aníbal derrotará a los romanos en Tesino, Trebia, Trasimeno y Cannas. En respuesta, Publio Cornelio Escipión partió en dirección a Hispania y venció a los cartagineses en Ilipa. Con la batalla de Zama, en el año 202, Roma vencerá a su principal enemigo, convirtiéndose en la primera potencia del Mediterráneo.

En la Roma republicana, el Foro era el centro de la vida política y pública. Atravesado por la Cloaca Máxima, que vertía sus aguas en el Tíber, cerca se encontraba el templo de Vesta, en el que las sacerdotisas debían mantener el fuego sagrado. En el periodo republicano, además, se construyeron otros importantes templos.

La gran figura de la Roma republicana será Cayo Julio César. En el año 59 a.C. César conquista las Galias, iniciando un periodo de expansión que hará que Roma, a su muerte en el año 44 a.C., controle prácticamente todo el Mediterráneo, desde Hispania hasta Siria. La armada romana, la más poderosa del momento, hace llegar a sus temibles legiones a los puntos más alejados del Mediterráneo. Sus campamentos se establecen en las provincias bajo control y consiguen imponer el poder de Roma por todo el territorio.

**Cultura Precolombina.** Entre los años 1500 a.C. y 1500 d.C. se desarrolla en las dos grandes áreas culturales, Mesoamérica y el área andina, lo más importante de la América indígena desde el punto artístico y cultural.

Esta evolución se divide tradicionalmente en tres etapas. En la primera, que llega hasta el comienzo de la era cristiana, hay que destacar las culturas aldeanas que se sitúan en el valle de México, por un lado, y en la cuenca del río Guayas y la inmediata costa del Pacífico, por otro. La fabricación de figurillas rituales es su principal característica. Por otra parte, en la costa del Golfo de México y el Callejón del Huaylas, en Perú, surgen casi simultáneamente las dos primeras civilizaciones americanas: la Olmeca, en México, y la Chavín, en Perú.

La etapa clásica, que abarca aproximadamente entre los siglos III y XI, es el momento de mayor esplendor artístico y cultural. En Mesoamérica surgen la civilización teotihuacana en el centro de México, la zapoteca en el Valle de Oaxaca y la maya en la cuenca de los ríos Usumacinta y Motagua, en la región del Petén, en Guatemala.

El clasicismo andino se plasma en civilizaciones como la Mochica y la Nazca, en la costa peruana; y la civilización de Tiahuanaco, en la región del lago Titicaca.

Finalmente, el periodo postclásico llega hasta aproximadamente el 1500, caracterizado por el auge del militarismo y el incremento de poder de los comerciantes. Este periodo está representado en Mesoamérica por las civilizaciones tolteca, en el centro de México, y maya-tolteca, en el sur. Éstas facilitan el desarrollo del posterior imperio Azteca. Mientras, en el área andina, las culturas Wari, Chimú o Ica culminarán en el imperio Inca.

### **3.3 la edad media**

La Edad Media, Medievo o Medioevo, es el período histórico de la civilización occidental comprendido entre el siglo V y el XV. Convencionalmente, su inicio se sitúa en el año 476 con la caída del Imperio romano de Occidente y su fin en 1492 con el descubrimiento de América,<sup>1</sup> o en 1453 con la caída del Imperio bizantino, fecha que tiene la singularidad de coincidir con la invención de la imprenta, la publicación de la Biblia de Gutenberg y con el fin de la guerra de los Cien Años.

A día de hoy, los historiadores del período prefieren matizar esta ruptura entre Antigüedad y Edad Media de manera que entre los siglos III y VIII se suele hablar de Antigüedad Tardía, que habría sido una gran etapa de transición en todos los ámbitos: en lo económico, para la sustitución del modo de producción esclavista por el modo de producción feudal; en lo social, para la desaparición del concepto de ciudadanía romana y la definición de los estamentos medievales, en lo político para la descomposición de las estructuras centralizadas del Imperio romano que dio paso a una dispersión del poder; y en lo ideológico y cultural para

la absorción y sustitución de la cultura clásica por las teocéntricas culturas cristiana o islámica (cada una en su espacio).<sup>2</sup>

Suele dividirse en dos grandes períodos: Temprana o Alta Edad Media (ss. V-X, sin una clara diferenciación con la Antigüedad Tardía); y Baja Edad Media (ss. XI-XV), que a su vez puede dividirse en un periodo de plenitud, la Plena Edad Media (ss. XI-XIII), y los dos últimos siglos que presenciaron la crisis del siglo XIV.

Aunque hay algunos ejemplos de utilización la Edad Antigua identificada con el arte y la cultura de la civilización grecorromana de la Antigüedad clásica y la renovación cultural de la Edad Moderna en la que él se sitúa que comienza con el Renacimiento y el Humanismo. La popularización de este esquema ha perpetuado un preconcepto erróneo: el de considerar a la Edad Media como una época oscura, sumida en el retroceso intelectual y cultural, y un aletargamiento social y económico secular (que a su vez se asocia con el *feudalismo* en sus rasgos más oscurantistas, tal como se definió por los revolucionarios que combatieron el Antiguo Régimen). Sería un periodo dominado por el aislamiento, la ignorancia, la teocracia, la superstición y el miedo milenarista alimentado por la inseguridad endémica, la violencia y la brutalidad de guerras e invasiones constantes y epidemias apocalípticas.

Sin embargo, en este largo período de mil años hubo todo tipo de hechos y procesos muy diferentes entre sí, diferenciados temporal y geográficamente, respondiendo tanto a influencias mutuas con otras civilizaciones y espacios como a dinámicas internas. Muchos de ellos tuvieron una gran proyección hacia el futuro, entre otros los que sentaron las bases del desarrollo de la posterior expansión europea, y el desarrollo de los agentes sociales que desarrollaron una sociedad estamental de base predominantemente rural pero que presenció el nacimiento de una incipiente vida urbana y una burguesía que con el tiempo desarrollarán el capitalismo. Lejos de ser una época inmovilista, la Edad Media, que había comenzado con migraciones de pueblos enteros, y continuado con grandes procesos repobladores (Repoblación en la península ibérica, en Europa Oriental) vio cómo en sus últimos siglos los antiguos caminos (muchos de ellos vías romanas decaídas) se reparaban y modernizaban con ariosos puentes, y se llenaban de toda clase de viajeros (guerreros, peregrinos, mercaderes, estudiantes, goliardos, etc.) encarnando la metáfora espiritual de la vida como un viaje.

También surgieron en la Edad Media formas políticas nuevas, que van desde el califato islámico a los poderes universales de la cristiandad latina (Pontificado e Imperio) o el Imperio bizantino y los reinos eslavos integrados en la cristiandad oriental (aculturación y evangelización); y en menor escala, todo tipo de ciudades estado, desde las pequeñas ciudades episcopales alemanas hasta repúblicas que mantuvieron imperios marítimos como Venecia; dejando en la mitad de la escala a la que tuvo mayor proyección futura:

las monarquías feudales, que transformadas en monarquías autoritarias prefiguran el estado moderno.

De hecho, todos los conceptos asociados a lo que se ha venido en llamar modernidad aparecen en la Edad Media, en sus aspectos intelectuales con la misma crisis de la escolástica. Ninguno de ellos sería entendible sin el propio feudalismo, se entienda este como modo de producción (basado en las relaciones sociales de producción en torno a la tierra del feudo) o como sistema político (basado en las relaciones personales de poder en torno a la institución del vasallaje), según las distintas interpretaciones.

El choque de civilizaciones entre cristianismo e islamismo, manifestado en la ruptura de la unidad del Mediterráneo (hito fundamental de la época, la Reconquista española y las Cruzadas; tuvo también su parte de fértil intercambio cultural (escuela de Traductores de Toledo, Escuela Médica Salernitana) que amplió los horizontes intelectuales de Europa, hasta entonces limitada a los restos de la cultura clásica salvados por el monacato altomedieval y adaptados al cristianismo.

### **3.4 El Renacimiento**

Renacimiento es el nombre dado en el siglo XIX a un amplio movimiento cultural que se produjo en Occidental durante los siglos XV y XVI. Fue un período de transición entre la Edad Media y los inicios de la Edad Moderna. Sus principales exponentes se hallan en el campo de las artes, aunque también se produjo una renovación en las ciencias, tanto naturales como humanas. La ciudad de Florencia, en Italia, fue el lugar de nacimiento y desarrollo de este movimiento, que se extendió después por toda Europa.

El Renacimiento fue fruto de la difusión de las ideas del humanismo, que determinaron una nueva concepción del hombre y del mundo. El término «renacimiento» se utilizó reivindicando ciertos elementos de la cultura clásica griega y romana, y se aplicó originariamente como una vuelta a los valores de la cultura grecolatina y a la contemplación libre de la naturaleza tras siglos de predominio de un tipo de mentalidad más rígida y dogmática establecida en la Europa medieval. En esta nueva etapa se planteó una nueva forma de ver el mundo y al ser humano, con nuevos enfoques en los campos de las artes, la política, la filosofía y las ciencias, sustituyendo el teocentrismo medieval por el antropocentrismo.

El historiador y artista Giorgio Vasari fue el primero que utilizó la palabra “renacimiento” para describir la ruptura con la tradición artística medieval, a la que calificaba como un estilo de *bárbaros*, que más tarde recibirá el calificativo de Gótico. Vasari opinaba que las artes habían entrado en decadencia al hundirse el Imperio Romano y solo habían sido rescatadas por los artistas de la Toscana a partir del siglo XIII.<sup>1</sup>

El concepto actual de Renacimiento fue formulado a mediados del siglo XIX por el historiador francés Jules Michelet, en su obra *Renaissance et Réforme*, publicada en 1855.<sup>2</sup> Por primera vez, Michelet usó el término en el sentido de un periodo histórico, que abarcaría desde el descubrimiento de América hasta Galileo, y lo consideró más importante por sus desarrollos científicos que por el arte o la cultura. Michelet, que era nacionalista francés y republicano, le atribuyó al Renacimiento unos valores democráticos opuestos a los de la Edad Media precedente y un protagonismo francés.

El otro historiador que tuvo gran influencia en dar forma al concepto de Renacimiento fue el suizo Jacob Burckhardt, quien lo definió como el periodo entre Giotto y Miguel Ángel, es decir del siglo XIV a mediados del XVI. Burckhardt destacaba del Renacimiento el surgimiento del espíritu individualista moderno, que la Edad Media habría cohibido.

Desde una perspectiva de la evolución artística general de Europa, el Renacimiento significó una «ruptura» con la unidad estilística que hasta ese momento había sido «supranacional». El Renacimiento no fue un fenómeno unitario desde los puntos de vista cronológico y geográfico: su ámbito se limitó a la cultura europea y a los territorios americanos recién descubiertos, a los que las novedades renacentistas llegaron tardíamente. Su desarrollo coincidió con el inicio de la Edad Moderna, marcada por la consolidación de los estados europeos, los viajes transoceánicos que pusieron en contacto a Europa y América, la descomposición del feudalismo, el ascenso de la burguesía y la afirmación del capitalismo. Sin embargo, muchos de estos fenómenos rebasan por su magnitud y mayor extensión en el tiempo el ámbito renacentista

### **3.5 El progreso durante los siglos XVIII y XIX**

En el siglo XVII, la filosofía asumió la tarea de fundamentar el conocimiento producido por la naciente ciencia moderna. Los proyectos filosóficos del racionalismo y del empirismo desarrollaron sus respectivas concepciones en relación con la justificación del conocimiento verdadero. Estas concepciones involucraban temas tanto epistemológicos como psicológicos. Así, los fundamentos filosóficos y epistemológicos que cada proyecto establecía hicieron posible o impidieron que los aspectos psicológicos obtuvieran la especificidad necesaria para convertirse posteriormente en una disciplina independiente. Sobre el racionalismo cartesiano aquí se hace una presentación breve ya que se indica en la bibliografía básica otro texto donde se desarrolla este tema [Monroy Nasr, Z. (2003)]. R. Descartes emprendió la tarea de fundamentar metafísicamente la ciencia, sobre todo la física mecanicista y matematizada. Esa fundamentación abarca dos cuestiones o sentidos: el epistemológico y el ontológico. Con la fundamentación epistemológica, Descartes pretendía demostrar que el conocimiento que proviene de la ciencia física es verdadero. La fundamentación ontológica intentaba mostrar

que el conocimiento de la estructura esencial del mundo es válido. Para Descartes, las primeras causas o principios son el punto de partida de la investigación filosófica. Utilizando la duda como un recurso metódico, Descartes encontró el primer principio sólidamente establecido, "pienso, luego existo". A partir de éste reflexionó sobre las condiciones que le permitirían afirmar una proposición como verdadera. La regla general dice que todas las cosas que concebimos muy claras y distintas son verdaderas. Esta regla se basa en la existencia de Dios, así como desechar la posibilidad de que el engaño y el error procedan de Él. Por medio de la duda metódica, Descartes afirmó que puede concebirse a sí mismo como una cosa pensante. Pero, una vez que estableció la existencia de Dios y su papel como garantía del conocimiento verdadero, considero que era posible reconocer con claridad y distinción la idea de cuerpo. La distinción entre cuerpo y alma da origen a la concepción de dos sustancias universales separadas: la extensión y el pensamiento. Este dualismo ontológico sirve como fundamento para la ciencia física y hace posible la concepción geométrica del mundo físico. Todos los cuerpos se definen como extensión y las únicas propiedades que pueden determinar su naturaleza y función como objetos materiales son la figura, el tamaño y el movimiento. Ahora, Descartes afirma que las sustancias universales (pensamiento y materia) pueden existir separadamente. Esto, no significa que, de hecho, se encuentren siempre separadas. En el hombre, el cuerpo y el alma existen unidos e interactúan. La unión del alma y el cuerpo en el hombre tiene un carácter substancial, ya que sin ella un hombre sería tal. Así, por un lado, se afirma la existencia separada e independiente de las sustancias extensa y pasante, como fundamento ontológico para la ciencia física. Pero, por otro lado, en el hombre estas sustancias se encuentran unidas e interactuando substancialmente. Muchas controversias surgieron, tanto durante la vida del filósofo como después de su muerte, con respecto a la posibilidad de tal unión. Sin entrar al examen de estas controversias haremos algunas consideraciones al respecto. Efectivamente, Descartes no establece ningún principio claro y distinto que explique cómo se realiza la unión del cuerpo con el alma. Sin embargo, esta es una tesis fundamental para el pensamiento cartesiano. Expresa la esencia de lo humano. La posesión de un alma racional es la diferencia básica entre los hombres y los animales. Debe quedar claro que al elaborar su filosofía, Descartes no tenía como objetivo principal desarrollar una concepción específica acerca de lo psicológico. No obstante, en su fundamentación metafísica se encuentra presente este aspecto. Para caracterizar, dentro de una teoría del conocimiento, la manera como el entendimiento hace posible el conocimiento verdadero, Descartes recurre a un acontecimiento psicológico. Las ideas innatas, constitutivas del entendimiento humano, son una facultad psicológica y permiten al hombre alcanzar la verdad. Descartes otorga un lugar privilegiado a la razón, en términos no sólo epistemológicos, sino también ontológicos. Por medio de la razón se conoce con certeza y el hombre es distinto de los animales. En la ontología cartesiana todos los cuerpos siguen la lógica del mecanismo. El cuerpo humano no es la excepción. Descartes describe los

mecanismos corporales que hacen que funcione el organismo humano; se refiere a las actividades circulatorias, motoras, cerebrales y sensoriales, a la manera de una psicofisiología. Podría decirse que, dada la concepción dualista, existen dos clases de aspectos que hoy llamamos "psicológicos". Por una parte, se encuentran los aspectos psicológicos racionales, por otra parte, los psicofisiológicos. Los primeros se encuentran presentes en la razón bajo la forma de ideas innatas. Los segundos se consideran como ideas adventicias adquiridas a través de cuerpo por medio de la experiencia, o como ideas facticias, construidas por la imaginación. En efecto, el organismo humano es concebido como un autómeta, como una máquina, igual a cualquier otro cuerpo. No obstante, debe enfatizarse que en la concepción global del hombre, el radicalismo mecanicista tiene un límite: la razón. La unión de mente y cuerpo es un "problema" que surge cuando no se entiende que la concepción dualista no se aplica sin más al ser humano. La primera certeza alcanzada es que el hombre es una cosa pensante. Pero, para Descartes es inevitable reconocer que el hombre está continuamente siendo afectado por sensaciones que no pueden originarse en la mente, sino que, dada su naturaleza, provienen de la unión de la mente con el cuerpo. Así, el racionalismo cartesiano no se propone negar la validez de las percepciones sensoriales, pretende demostrar que la razón por sí misma es capaz de conocer verdaderamente el mundo. La experiencia proporciona conocimientos válidos siempre y cuando la razón los legitime. Como los fundamentos del conocimiento verdadero residen en la razón humana, el hombre se convierte en una sustancia sui generis. Puede agregarse a esto que el origen de la mente y de las ideas innatas es Dios. Debe subrayarse que en la epistemología cartesiana, Dios no es un recurso prescindible. Dios es la fuente y garantía absoluta del conocimiento indudable. Sin esta tesis, se derrumbaría la fundamentación filosófica de la ciencia de Descartes. Concebida de esta manera, la razón no puede conocerse por los procedimientos de la ciencia mecanicista, sólo puede ser conocida de una manera metafísica. En conclusión, ni en la razón ni en la experiencia cartesiana lo psicológico alcanza especificidad alguna. De la unión entre la razón y la experiencia podría surgir alguna posibilidad de que lo psicológico alcanzase el carácter de región autónoma del conocimiento. Pero, la unión del cuerpo y el alma, para Descartes, no puede ser un objeto de estudio científico (como el mundo físico), sino moral. John Locke es uno de los iniciadores de la tradición empirista británica. A pesar de que las ideas empiristas ya habían sido formuladas con anterioridad por filósofos como Bacon o Hobbes, Locke fue el primero en postular y sentar las bases del principio general empirista. Sobre este principio y en el contexto de la filosofía moderada, se construyó el empirismo clásico. El principio general empirista afirma que todas nuestras ideas tienen su origen en la experiencia. A partir de esto, Locke elaboró su trabajo filosófico más importante, el Ensayo sobre el Entendimiento Humano. Dedicó este trabajo a investigar la mente humana, sus alcances y limitaciones. Con esta obra dio inicio al combate del concepto de ideas innatas. Locke considera que la crítica al innatismo es un paso preciso necesario para limpiar el camino antes de sentar los fundamentos del

conocimiento. Una vez que ha descartado los p reclamos propios de la fundamentación epistemológica empirista, Locke otorgó cierta especificidad al dominio psicológico. Según Piaget, al poner duda la hipótesis del innatismo, el empirismo planteó argumentos novedosos cuyo desarrollo histórico mostró que estaban en el punto de partida de la psicología como una ciencia independiente. Al observar la realidad de los fenómenos humanos y establecer el valor y la dignidad de este hecho, el empirismo aparece como el único fundamento posible de una psicología concreta. Sin embargo, la realidad psicológica investigada por Locke no se constituyó aún un campo autónomo del saber. Esto no sucedería si no hasta el siglo XIX. Podemos, ahora, establecer un contraste entre los dos proyectos filosóficos que se han examinado. La concepción epistemológica cartesiana pretende explicar, a través de la razón y el innatismo, la universalidad y la necesidad del conocimiento físico-matemático. Esta epistemología tiene consecuencias trascendentalistas. La epistemología empirista de Locke está también preocupada por determinar la certeza del conocimiento. Su trabajo reviste importancia para la psicología, en la medida en que para lograr su propósito, se hace necesaria la investigación de la mente humana. Las demandas propias de esta concepción obligan a Locke a buscar una explicación de ciertos fenómenos y procesos psicológicos, como son: la constitución del entendimiento, el origen de las ideas, facultades como la percepción, la memoria, el juicio. Locke señaló todas éstas como cuestiones básicas para fundamentar el conocimiento. Si la experiencia es el origen de nuestro conocimiento sobre el mundo físico y, si es el componente principal del entendimiento, entonces la experiencia y su origen deben conocerse. El análisis de las concepciones racionalista y empirista se restringió a dos de sus representantes fundamentales. Para un examen más completo de alcance y las consecuencias de estas concepciones filosóficas en relación a la psicología, sería necesario investigar las concepciones de otros importantes pensadores como Spinoza, Leibniz, Berkeley, Hume y Kant. Sin embargo, esperamos que sea una aproximación primera que te permita distinguir las características principales de las concepciones racionalista y empirista, en relación con el surgimiento histórico de una psicología científica inclinada hacia el empirismo. Orígenes conceptuales y metodológicos de la psicología en la fisiología y la física Existen otros acontecimientos filosóficos y científicos que deben estudiarse para comprender el surgimiento de la psicología como disciplina independiente. En este curso y 15 en esta unidad sólo mencionaremos brevemente algunos de los aspectos del mecanicismo, el asociacionismo y el positivismo que se plantearon durante el siglo XVIII y los inicios del siglo XIX. Encontramos que, durante este período, en ocasiones es difícil delimitar unos aspectos de otros. En las obras de los autores que a continuación examinaremos coexisten las investigaciones fisiológicas y/o físicas con aspectos filosóficos y metodológicos. Todo ello, además, relacionado con cuestiones psicológicas. De la Mettrie es un pensador materialista y mecanicista. Considera que la esencia del alma se nos escapa. De ella sólo podemos conocer las propiedades que se manifiestan en el organismo, del cual ella es principio activo.

De la Mettrie es un fisiólogo y como tal, estudia pormenorizadamente los órganos sensoriales y el sistema nervioso en general. Sostiene que los diversos estados del alma son correlativos con los estados del cuerpo. Al juicio lo define como la expresión de un proceso de comparación, donde la memoria desempeña un papel relevante. Considera que la memoria puede explicarse aplicando los principios de la mecánica. La imaginación es la que conduce la creación científica y sus diversas formas nos conducen de nuevo al terreno de las sensaciones. En general, al describir los procesos emocionales los correlaciona con lo orgánico. Observa así, que la ira, por ejemplo, aumenta todos los movimientos y acelera la circulación de la sangre. El terror los similares, mientras que el miedo disminuye los movimientos, produce frío y suspende la transpiración. En su obra *El Hombre-Máquina*, su perspectiva materialista y mecanicista se convierte en sistema. Publicada en 1747, suscitó fuertes protestas de los medios eclesiásticos. La concepción allí expresada es una radicalización de la perspectiva cartesiana en cuanto al comportamiento animal. Sobre el pensamiento dice, por ejemplo, que es una consecuencia de la organización de la máquina y que el desarreglo de sus partes influye en lo que los metafísicos llaman alma. David Hartley es el fundador del asociacionismo. Para desarrollar su propuesta se inspira tanto en la física newtoniana como en la filosofía de Locke. Su contribución fundamental consistió en proponer una base fisiológica para definir las diferencias entre ideas y sensaciones (problema señalado por Hume). Para Newton las sensaciones de color son el resultado de las vibraciones de los cuerpos sobre la retina. Se producen, así, sensaciones de color diversas según la amplitud de los movimientos vibratorios. Hartley generaliza la concepción de Newton a todas las áreas sensoriales e intenta explicar las sensaciones, las imágenes y las ideas en términos de puros movimientos mecánicos. Se distinguen entonces las vibraciones que son responsables por las sensaciones y sus 16 rastros que dan lugar a las imágenes. Las vibraciones pequeñas y débiles conforman las ideas. Este autor introduce, en forma original, el concepto de movimiento. De esta forma, las asociaciones pueden ser tanto de sensaciones o de ideas como de movimientos. Aunque esta contribución se da debido a sus planteamientos fisiológicos, revela una preocupación por acercarse a la explicación del nivel conductual. Hartley menciona la ley de la contigüidad y de la frecuencia o repetición. También distingue entre asociaciones simultáneas y sucesivas. Sobre estas últimas considera, anticipándose a Ebbinghaus, que cuanto más lejanas son se manifiestan con mayor debilidad. También se anticipó a la concepción de Wundt en cuanto a la distinción entre estas asociaciones como una forma de explicar el flujo de pensamientos y la fusión de las ideas en un complejo. Además de asociacionista y mecanicista, Hartley era un dualista o, más precisamente, un paralelista psicofísico. Con esto queremos decir que concebía a la mente y al cuerpo como entidades distintas. Aunque sus leyes de las ideas y las vibraciones en el cuerpo fueran muy parecidas, no se anula la diferencia. Cada una se da en el ámbito de su competencia. Su obra más importante *Observations on Man*, la publica en 1749, seis años antes de morir. Con James Mill el asociacionismo llega a un momento

culminante. Seguidor de Hume y Hartley, Mill considera que el principio de contigüidad es suficiente para explicar los procesos asociativos. El principio de contigüidad se aplicaría tanto al nivel de las sensaciones como al nivel de las ideas. Las asociaciones pueden variar según el criterio de su fuerza. En realidad, hay tres criterios de fuerza: permanencia, certeza y facilidad. En su libro *Analysis of the Human Mind* (1829), estudia una gran cantidad de facultades, como la imaginación, la abstracción, la memoria, la creencia, el raciocinio, sin que propiamente se conciben aún como psicológicas. Uno de los orígenes de la psicología científica es la fisiología experimental. En la primera mitad del siglo XIX la fisiología se desarrolla en torno a varias cuestiones. Pierre Flourens es un estudioso de la fisiología cerebral. En, bajo el título de *Examen de la Phrénologie*. En esta obra, se apoya en el pensamiento de Descartes para refutar la frenología de Gall y establecer la fisiología científica del cerebro. Analiza el cerebro en sus partes unitarias esenciales desde el punto de vista anatómico. Concibe a cada parte del sistema nervioso actuando como una unidad. Además, sus experimentos lo llevaron a concluir que hay unidad y diversificación en las funciones cerebrales. Con el uso del microscopio surge una nueva vertiente en la fisiología cerebral. Se dan importantes avances en la histología (estudio de los tejidos) del sistema nervioso. Boring señala que aunque a primera vista los adelantos histológicos parecerían de poca importancia para la psicología, en realidad están fuertemente relacionados (1980, p. 90). Flourens había considerado al cerebro como un órgano simple. Consistía en partes distinguibles como el cerebro, el cerebelo y la médula oblongada. Estas partes poseían una función particular. No se pensaba que esas partes, en su interior, tuvieran funciones diferentes. La percepción, la voluntad y el juicio eran nombres diferentes para una función mental única del encéfalo. Flourens apoyaba así, lo dicho por los filósofos que sostenían la unidad de la mente. Ahora, el cerebro resultaba compuesto por un inmenso número de células separadas. Cada una de ellas participaba de varios procesos como el de formar fibras nerviosas que pasan por ciertos canales a través del cerebro y conectan la masa cerebral formando una complicada red. Esta ordenación física del cerebro es muy semejante a la propuesta en el terreno de la filosofía por el asociacionismo. Para los asociacionistas la mente estaba compuesta por una infinidad de ideas separadas, al igual que el cerebro estaba constituido por una infinidad de células. Como las células nerviosas se unen por fibras, las ideas se asocian para formar ideas de mayor complejidad. No cabe duda que sentir y percibir fueron las propuestas centrales de los filósofos empiristas, pero hemos visto también la importante contribución de los fisiólogos. Una pregunta que orientó la investigación fue ¿cuándo nos damos cuenta de que el mundo exterior existe y que cambia), científicos alemanes, los que colocaron algunos de los cimientos de la psicología moderna. Weber publicó *De Tactú y, en 1846, Der tastisum* como resultado de sus investigaciones referentes al sentido del tacto. Weber identificó para el tacto tres tipos de sensaciones: presión, temperatura y lugar. Realizó diversas investigaciones para medir umbrales postulando el hallazgo de las diferencias apenas perceptibles; por ejemplo, la menor diferencia perceptible entre

dos pesos puede considerarse como la proporción entre ellos, lo cual es independiente de la magnitud entre ambos. Una extensión de la afirmación anterior es la Ley de Weber que señala que para cada sentido existe una relación constante entre el aumento o disminución (DE) de la intensidad del estímulo requerido para que un sujeto perciba una diferencia en su sensación de la intensidad del estímulo del que se parte. Fechner. Dejaremos la discusión de la paternidad de esta disciplina para más adelante y entraremos a revisar las propuestas Fechner. Fechner (1801-1887) fue fisiólogo, físico, psicofísico estético y filósofo. En 1860 publicó Elementos de Psicofísica, obra central para el surgimiento de la psicología. Para Fechner, la psicología debía ser una ciencia, consideraba posible la medición mental y la aplicación de las matemáticas al estudio de la mente. Fechner no acepta el paralelismo psicofísico. Para él la relación mente-cuerpo se daba bajo un supuesto de identidad o panpsiquismo. La ecuación entre la mente y el cuerpo, tal como se proponía en la ley de Weber, era una demostración de su identidad y de su carácter psíquico fundamental. Paradójicamente, su psicofísica ha sido importante para el paralelismo psicofísico, en la medida en que mente y cuerpo, sensaciones y estímulos, tienden a verse como entidades separadas con el objeto de medirse y establecer sus relaciones. Para Fechner, la psicofísica, como una ciencia exacta, estudia las relaciones entre cuerpo y mente. A partir de la ecuación propuesta por Weber, como resultado de sus hallazgos experimentales, establece su famosa ley de Fechner expresada como la ecuación, donde S es la J. E. C. Boring fue un historiador de la psicología experimental. 19 magnitud de la sensación y Res la magnitud del estímulo. Se establece, así, una relación funcional entre estímulo y sensación. Para la búsqueda de esta ecuación desarrolló los llamados métodos psicofísicos y éstos permitieron la presentación ordenada de estímulos y la obtención de varias clases de respuestas del siguiente tipo: Percibo o no el estímulo. A partir de aquí lo percibo, a partir de aquí no lo percibo. Lo percibo menor, igual o mayor que el estímulo de muestra. Los métodos psicofísicos empleados por Fechner fueron tres: a) Método de los límites: Comúnmente usado para medir umbrales absolutos; se presentan serialmente valores sucesivos, diferentes de la variable de estímulo. b) Método del estímulo constante: Se presentan estímulos apareados y el azar en varios ensayos, pidiéndole al sujeto juicios de mayor, menor o igual, dependiendo de la modalidad (peso, volumen, intensidad, etc.). e) Método de ajuste: El sujeto debe igualar el estímulo comparativo con el estímulo estándar. Como mencionamos, Fechner reformuló la ley.

### **3.6 La Ilustración.**

fue un movimiento cultural e intelectual, primordialmente europeo,<sup>1</sup> que nació a mediados del siglo XVIII y duró hasta los primeros años del siglo XIX. Fue especialmente activo en Francia, Inglaterra y Alemania. Inspiró profundos cambios culturales y sociales, y uno de los más dramáticos fue la Revolución francesa. Se denominó de este modo por su declarada finalidad de disipar las tinieblas de la

ignorancia de la humanidad mediante las luces del conocimiento y la razón. El siglo XVIII es conocido, por este motivo, como el Siglo de las Luces y del asentamiento de la fe en el progreso.

Los pensadores de la Ilustración sostenían que el conocimiento humano podía combatir la ignorancia, la superstición y la tiranía para construir un mundo mejor. La Ilustración tuvo una gran influencia en aspectos científicos, económicos, políticos y sociales de la época. Este tipo de pensamiento se expandió en la burguesía y en una parte de la aristocracia, a través de nuevos medios de publicación y difusión, así como reuniones, realizadas en casa de gente adinerada o de aristócratas, en las que participaban intelectuales y políticos a fin de exponer y debatir acerca de ciencia, filosofía, política o literatura.

### **3.7 El enfoque de la psicología experimental.**

La psicología experimental es una disciplina científica que considera que los fenómenos psicológicos pueden ser estudiados por medio del método experimental. Se refiere al trabajo realizado por los que aplican métodos experimentales para el estudio del comportamiento y de los procesos que los sustentan. Los psicólogos experimentales emplean participantes humanos y sujetos animales para el estudio de un gran número de temas, incluyendo, entre otros: sensación y percepción, memoria, conocimiento, aprendizaje, motivación, emoción, procesos de desarrollo, psicología social, junto con el soporte neural de todos ellos.

El método experimental implica la observación, manipulación, registro de las variables (dependiente, independiente, intervinientes, etc.) que afectan un objeto de estudio. En el caso específico de la psicología, es posible describir y explicar dichas variables en su relación con el comportamiento humano y, por consiguiente, también predecir sus modificaciones.

Los psicólogos experimentales están interesados, en conocer el comportamiento de un "individuo", manipulando dentro del laboratorio los factores que puedan afectar o influir en la vida. Usan instrumentos de precisión y exigen un alto grado de control y medición. Por ello, realizan experimentos en humanos; pero, sobre todo, en animales. El uso de animales es más frecuente ya que permite, no sólo explicar la conducta del hombre por medio de la inferencia, sino porque permite que el investigador pueda disponer de ellos en cualquier momento y bajo cualquier circunstancia. Además, hay ciertos experimentos que no pueden hacerse en humanos por razones éticas que lo prohíben. Sin embargo, cabe destacar que, en algunos países, la investigación con animales tiende a disminuir, debido a las protestas y críticas de los ecologistas y protectores de animales.

El término psicología experimental se refiere más a una clasificación de la psicología en términos metodológicos y no en términos sustantivos. Por lo tanto, cualquier escuela o corriente psicológica que utilice el método experimental es considerada parte de la psicología experimental, independientemente de las

consideraciones epistemológicas sobre su objeto de estudio. Áreas como la percepción, la memoria, el aprendizaje y la cognición han sido estudiadas tradicionalmente con el método experimental.

### **3.8 El enfoque taxonómico organista.**

La taxonomía (del griego *τάξις* *táxis* 'ordenamiento' y *νόμος* *nómos* 'norma' o 'regla') es, en su sentido más general, la ciencia de la clasificación. El término se emplea habitualmente para designar a la taxonomía biológica, la «teoría y práctica de clasificar organismos». Como se la entiende en la actualidad, la clasificación biológica tiene que ser congruente con las hipótesis disponibles de árbol filogenético; en ella, los organismos se agrupan en taxones mutuamente excluyentes, agrupados a su vez en taxones de rango más alto también mutuamente excluyentes, de forma que cada organismo pertenece a uno y sólo un taxón en cada rango o "categoría taxonómica". En cada taxón, los organismos poseen caracteres (singular carácter) cuyos estados del carácter los diferencian de los organismos fuera del taxón, y son los atributos que en conjunto se utilizan para delimitar los taxones biológicos. La mayoría de los especialistas ve a las especies, a las que ubican en taxones en la categoría taxonómica del mismo nombre, como una realidad objetiva, y a los diferentes conceptos de especie como diferentes aproximaciones para reconocer los linajes que evolucionan independientemente, por lo que a pesar de las discrepancias entre autores en su concepto taxonómico y por lo tanto en general en los límites taxonómicos de cada una, suele ser considerada la categoría taxonómica más importante en la clasificación. Los taxones supra específicos son los que agrupan especies y se jerarquizan en categorías taxonómicas de rango cada vez más alto: género (grupo de especies), familia, etc. hasta el reino. En esta área también está debatido el concepto de taxón a utilizar. Muchos especialistas afirman que sólo la "filosofía taxonómica" para agrupar los organismos en taxones de la escuela clasista logra que la clasificación ofrezca el servicio que se espera de ella al resto de las ramas de la biología, pero la escuela evolucionista tiene razones para delimitar con otros conceptos los taxones, también congruentes con las hipótesis de árbol filogenético, y las dos escuelas se atribuyen la creación de sistemas de clasificación que cumplen en mayor medida sus funciones de sistemas de almacenamiento y recuperación de datos, y de predictores del estado de los caracteres y las direcciones de la evolución que no se han medido.

La Taxonomía también se ocupa de debatir y actualizar los Códigos Internacionales de Nomenclatura, de los que por razones históricas hay uno para cada disciplina (Zoología, Botánica y Bacteriología), cuya utilización para reglamentar el uso de nombres "formales" está consensuada desde hace unos 100 años. Un Código define el sistema taxonómico los Códigos en uso definen el recién descrito, conocido como el "sistema lineado", del que se deriva la definición de taxón más abajo descripta; decide cómo se forman los nombres y cuál es el "tipo" con el que

se heredan de taxón en taxón, y explicita sus Principios de Nomenclatura, cuya validez está por encima de las reglas, con el objetivo o “principio básico”<sup>19</sup> de proveer la máxima estabilidad en la nomenclatura. Los Códigos en uso no evitan las “diferencias filosóficas” entre taxónomos en los conceptos taxonómicos a utilizar ni en la categoría especie ni en las categorías supra específicas que son una fuente de inestabilidad frecuente en los nombres de los taxones.

### **3.9 descubrimientos de Freud**

Apoyado de un lado, sobre el alma romántica y sus arrebatos, y del otro sobre una vena positivista austríaca, el edificio freudiano podría parecer frágil. Ha resistido al tiempo porque lo esencial está en otra parte: en la invención de una nueva figura del sujeto.

Si consideramos el edificio que Freud ha dejado luego de su muerte, hoy vemos que el campo que ha abierto no se ha cerrado a pesar de las tentativas de anular sus consecuencias, y hasta de negar su radicalidad. La autenticidad de su descubrimiento, el del inconsciente, es tal que ninguna disciplina nueva ha llegado a apropiárselo o a integrarlo en una doctrina más vasta. Irreductible a la psicología, lo es también al conjunto de las ciencias llamadas humanas. Adversaria en la forma de ver el mundo, Freud tampoco permitió que la filosofía sacara ventaja.

Por lo demás, muy pocas disciplinas han encontrado allí material para renovarse. Es curioso que Freud haya querido, de entrada, instalarse en el discurso de la ciencia para revelar lo que ella desconocía por naturaleza: lo particular del deseo de cada uno.

¿Qué es, en efecto, una ciencia de lo particular? Porque sin responder de ninguna manera a los criterios de una ciencia experimental, Freud ubicó al psicoanálisis bajo los auspicios de las ciencias de la naturaleza, principalmente la neurofisiología. Materialista como era, encontró su punto de Arquímedes en una teoría neuronal, sin duda fantástica, y sin relación con la observación, pero que da cuenta de las paradojas que suscita un objeto profundamente desigual a sí mismo: ese aparato psíquico, *seelischer apparat*, de nombre híbrido y que contiene ya desde el año 1900 en *La interpretación de los sueños*, el programa de una doctrina materialista de las representaciones, siguiendo los pasos de maestros tales como Brentano.

Que esta doble referencia, por un lado, al alma romántica y a Goethe, y por otro lado al positivismo austríaco parezca actualmente profundamente inadecuada respecto de su hallazgo, es, sin embargo, lo que ha permitido a Freud abordarlo con la garantía de la modernidad. Una modernidad hoy día desalentada por disciplinas animadas por el mito del hombre máquina, pero sin complacencia tampoco por lo inefable.

Esta referencia esencial al científicismo lo condujo a tratar los hechos clínicos a la vez como datos objetivables y como hechos de discurso. La disciplina de la

interpretación que surge de esto hace valer todos los recursos que permite la gramática, la lógica, así como el mito y la tragedia.

Inscrito desde un comienzo en el campo de las Luces, al inconsciente freudiano se lo consideró sin profundidad, tópico, pobre desde el punto de vista de lo imaginario, pero rico desde el punto de vista de las lógicas paradójales que pone en juego. Reducir lo extraño del sueño a la deformación que le hace sufrir la censura, tratarlo como un criptograma le da a Freud, en el inicio de ese siglo, la estatura de un Champollion... Al reducir el mensaje latente del inconsciente a nada más que pensamientos es también un cartesianismo al revés que precede al axioma según el cual el sujeto no sabe los pensamientos que lo determinan: un "yo no pienso" que es justamente el reverso de lo que pienso. De esto dan testimonio, por supuesto, lapsus, fallas de la conducta, enigmas de la inhibición, desdoblamientos de la vida amorosa, así como tantas equivocaciones que descalifican toda pretensión de transparencia. No se trata de que los motivos sean sustraídos de la conciencia como imperceptibles, sino que el sujeto elige contra sí mismo. Allí se encuentra el corazón de la subversión freudiana cuyo sentido es tanto ético como clínico; el inconsciente es, en principio, el discurso por el cual el sujeto se traiciona. El inconsciente está en el exterior.

Al considerar que el sueño, el síntoma principalmente histérico, fóbico, obsesivo tienen una naturaleza común análoga a un mensaje cifrado, Freud justifica que el sujeto sabe más de lo que dice sin que, sin embargo, lo sepa. Si admitimos una ciencia incluida en el inconsciente, un saber del cifrado, la interpretación se vuelve homogénea a la estructura del mensaje que el síntoma contiene: revela la cuestión, la dirige, incluso lo cómico. Es el origen de la tesis lacaniana: el inconsciente está estructurado como un lenguaje. Dicho de otra manera, el significante produce efectos fuera de toda cogitación subjetiva.

Es necesario volver a llevar el descubrimiento freudiano a su punto nodal: la división subjetiva. Lacan ha revalorizado el término freudiano *Ich spaltung* para ver allí el ser mismo del sujeto como división que tiene la estructura de una falta. Toda la cuestión radica en precisar aquello que tiene lugar en el caso de Freud para producir esta división. No podemos, efectivamente, satisfacernos con un dualismo filosófico-religioso del alma y del cuerpo para agotar la especificidad del dualismo freudiano. Si el Yo no es amo en su propia casa se debe, sin dudas, a que algún demonio lo empuja fuera de allí. Y ese demonio es para Freud, el deseo en el sentido más extenso del *Eros* platónico, con la diferencia de que, respecto de sus ideas, no está inspirado por el cielo sino por los deseos de la infancia. Esta alienación del deseo no podría, no obstante, expresarse en términos de influencia, la de los padres, o de supervivencia de estadios superados. Es como rechazado que el deseo persiste y causa una división subjetiva.

Es en ese punto que la sexualidad tomó en la teoría freudiana el lugar que conocemos: es como sexual que el deseo es rechazado, y como tal resulta inalterable y contaminado para siempre por el deseo de la madre. De esto resulta, para Freud, una maldición que recae sobre el sexo y que se expresará en el curso

del desarrollo de la doctrina en términos de conflicto de instancias en el cual, uno de los polos al menos, es sexual. La neurosis histérica proporciona, desde el principio, el testimonio más elocuente respecto del rechazo de la satisfacción de la relación sexual, antes que Freud hubiera distinguido radicalmente, a partir de Tres ensayos sobre la teoría de la sexualidad, lo sexual y lo genital. Es ese paradigma de la histeria el que ha justificado largamente a Freud para concebir su dualismo en términos de incompatibilidad, de antinomia entre el Yo y la sexualidad, anulando inmediatamente la objeción que se le ha hecho de “pansexualismo”. Sobre este punto, y sobre otros seguramente también, el siglo lo comprenderá mal al identificar histeria y excitación sexual.

Más tarde, en los años 1910/20 el aporte clínico de las psicosis obligará a Freud a modificar su dualismo pulsional. Constatamos, en efecto, que el Yo mismo es un objeto de amor que atrae, sobre la imagen narcisista, todas las reservas de la libido.

Formado a la imagen del objeto de amor ideal como resultado de identificaciones amorosas, el Yo parece muy alejado de la posibilidad de encarnar la instancia de la realidad, incluso de la razón, a la cual una parte de los alumnos de Freud quiso reducirlo, arrojando de golpe a la pulsión hacia el instinto o la necesidad.

En una palabra, después de 1921, Freud profundizará su dualismo con la oposición entre *Eros* y las pulsiones de muerte, estableciendo que no se trata de dos sustancias heterogéneas, sino que hay un elemento común a las dos: la esencia misma de lo pulsional, a saber, una cierta propensión de la pulsión a perder su objeto y a no solidarizarse con lo viviente al punto de confundirse con la tendencia al suicidio. Así, es en el corazón mismo de la pulsión que se produce la hiancia; es la contingencia de su objeto en lo relativo a su empuje constante, son sus vicisitudes y sus reversiones que utiliza el fantasma perverso, son también las paradojas del goce de autodestrucción.

Tenemos ya bastante como para que la relación con el partenaire como complemento del objeto pueda ser problemática. Efectivamente es al extraer las consecuencias de los *impasses* de la vida amorosa que Freud se vio llevado a profundizar su dualismo pulsional cuidándose de no recurrir a ninguna resolución dialéctica. Testimonia sobre esto en el curso de los años 20-30, la prolongada puesta a punto de la sexualidad femenina que lo hace concluir que existe un mismo símbolo para los dos sexos: el falo, cuya antinomia no es otra, para el inconsciente, que la castración.

Por otro lado, el escándalo del freudismo no es que el sexo, como un caballo de Troya plantado en el corazón de los intereses vitales de la persona sea como el diablo en el cuerpo. Se trata, más bien, de que la libido se torna demasiado intelectual. ¿Por otra parte, el diablo no es el padre al punto de poder entregar su alma con el único propósito de suplir la carencia de su función? Una intelectualización que no es menos evidente en las aberraciones de la sexualidad en función de identificaciones familiares o en lo relativo a las teorías sexuales de la infancia. Y el llamado del amor no es incompatible con el fantasma masoquista:

“pegan a un niño”, o con los juguetos de la homosexualidad femenina siempre preocupada por introducir como tercero al personaje masculino acompañado del amor cortés.

Así Freud, siempre preocupado por mostrar “lo vil sobre lo cual surgen audazmente nuestras virtudes”, no promueve menos al padre como punto pivote de los extravíos del goce. Esta intuición de lo simbólico en la vida sexual, mejor dicho del significante, como determinación del fantasma por la lógica, como también la incidencia de la gramática en el desmontaje de la pulsión no es nada más que una especulación.

Lo que lo autentifica, por el contrario, es más bien el terreno seguro del cual testimonian los cinco grandes psicoanálisis.

Esta determinación simbólica del sexo y del amor que, llegado el caso, los vuelve incompatibles es puesta a prueba en la novela familiar del neurótico, en la historia de los padres, en los relatos que descubren la realidad sexual de cada uno, y decide sobre sus elecciones de objeto mucho más, seguramente, que ninguna otra determinación objetiva del orden del condicionamiento o de la “frustración”.

Vemos que esta nebulosa de hechos clínicos justifica ampliamente la tesis lacaniana del inconsciente estructurado como un lenguaje. Pudimos constatar que todo el freudismo está allí resumido. Sin duda, pero el inconsciente no es todo el freudismo tampoco.

Es verdad que es necesario el automatismo del significante para hacer que surja la determinación simbólica de la transferencia, de la repetición de la pulsión, por retomar los grandes conceptos fundamentales. Sin embargo, Freud siempre ha dado lugar a una instancia psíquica que hiciera obstáculo a la traducción simbólica, un residuo inconmensurable del falo, o incluso que no puede entrar en el diseño del Edipo. Es decir, que hay una parte de lo simbólico que no es del orden del mensaje y que no se deja desanudar tan fácilmente por la interpretación: es el caso de la resistencia terapéutica negativa, el de la repetición actuada del trauma, del goce masoquista; tantas revelaciones que dan testimonio de un desamarre de la vida psíquica respecto de ese pivote del inconsciente freudiano que es el Nombre del Padre. Freud lo constata amargamente en 1937: al considerar la transferencia como dependiendo del complejo de Edipo, el sujeto no puede localizar allí todos sus conflictos. Sin duda, 25 años después de la muerte de Freud esta instancia de lo real tenía menos relevancia que la de lo simbólico a la que Lacan se dedicó a poner de relieve en razón de las desviaciones de la época. Hoy en día nos conviene volver sobre el asunto.

Es entonces cuando cobran sentido otros binarios freudianos, necesarios por los límites de la interpretación psicoanalítica. Se trata de la tensión entre el inconsciente y el “ello” que lejos de ser asimilable a un “ello habla” es más bien el lugar de un “ello goza” en el silencio de la pulsión de muerte. Tal es, por ejemplo, la paradoja que ofrece la culpabilidad del melancólico, bajo la presión de un superyo caníbal.

Esos hechos clínicos constituyen la base de las modificaciones de la Metapsicología de Freud, como así también de sus últimos textos sobre el fin de análisis, y el Malestar en la cultura justifican las distinciones finas no siempre percibidas por los comentaristas, como por ejemplo, la oposición entre dos figuras del padre en Freud: el guardián del orden edípico, mediador de la normalidad del deseo, pero también el padre desregulado, gozador, impenitente; es el padre de Tótem y tabú que aparece en el origen de las masas y que termina en lo peor, en el momento en que Freud escribe su Malestar en la cultura.

Le llega el tiempo a Freud de dar a su dualismo un matiz trágico que renueva la antigua palabra de los presocráticos respecto de la apelación que él hace a las mortales antinomias de Empédocles sobre philia y neixos, amor y destrucción, subrayando el carácter estructural transpsicológico de su descubrimiento. Hace lo mismo con el desmontaje del mito de Prometeo en 1932, que siempre fue objeto de admiración para Lévi-Strauss, por ejemplo, la insatisfacción constitutiva de la pulsión. Así Freud ha asegurado, de una manera u otra, la especificidad de un registro llamado "económico" relativamente desabonado de lo simbólico o, como él dice, sin ligazón con un representante psíquico, como si los nudos de goce en el fundamento de la inercia psíquica se situaran fuera de los desplazamientos que la transferencia permite. Sin duda, no se trata de decir que están fuera del lenguaje, sino que es a través del recurso a la escritura de la letra por un cifrado nuevo de goce, distinto de los efectos de sentido, que se los puede atrapar. Se trata del porvenir mismo de la interpretación analítica que allí está en juego, así como en vida misma de Freud, algunos de sus alumnos diluyeron el problema en lo preverbal, lo no verbal, o el traumatismo del nacimiento sin prestar atención al más allá del principio de placer. Hay que decir que el problema de los comentaristas de Freud se sitúa justamente en ese punto. No es fácil lograr sostener juntos en Freud, a la pulsión y el inconsciente o, en otros términos, el goce y el Complejo de Edipo: siempre queda un resto en los intentos por reabsorber uno en el otro. Extraviado por una concepción moralizante del dualismo freudiano, la orientación anglosajona abandonando la primera tópica por la segunda instituirá lo que comúnmente conocemos como la ego psicología; consagra el ideal de dominio del Yo sobre la pulsión. Desde otra perspectiva, la obsesión de los estadios del desarrollo, en particular, el registro llamado preedípico, conducirá a los kleinianos a confundir el inconsciente y el fantasma arcaico.

Por regla general, el movimiento analítico no llegó nunca a conciliar el campo de la metapsicología, actualmente asimilada al campo de lo "cognitivo", con el registro de la pulsión que barra la castración. Dónde está, en efecto, la relación entre el pensamiento y los orificios del cuerpo: ¿el oral, el anal? Freud, no obstante, ha efectuado todas sus revisiones con el fin de indicar que la mecánica de las representaciones, ya sea que estén sujetas al principio de placer o al de realidad, depende de la promoción, en el sujeto, de la función paterna y de la manera en la que esté afectado por ella. Pero únicamente el comentario lacaniano permite captar los mecanismos a través de los cuales el goce se anuda al inconsciente

## 4. LAS EMOCIONES Y SU ORIGEN PERDIDO.

### 4.1 origen de las emociones.

A pesar de que cada día experimentamos una infinidad de emociones, nos es muy difícil definir las. Las emociones, se sienten, se reconocen, pero una sola parte de ellas se puede expresar en palabras o conceptos. Es palabra y difícil tratar de encerrar en una como la alegría o tristeza.

No hay un ser humano que pueda vivir un solo día sin experimentar alguna emoción. No podría, tendría que estar muerto. Porque la sensación de sentirse vivo no solo produce con el simple hecho de abrir los ojos y mover el cuerpo, sino por las emociones que nos hacen sentir una infinidad de cosas, como el ver, sentir, oler etc.

Con las emociones, nos viven ideas, esos intentos de elaboración personal que buscan atrapar en un pensamiento o imagen aquello que hemos experimentado sensiblemente.

Posteriormente, surge la necesidad de convertir en palabras la imagen que representa nuestra emoción, y si logramos hacerlo, la alegría que nos embarga puede ser tan grande que nos sentimos obligados a compartir con alguien más. Desagradablemente en las ciudades se vive tan rápido que es imposible que una persona le cuente a otra persona acerca de sus emociones o pensamientos que tuvo el día. En algunos países la intención de compartir emociones y sentimientos se considera una falta de tacto, casi como una conducta anti social.

Algunas sociedades han hecho esfuerzos extraordinariamente para evitar el contacto físico y espiritual de unos con otros. Se nos dice que la confianza y la cercanía nos vuelven vulnerables. En todo momento se promueve y se enaltece la desconfianza y se estimula lo más aberrantes extremos del individualismo, que en la realidad no son más que mascaradas poéticas de una sociedad moderna a la que le estorban las emociones.

Los seres humanos encontramos gran dificultad para compartir la multitud de pensamientos que somos capaces de emitir, en todo el día, no solo por su gran cantidad sino porque ni siquiera somos capaces de recordar todos, ya que no se diga de esa abundancia de pensamientos que siempre estuvo acompañados por emociones.

**Vivimos emociones y pensando.** Cualquier cosa que una persona mencione, frase dicha, es la manifestación de un pensamiento, pero también la inevitable expresión de una emoción.

Por mucho tiempo hemos considerado equivocadamente que el pensamiento y la emoción eran cosas diferentes que podían separarse. Que la mente del hombre funcionaba mejor sin la interferencia de estados emotivos, como si las fuera a ignorar las emociones, en la historia comprueban que hemos sido capaces de llegar

los hombres con tal de reducir la emoción a una categoría de primitivismo y compararla con una falta de desarrollo humano.

Si reflexionamos en los esfuerzos que hizo el neoclásico europeo para evitar en casi todas las manifestaciones culturales la presencia de impulsos emocional, empezando por la destrucción de las manifestaciones artísticas y religiosas, por considerar que su contenido fuertemente emotivo pone en peligro la estructura monolítica de sus principios políticos, nos daremos cuenta de que la humanidad ha convertido la relación entre emociones y el pensamiento en un hecho casi irreconocible.

Curiosamente poco antes de final del siglo xx y que tanto se ha empeñado en devaluar la emoción, es cuando se ha comenzado a hablar de que eso se llama inteligencia emocional y se ha tomado conciencia de que el estado emocional de una persona determina la forma en que percibe al mundo. Esta afirmación no entraña ningún misterio si tomamos en cuenta que el cerebro funciona mejor con una correcta irrigación sanguínea, que el encargado de sostener al corazón está determinado en gran parte por las emociones. No late de la misma manera un corazón deprimido que un gozoso, y por lo tanto, no envía al cerebro la misma cantidad de sangre. Por lógica, podemos deducir que un estado emocional altera y determina la forma en que el cerebro procesa la información que obtiene el mundo exterior. Todos sabemos que un cerebro sin irrigación sanguínea es un cerebro muerto. Lo que no tenemos muy claro es que si un corazón risueño lo mantiene en mejor estado que un corazón disgustado. De ahí la importancia del conocimiento de las emociones.

Los investigadores descubren cada día más detalles bioquímicos y filosóficos para explicar cómo es que una emoción prepara al organismo para una clase distinta de respuestas. Desde que el hombre apareció en la superficie de la tierra, conto con dos sistemas que lo ayudaron en su borde de supervivencia, **el simpático y parasimpático**. Se trata de dos sistemas primitivos, pero que hasta el presente nos acompaña y entra en acción no solo en momentos de peligro, sino que desempeña un papel importante en cada aspecto de nuestra vida diaria, Sin ellos no podríamos subsistir pues sucumbiríamos ante los restos externos e internos a los que nos vemos expuestos.

El sistema nervioso central tiene cierto grado de influencia sobre la expresión del Autónomo, la mayor parte de sus reacciones son totalmente autónomas y es por eso que los seres humanos trabajando para controlar la manifestación espontánea de nuestras emociones.

La razón más primitiva del cerebro es el tronco cerebral que rodea la parte superior de la medula espinal y que rodea las funciones vitales básicas del ser humano, como la respiración y el metabolismo. A partir de esta raíz cerebral surgieron los centros emocionales, a partir de esas áreas emocionales, evoluciono el cerebro pensante.

Es importante reflexionar que en toros a no al hecho de que **el cerebro pensante surgió del emocional**, pues no revela que emocional existió mucho tiempo antes que el racional.

Por ejemplo, cuando nos vemos expuestos a **una situación de peligro** en donde está en juego nuestra vida, nos detenemos a pensar, necesito producir adrenalina para salir de esta, el Sistema Nervioso Central actúa por nosotros poniendo de forma en que queramos encerrar la situación, enfrentándola o huyendo.

Cuándo el terror es muy grande, nos paralizamos por completo y nos deja incapacitados para luchar. En ese caso, lo más probable es que perdamos el control de nuestros esfínteres, pues nuestro estado psicológico pone a funcionar el sistema parasimpático. Una vez que hemos orinado o evacuado, tal vez lo que provoquemos en nuestro enemigo sea lastima y pueda dejarnos en paz, y si no nuestra relajación muscular al menos reducirá el dolor que nos pueda provocar el ataque.

Ahora bien, una persona en lugar de huir decide enfrentar el problema y atacar, ocasionará que el Sistema Nervioso Simpático entre en acción. Dependiendo de la reacción que elijamos, vamos terminar con la boca seca o con los pantalones mojados

#### **4.2 fisiología del sistema simpatico**

Cuando una persona se decide a atacar generalmente lo que el Sistema Simpático provoca lo siguiente.

- 1 como el cerebro necesita pensar de una manera más clara y más rápida que en circunstancias normales, las arterias que llevan sangre al cerebro se dilatan al máximo para permitir que la irrigación sanguínea se incrementa de manera sustancial.
- 2 El ritmo cardiaco se incrementa para responder a la demanda metabólica del cuerpo. No solo tiene que enviar sangre al cerebro sino a los músculos de todo el organismo, para que estén en condiciones óptimas de correr o golpear al enemigo. La sangre que cotidianamente circula por las venas no es suficiente en estos casos, se necesita un tipo de torrente sanguíneo mejor oxigenado y que contenga una cantidad extra de los nutrientes necesarios para mantener una respuesta metabólica adecuada. El más importante de los nutrientes es el azúcar, con más oxígeno y más azúcar en la sangre, el cerebro y los músculos puedan hacer maravillas.
- 3 A fin de tener más oxihemoglobina, las vías respiratorias se dilatan al máximo permitiendo que la capacidad vital la cantidad de aire que entra y sale de los pulmones cada minuto crezca todo lo que sea necesario para que un individuo pueda con el resto que tiene que enfrentar. La respiración, pues, se hace más profunda y rápida durante una descarga simpática, dando como resultado una respiración agitada por nariz y boca.
- 4 Con el objetivo de poder ampliar el campo visual, la pupila se dilata, permitiendo al individuo ver con más claridad todo lo que le rodea, ya que en

una situación de peligro es importante ver mejor, pensar más rápido y estar capacitado para desplazar el cuerpo de forma veloz.

- 5 El hígado, por su parte, también desempeña un papel fundamental, pues es el encargado de convertir rápidamente carbohidratos complejos y grasas en glucosa, para lo cual recibe una dotación extra de sangre. A esto se debe que algunos individuos bajo una situación de estrés crónico sea más susceptibles que a otros a desarrollar la diabetes.

Todas estas reacciones se suceden sin que podamos impedirlo y muchas veces no tenemos conciencia de lo que pasa dentro de nuestro cuerpo un pensamiento y una emoción crearon química dentro de nuestro organismo sin que lo pudiéramos controlar.

**El control de resulta ser una forma patológica de reprimir la libre expresión de nuestra condición humana,** que provoca grandes trastornos y deterioros físicos y psicológicos.

Si bien es cierto que la emoción es una energía que nos impulsa a actuar, en algunos casos esa acción implica contradictoriamente una parálisis. Por ejemplo, una persona deprimida puede convertir el impulso de sus emociones en forma dramática de inmovilidad. Se puede decir que la depresión es una concentración de impulsos de acción aplicada en sentido inverso. Dicho modo, se necesita de un fuerte impulso emocional para poder mantener el nivel de inmovilidad que una depresión severa produce.

Como una emoción puede tener el poder destructor del rayo o puede ser el suspiro más tranquilo que un ser humano pueda experimentar. Nuestro cuerpo está acondicionado para sentir los dos tipos de reacciones y eso depende de cada individuo. Uno como un estímulo que mata, que daña, provoca que el hígado funcione mal, que afecte a la vesícula, que hace que la persona se ponga nerviosa y pueda expresarse claramente, y otro, como un río que refresca, que anima, que provoque una sonrisa en cada uno de los órganos con los que hace contacto.

### **4.3 filosofía de las emociones**

Aparentemente existe una «filosofía» emotiva que influye en el estado corporal. Todo depende de lo que uno pensó en el momento de recibir un estímulo para que el resultado emotivo sea distinto. Por ejemplo: dos personas se enteran de la muerte repentina de alguien. Una de ellas era su hermana y la otra sólo la conocía superficialmente. La hermana piensa que es una desgracia que el hermano se haya muerto en estas condiciones y la otra persona piensa que está bien que haya descansado. La primera tendrá dificultades para aceptar el fallecimiento y el cuerpo reaccionará en consecuencia. La segunda aceptará el hecho y no sufrirá ninguna

consecuencia. Cada vez que un ser humano se niega a aceptar una emoción que ya nació, que surgió como reacción natural y no elegida, que brotó porque no hay tiempo ni forma de andar escondiendo emociones, ya que forman parte del «contratiempo» de andar escuchando, mirando y tocando, se altera todo el funcionamiento de su cuerpo. Todo consiste en lo que opine, así de simple y así de complicado. Si una persona opina que la flor que le acaban de regalar es desagradable y se molesta, modifica un poco el funcionamiento de su hígado y otro poco el ritmo de su corazón. Si el pensamiento persiste, la incomodidad aumentará hasta enfermarlo. En cambio, si a pesar de que nos desagrada la persona que nos regala una flor, aceptamos la flor sin discutir, convertimos la flor en flor interior. Si uno tuviera la paciencia de no discutir con uno mismo la emoción que está sintiendo ni de clasificarla en buena o mala, la emoción produciría sin reservas la reacción adecuada. El golpe, en el caso de la ira, el llanto en el caso de la tristeza, o la risa en la alegría. Sin embargo, lo que la persona acepta y reconoce como emoción y le hace decir estoy triste o estoy enojado, no es más que el resultado de una cadena de reacciones, que a su vez generan otra cadena de reacciones. Dicho en otras palabras, lo que hago me produce una emoción determinada y esa emoción, me provoca una acción. A mi ver, si las emociones tuvieran cuerpo y las pudiéramos cortar con la ayuda de un bisturí, descubriríamos que debajo de ellas hay tres capas perfectamente definidas: A) Es la base y está formada por la esperanza que todos los seres humanos tenemos de sentirnos mejor, por la búsqueda del bienestar. B) Encima de la esperanza está todo lo que el ser humano quiere. Estos «quieros» no son otra cosa que sus deseos, sus necesidades, sus metas en la vida. C) Por último se encuentran las capacidades y las habilidades que el hombre tiene para lograr lo que quiere. Todo aquello que «sabe» a nivel consciente que puede realizar. Puede ser el caso que él quiera ser bailarín, pero «sabe» que no tiene ritmo. Por ejemplo, yo quiero sentirme mejor y decido ir a comer a casa de mi madre pues ella prepara un puchero como nadie. Yo quiero comer ese puchero, aunque estoy consciente de que sólo puedo comer un plato pues por las noches se me dificulta la digestión. Cuando llego a su casa y como el plato de puchero experimento mucha felicidad. Si analizamos esa alegría nos vamos a encontrar los elementos A, B y C amalgamados en una sola unidad. Los tres forman un conjunto de realidades que laten al mismo ritmo: el «deseo sentirme mejor», el «quiero» y el «puedo» dan como resultado una emoción, en este caso placentera.

Pero ahora voy a dar un ejemplo contrario: Un hombre va caminando por la calle. Tiene el mismo deseo de ir a comer a la casa de su madre. De pronto lo sorprende un perro rabioso y lo muerde. El hombre grita desesperado. Acuden en su ayuda algunas personas y le quitan el perro de encima. El hombre experimenta simultáneamente susto y dolor y los clasifica como cosas desagradables. Ahí, tirado en el piso, se siente como un pájaro sin alas, sin fuerza y sin saber cómo combatir. No sabe que desde que el perro apareció y lo mordió la base A se empezó a

transformar y en lugar de repetir «tengo la esperanza de sentirme mejor» comenzó a decir «me siento mal». ¿Qué pasa en la fase B? ¿En el «yo quiero»? Pues que el individuo se empieza a lamentar de todo aquello que ya no puede hacer: ya no va a comer en casa de su madre, tal vez tenga que ir al hospital, ya no podrá regresar al trabajo, o asistir a un baile o a lo que sea. Por último, en la fase C la persona llegará a la conclusión de que no pudo reaccionar correctamente. Se culpará por haber elegido precisamente esa calle para transitar, el no haber dado una patada en el hocico al perro, el no haberlo visto a tiempo y todo esto se va a convertir en el «no supe» o «no sé». La negación de la habilidad en la C, la negación de obtener lo que se quiere en la B y la negación de la posibilidad de sentirse mejor en la A van a dar como resultado una emoción ya sea de desesperación, de ira o de violencia. Si, por el contrario, el hombre hubiera dicho acepto el dolor, acepto la sangre y no me opongo a lo que está pasando y se hubiera mantenido en esa actitud de aceptación, se hubiera creado una emoción totalmente diferente, pues el pensamiento, como ya lo hemos dicho, crea química.

do paz y hasta hubiera terminado comprendiendo al perro. Se hubiera ubicado muy por encima del concepto de si el perro era bueno o malo, si estaba enfermo o no y al pasar el tiempo recordaría ésa como una buena experiencia, pues todo aquello de lo que se puede hablar sin que cause un efecto desagradable se convierte en positivo. Es muy interesante analizar las emociones desde esta óptica, pues al analizar los componentes A, B y C de cada emoción podremos descubrir cuáles son las esperanzas, los sueños, los «quieros» y los «puedos» de las personas que nos rodean, ampliando con esto nuestra capacidad de comprensión y de aceptación de los demás. Sabremos, también, la razón por la que el vecino quiere comprar tal automóvil o por la cual nuestra amiga se hizo una liposucción, o el motivo por el que nuestro sobrino le teme a las arañas, o por el cual les molesta a los críticos el éxito de la literatura escrita por mujeres. El análisis de las emociones es vital para un mejor conocimiento del ser humano. Si llegamos a comprenderlas y aceptarlas adecuadamente tal vez lleguemos a la misma conclusión que muchos sabios antes de nosotros. Ya los antiguos griegos construyeron un gran altar a los pies de la Acrópolis de Atenas dedicado a las Eerinas, las llamadas Furias vengadoras de la sangre. Al hacerlo, convirtieron a esas diosas terribles en las Euménides, las bienhechoras. Lo hicieron una vez que aceptaron el valor del pasado, el origen primitivo de las emociones y supieron darles un lugar dentro de su mundo civilizado y racional. El templo de las Euménides es tan grande e importante como el de la Sabiduría:

griegos expresaron su profunda percepción de la realidad humana y con ello cumplieron la máxima delfica que invitaba al verdadero crecimiento: «Conócete a ti mismo.»

#### 4.4 la palabra y la imagen como generadoras de la imagen

¿Qué es lo que nos lleva a sacar una foto del cajón de los recuerdos? ¿O a leer la primera carta de amor que recibimos? ¿O a buscar en el baúl de los recuerdos la rosa marchita que nos dieron en aquel baile inolvidable? ¡El deseo de revivir una emoción! El deseo de volver a sentir el mismo amor. Los recuerdos de tipo material pueden envejecer. Llegamos a gastar tanto las cartas que a veces se empiezan a deshacer en nuestras manos, pero las imágenes en nuestra mente, no. Ésas quedan intactas. Lo mismo que las emociones. Ahí están tranquilas, al lado de nuestros recuerdos, dispuestas a ayudarnos a vivir nuevamente. Esperando la orden de ¡acción! para llenar nuestro cuerpo de alegría. Para poner en circulación la sangre, para proyectar en la mente nuestra primera entrega amorosa. Y volvemos a sentir como si lo estuviéramos experimentando en ese mismo instante el contacto con otros labios, con otra piel, con otra saliva, y puede que hasta nos sonrojemos. Uno siempre busca repetir una experiencia a través de las imágenes y las palabras. Desde Aristóteles hasta los investigadores modernos, coinciden en que hay una tendencia natural del hombre a aprender por medio de la imitación. Se ha descubierto que cuando una persona observa el rostro sonriente de otra, tiende a repetir el mismo gesto. Algunos lo atribuyen al hecho de que mediante la mímica motriz podemos apropiarnos del humor ajeno. A mi ver, no sólo se trata de una imitación. Cuando estamos cerca de una persona sonriente, nos vemos contagiados por su emoción. Se puede decir que las emociones forman parte de un sistema de impulsos eléctricos que atraviesan cada una de nuestras células. Una emoción es energía en tránsito, energía que se desplaza y desde esa óptica, ¿qué le impide salir de los límites del cuerpo que la produce para internarse en los de otra persona? Esto, aparte de sonar un poco erótico, nos habla de que existe el intercambio de emociones. Que la emoción, vuelta energía pura, puede ser materialmente transmisible a través de impulsos eléctricos. En ese sentido, el estado emotivo de un ser humano influiría radicalmente en su entorno. De la misma forma en que todo lo que vemos, escuchamos, tocamos, comemos, entra en nuestro cuerpo y nos impulsa a actuar. Un olor desagradable nos invita a alejarnos de una comida en descomposición, y por el contrario, un aroma sugestivo nos invita al acercamiento, a la caricia, al placer. Una situación de peligro nos empuja a luchar o a huir. En el fondo siempre vamos a tener dos opciones: acercarnos o alejarnos. Sentirnos bien o sentirnos mal. Vivir o morir. Y ése es el gran dilema. El problema de fondo. Sin embargo, algunas veces, en lugar de alejarnos de aquello que nos daña, nos acercamos. ¿Qué es lo que siempre busca repetir una experiencia a través de las imágenes y las palabras? Desde Aristóteles hasta los investigadores modernos, coinciden en que hay una tendencia natural del hombre a aprender por medio de la imitación. Se ha descubierto que cuando una persona observa el rostro sonriente de otra, tiende a repetir el mismo gesto. Algunos lo atribuyen al hecho de que mediante la mímica motriz podemos apropiarnos del humor ajeno. A mi ver, no sólo se trata de una imitación. Cuando estamos cerca de una persona sonriente, nos vemos contagiados por su emoción. Se puede decir que las emociones forman parte de un sistema de impulsos eléctricos que atraviesan cada una de nuestras células. Una emoción es energía en tránsito, energía que se desplaza y desde esa óptica, ¿qué le impide salir de los límites del cuerpo que la produce para internarse en los

de otra persona? Esto, aparte de sonar un poco erótico, nos habla de que existe el intercambio de emociones. Que la emoción, vuelta energía pura, puede ser materialmente transmisible a través de impulsos eléctricos. En ese sentido, el estado emotivo de un ser humano influiría radicalmente en su entorno. De la misma forma en que todo lo que vemos, escuchamos, tocamos, comemos, entra en nuestro cuerpo y nos impulsa a actuar. Un olor desagradable nos invita a alejarnos de una comida en descomposición, y por el contrario, un aroma sugestivo nos invita al acercamiento, a la caricia, al placer. Una situación de peligro nos empuja a luchar o a huir. En el fondo siempre vamos a tener dos opciones: acercarnos o alejarnos. Sentirnos bien o sentirnos mal. Vivir o morir. Y ése es el gran dilema. El problema de fondo. Sin embargo, algunas veces, en lugar de alejarnos de aquello que nos daña, nos acercamos. ¿Qué es lo que nos conduce a actuar de esa manera? Una idea inoculada en el fondo de nuestra mente en los primeros años de nuestra vida. Una idea más fuerte que el poder de supervivencia. La idea de que no somos lo suficientemente buenos. La creencia de que no nos merecemos otra cosa que el mal trato, en otras palabras, tener una baja autoestima. De otra forma no es posible explicar por qué una persona en su sano juicio viviría al lado de una pareja que la humilla constantemente. Y en el terreno de la sociología sería interesante analizar cuál es el motivo que conduce a una sociedad a contaminar el agua del río donde bebe. O a destruir sus reservas ecológicas. ¿Se puede hablar de una nación o de un grupo social con baja autoestima y con deseos de autodestrucción? ¿Que no se dé cuenta del peligro que corre como especie? ¿Y que actúe de manera irresponsable y ciega aun en contra de uno de los más fuertes instintos? Porque desde el momento en que nacemos sabemos que nuestra vida puede terminar de un momento a otro. Y la incertidumbre frente a lo desconocido nos provoca una inseguridad. No se puede negar que tras una emoción intensa provocada por una situación de peligro, siempre aparece el pensamiento que nos dice «esto me pudo haber destruido». ¡Qué susto pasé!». El instinto de supervivencia es uno de los más fuertes en todas las especies. Desde la época de las cavernas los hombres primitivos trataron de representar en imágenes todo aquello que daba sentido a su vida, que les ayudaba a comprender el mundo, para responder a una pregunta básica: ¿qué hago yo aquí? ¿cuál es el sentido de mi existencia? Yo pienso que desde el mismo momento del nacimiento uno tiene ese mismo interrogante. Pero para encontrar la respuesta uno tiene que vivir. Y para mantener la vida uno tiene que enfrentarse día con día a los retos que ésta nos ofrece. Para un hombre primitivo, el dominio de su medio ambiente era primordial para lograr mantener la vida. Las emociones como la ira o el miedo le eran de gran ayuda, pues lo pertrechaban tanto en la lucha como en la huida. Si acaso se enfrentaba al contrincante y salía triunfador del combate, era fundamental transmitir su experiencia a los demás miembros de su clan, para que ellos obtuvieran también el beneficio de saber cuál era la mejor forma de cazar o de obtener alimento, pues antes el bienestar común era el bienestar individual y viceversa. Mientras más miembros tuviera una tribu, mayores eran las esperanzas de vida de la especie humana. Un miedo en común era una meta común. Por eso era tan importante repetir todo aquello que funcionaba. Si un golpe en la base del cráneo mató a un lobo salvaje, la próxima vez que se encontraban con uno procuraban asestarle un palo en el mismo sitio. Si un gesto de la mano ahuyentaba a una mosca, pues venga,

a repetirlo. Era importante recordar los gestos y las acciones efectivos para conservar lo más importante: la vida. Aquel que más información tuviera, era más valioso para el grupo, se convertía en líder natural. ¿Se imaginan el desconcierto que la muerte de un gran líder podía ocasionarles? ¿A qué lugar iban los muertos? ¿Dónde quedaba toda la experiencia acumulada? ¿Se moría con él? No lo podían permitir, tenían que continuar repitiendo sus mismos gestos, sus mismas palabras, su misma risa para mantener viva la experiencia colectiva, para hacer perdurar la memoria de la tribu. El deseo de conservar la vida, de mantener en perfecto estado todo aquello que se consideraba valioso, de inmortalizarlo, tal vez fue el motor que impulsó el surgimiento del arte. Si nos paramos frente a una pintura rupestre, no sólo veremos la representación de lo que otros ojos vieron miles de años atrás y que quisieron compartir con nosotros, sino lo que desde su punto de vista consideraron importante preservar. Ése es uno de los aspectos que más me interesan del arte. Por un lado, el deseo de inmortalizar, y por el otro, el de compartir. Ante la certeza de que una flor se marchitará, existe la posibilidad de pintarla, de crear un mito alrededor de ella para que siempre viva en la memoria colectiva, para que su olor llegue a las generaciones futuras con la misma intensidad que en el presente. En el capítulo anterior hablé de la posibilidad de analizar las esperanzas, los «quieros» y los «puedos» contenidos en una emoción. Lo mismo sucede con cualquier obra artística. Si pudiéramos sacarle una radiografía emotiva, nos revelaría cuál fue el estado emocional de la persona que la realizó y, por consecuencia, cuáles eran sus deseos, sus miedos, sus conocimientos, las técnicas y utensilios que conocía y su habilidad para convertir todo un caudal de emociones en imágenes, en sonidos, o en palabras con la intención de encontrarle un sentido a la salida del sol, de la luna, a la luz de las estrellas, al agua de los ríos, al viento, al rayo. El deseo de trascender la muerte nos habla al mismo tiempo de la inseguridad que se tiene en la vida eterna. Una persona convencida de que la extinción del cuerpo y la del alma son la misma cosa, buscará a toda costa la manera de ser nombrado, de crear una obra que lo haga permanecer en la memoria colectiva, de obtener fama. De seguir vivo. Tal vez por eso la representación del verde nos da tanta tranquilidad, pues uno lo relaciona con el florecimiento de la vida. Y quizá por lo mismo, el hombre equivocadamente encontró en el oro la representación de lo duradero, de lo que no se gasta ni se transmuta ni se oxida, ni desaparece y empezó a acumularlo como una forma de conservar la vida. Pero en general hay dos grandes corrientes de artistas, la de los que escriben, o pintan o fotografían con la intención de capturar la realidad tal y como es, para guardar memoria de lo que somos, de lo que nos ha pasado, y otro tipo de artistas que interpretan esa realidad, que la representan en imágenes o situaciones que más tarde ponen ante nuestros ojos con la intención de amplificar aspectos de la realidad que no percibimos o que no queremos ver. En ambos casos las obras artísticas son las representaciones de un pensamiento, pero también de una emoción. Cada imagen representa un esfuerzo humano para hacer coincidir estados emotivos del pasado con sensaciones que se reconstruyen en el presente por medio de la evocación. Cada imagen es memoria. Cada parte constitutiva de la imagen representa pedazos de vida pasada concentrados en el presente. La imagen es nuestra necesidad de recordar para no olvidar. Aristóteles, en su Arte Poética, al tratar de explicar racionalmente los mecanismos que permitían al hombre construir

una creación ficticia de la realidad, expresada en forma de imitaciones, distingue claramente tres maneras en que se puede realizar la mimesis: Imitar un objeto con elementos que son de la misma naturaleza que los del objeto imitado, por ejemplo, cuando se imita el sonido de un pájaro a través de un silbido o por medio de un instrumento musical de viento. Imitar objetos de distinta naturaleza. Porque podemos imitar de la misma manera y con los mismos resultados ya sea a un pájaro, a un bisonte o a otro ser humano. Imitar objetos no de manera literal sino dando una versión deformada o alterada de ellos. Esto quiere decir que podemos pintar un bisonte con un tamaño más pequeño que el de un hombre, o un pájaro con tres ojos. Cada una de estas formas de imitación corresponde con los mecanismos a través de los cuales los seres humanos fueron capaces de desarrollar imágenes. Por otra parte, Aristóteles nos declara que esa tendencia imitativa le permitió al hombre distinguir los objetos y aprenderlos. Y por medio de la distinción tomar conciencia de su propio ser. En ese sentido, el fenómeno de transmisión de emociones a través de signos faciales pudo ser el modelo que sirvió de referencia para producir imitaciones por medio de imágenes fuera del cuerpo. No es impropio pensar que el ser humano vivió un proceso de desarrollo que empezó con la expresión muscular de sus emociones, siguió con la necesidad de manifestar esas mismas experiencias por medio de imágenes, y terminó con la aparición de un punto intermedio entre imagen y gesticulación emotiva: la palabra. La expresión de los estados emotivos permitió al hombre primitivo establecer un sistema de comunicación eficaz dentro y fuera del grupo. Es probable que el líder de una tribu expresara su autoridad por medio de gestos, que los cazadores anunciaran la cercanía de la presa a través de una seña con la mano, o que el miedo común a la oscuridad se manifestara con gruñidos siempre idénticos. De la imagen física de la emoción a su expresión en palabras no habría más que un paso.

Es obvio pensar que la articulación de palabras fue el resultado del sonido que provocó una emoción, y que a partir de entonces se identificaría con un estado del alma. Y así, las palabras y las imágenes se reprodujeron a sí mismas. De cada sonido original que designaría al miedo, por ejemplo, se desprendieron otros sonidos afines para precisar diferentes matices de la percepción del temor. Mientras más avanzada la historia de la humanidad más lejos quedamos de aquellos impulsos originales que propiciaron la formación de palabras. Sin embargo, el fondo de una de ellas sigue conectado con la emoción primigenia que las produjo, a pesar de nuestra necesidad racional. En ese orden de ideas, pronunciar una palabra sigue significando invocar una emoción pretérita, que sigue generando un grado específico de tensión muscular en el cuerpo de quien articula esos sonidos. Sólo los grandes poetas han sido capaces de desentrañar los misterios ocultos de la raíz emocional de las palabras. Porque más allá de las etimologías, la palabra encierra otras voces. ¿Cuánta descarga emocional se producirá en nuestro ser al pronunciar la palabra paz o la palabra amor? ¿Cuántas y cuáles emociones puede despertar la pura repetición de un poema de san Juan de la Cruz, de Dante, o de sor Juana Inés de la Cruz? ¿Cuántas emociones diversas puede provocarnos una palabra de amor susurrada al oído? ¿Cuánta amargura puede dejarnos una frase hiriente? De hecho, si nos detuviéramos a considerar el poder invocador que tienen las palabras,

tendríamos que hablar forzosamente de la Cábala. La Cábala, como su nombre indica, era una tradición. Esa tradición se sustentaba en la idea de que Dios había transmitido su presencia por medio de un Nombre susurrado a los oídos de Moisés. Esa palabra contenía la verdad y el sentido de las cosas, era el Dios mismo. Siguiendo una tradición secreta, el Sonido aquel fue aprendido sólo por iniciados a través de muchas generaciones. Sin embargo, según los postulados de esa tradición, el Nombre se perdió y hubo que compensar su ausencia con un sistema de búsqueda que mezclaba el poder de las palabras con el conocimiento de los números y sus combinaciones secretas: la Cábala. ¿No sería maravilloso que ese Nombre perdido fuera la palabra amor? ¿Que lo que pasó fue que Dios, en el momento de la Creación, experimentó un gran amor y que esa energía quedó impregnada en cada planta, animal o materia orgánica que forma el universo? Si eso fuera cierto, tal vez lo que Dios le dijo a Moisés en el oído fue que para sentir la presencia divina bastaba con experimentar amor. ¿No sería sensacional descubrir que todos estamos dotados de ternura, de esa capacidad para dar y recibir amor y que la ejercemos invariablemente en el momento de emocionarnos con todo lo que vemos, tocamos, oímos o saboreamos? ¿Vivimos tan confundidos que no nos damos cuenta de que día con día llenamos nuestros pulmones de pedacitos de comprensión y amor de altísimo nivel? En fin, explicado de otra manera, el poder de invocación que tiene la palabra funciona como los números telefónicos. Si queremos entrar en comunicación con determinadas personas sólo tenemos que marcar la combinación de números correcta. De la misma manera, una cierta combinación de letras forma una palabra que nos conecta con un mundo de emociones y significados. Casi todas las fórmulas mágicas sostienen la idea de que las cosas en el Universo están sometidas a la determinación de sus correspondencias. Es decir, que la materia está ligada con una realidad espiritual, con un astro, con un metal, con una planta, con uno de los cuatro elementos, con una manifestación angélica y finalmente con Dios. En ese sentido, la palabra es la clave de una correspondencia misteriosa, la llave para abrir la puerta del mundo de las verdaderas significaciones. El conocimiento de las palabras mágicas le permite al mago descubrir el poder interior de las cosas. De ahí la importancia de pronunciar correctamente «Abracadabra». Si nos equivocamos al deletrearla o nos olvidamos de una de las letras que forman la palabra, la fórmula mágica no surtirá efecto y la puerta que queremos abrir quedará cerrada para siempre. Por eso es innegable la importancia que tuvo la memoria en las épocas históricas en las que el ser humano no dependía de la escritura para fijar sus ideas y conocimientos. Y no sólo me refiero a la etapa primitiva en que el hombre no había desarrollado la escritura, sino a esas muchas otras épocas, que siguen existiendo ahora mismo en muchas partes del mundo, en que la población no sabía leer ni escribir, o que sabiéndolo no lo hacía y que su comunicación con el pasado dependía íntegramente de su capacidad de memorizar por medio de imágenes los datos transmitidos de boca en boca. Si pensamos en el Renacimiento europeo, por ejemplo, o en la última etapa de la Edad Media, cuando grandes grupos dependían de su capacidad de memoria para manejar datos indispensables en la vida cotidiana, ya fueran de orden moral, social o religioso, necesariamente tenemos que hablar de los mecanismos y técnicas que se desarrollaron para estimular el «Arte de la Memoria». Recordemos, para hablar sólo de dos casos, esos fenómenos culturales que representan la necesidad medieval

de recordar: los cantos gregorianos y las catedrales góticas. Cada uno de ellos, verdadero monumento a la memoria, construido a base de imágenes y palabras. Conviene aclarar que el ejercicio de la nemotecnia no era sólo para aquellos que no sabían leer y escribir sino particularmente para los que requerían conservar una gran cantidad de datos frescos en la memoria, especialmente para quienes se dedicaban a cultivar las formas más elevadas de estudios filosóficos o mágicos. Casi todas las formas de nemotecnia sugieren que la relación entre la imagen y la memoria es indisoluble. Las técnicas invitan a crear espacios imaginarios para colocar ahí secuencias de palabras, de objetos o de personas. Por ejemplo, dentro de un espacio que vamos a nombrar «rayo», guardamos las palabras perro, María, piano. Una vez que cada uno de ellos ha sido colocado en ese «espacio» particular, bastará evocar el nombre de «rayo» para que las cosas ahí guardadas, o sea las palabras perro, María, piano, vengan a nuestra mente y vuelvan a tener presencia efectiva. De la misma manera se graban eventos en nuestra mente. Ejemplo: una tarde lluviosa Pedro conducía un automóvil por el centro de la ciudad y tuvo un accidente de tráfico en el que perdió la vida su hijo. Esto le ocasionó una fuerte depresión. Todo el evento queda amalgamado dentro del mismo «espacio» en la memoria, de manera que si vuelve a transitar por la misma esquina del accidente recordará a su hijo, al choque, y automáticamente la depresión lo acompañará toda la tarde. O puede ser que vaya conduciendo su automóvil muy lejos del lugar en el que tuvo el accidente pero empiece a llover: la lluvia bastará para hacerlo entrar en contacto con el «espacio» en la memoria y revivir la dramática experiencia. Volvemos al primer postulado: el ser humano convierte en imágenes sus emociones. Desde los códigos mexicanos hasta los emblemas europeos expresan la idea de que cada imagen contiene memorias y, por lo tanto, provoca en nosotros una infinidad de sentidos ocultos, de emociones dormidas. Una imagen funciona como detonador de emociones sólo si se conecta con el mundo de creencias de una persona, con la opinión que tenga de sí misma o con su memoria emocional. Por ejemplo, si relacionamos el sabor de la leche materna con la vida y con el amor, de grandes buscaremos alimentos que tengan esa misma cantidad de grasas cada vez que necesitemos sentirnos amados. Pues el hombre constantemente está buscando la manera de cambiar para sentirse mejor, y para ello recurre a lo conocido, a lo ya experimentado, a lo que le ha dado buenos resultados. En conclusión, imágenes y palabras no deben perder su cualidad de mediadoras entre el presente y el pasado, entre nuestra racionalidad y nuestras emociones. Porque son el vínculo más profundo y estrecho entre lo que sabemos y lo que reconocemos de nosotros mismos. Porque generan emociones que se convierten en nuevas imágenes y palabras. Porque crean memoria en quienes las ven o las escuchan. Y de nosotros depende que cuando nos recuerden lo hagan con alegría o con tristeza. Que las palabras que pronunciamos sanen o lastimen.

#### **4.5 emociones que sanan y emociones que enferman**

Dentro del medio científico es aceptado que una persona que presencia un asesinato o que sufre una fuerte impresión de tipo emocional puede quedar ciega o sorda, pero no que podría sanar con sólo cambiar su patrón de pensamiento. Se tiene conciencia del daño psicológico que puede ocasionar una discusión familiar,

la falta de afecto o un sentimiento de inferioridad, pero no del poder curativo que una frase repetida varias veces al día nos puede proporcionar. Sin embargo, no podemos negar ni que los pensamientos negativos afectan y causan daños graves en nuestro organismo ni que una oración pronunciada con fe a veces logra respuestas milagrosas en los enfermos. Vivimos en un Universo en constante cambio. Minuto a minuto, nacen y mueren estrellas, tormentas, arco iris, nubes, plantas, animales, seres humanos, pensamientos y emociones. Aceptamos que el viento puede mover una nube de lugar porque lo estamos viendo, pero

no que un pensamiento o una emoción, como le quieran llamar porque, como hemos visto anteriormente, la diferencia entre ambos no es tan lejana como se había considerado, crean reacciones físicas y químicas dentro de nuestro organismo. Aceptamos la salida del sol y de la luna, sabemos de su poder, de su influencia, incluso les rendimos tributo, pero no alcanzamos a comprender lo que nos puede beneficiar el nacimiento de una sonrisa en nuestro corazón. Sin embargo, ya que todo en el Universo cambia, esperamos que la tristeza, que la depresión, que el sufrimiento terminen de un momento a otro, que se eclipsen, que se desvanezcan como nubes empujadas por el viento, sin darnos cuenta de que nosotros mismos somos los agentes del cambio. Que la fuerza de una alegría puede ahuyentar el dolor o al menos hacerlo más llevadero. No nos damos cuenta porque la mayor enfermedad de nuestra época es la depresión y el mayor mal la angustia. Y su influencia, como negros nubarrones, nos ensombrece el alma y el entendimiento. Ese terrible mal, que aqueja a millones de personas, tiene el poder de encogernos el corazón, pues cuando uno está deprimido, todo el organismo se contrae. Nuestra capacidad de actuar, de pensar, de gozar, se reduce a su mínima expresión. Estarán de acuerdo conmigo en que la vida moderna que se lleva en las grandes ciudades en nada colabora para ensanchar nuestro espíritu. Nos impone en todo momento grandes exigencias y agudiza aún más la sensación de ahogo. Diariamente hay que luchar a brazo partido por un espacio en el metro, en el estacionamiento, en los restaurantes, en los cines. Hay que soportar el ruido de los automóviles, de las fábricas, de las radios a todo volumen. Hay que llegar al trabajo en medio del tráfico, lo más rápido posible y al mismo tiempo que se cuida la cartera, se evitan los accidentes, se escapa de los asaltantes, para finalmente cumplir con un horario y poder cobrar un sueldo a fin de mes. Con todo esto, las grandes ciudades se han convertido en el mejor caldo de cultivo para las tensiones. Para mantener la tensión muscular de un órgano o de un músculo se requiere de mucha energía. Podríamos decir que cada músculo tenso es, al igual que la gota que cae de un grifo mal cerrado, una fuga constante de energía que nos produce cansancio, adormecimiento, sueño. El estrés, entre otras cosas, ocasiona la contracción y el endurecimiento de los órganos internos, y dificulta su funcionamiento. Les pone una camisa de fuerza que no los deja trabajar. Al contraerse provocan que la membrana que los cubre se les adhiera totalmente y los imposibilite para expulsar el calor y las toxinas que guardan en su interior. Normalmente, el calor que un órgano produce mientras trabaja es expulsado del cuerpo a través del esófago. Este largo tubo funciona como la chimenea de una fábrica, dejando salir el aire caliente. A temperaturas bajas, podemos observar claramente la salida de vapor por nuestra boca mientras hablamos. Ahora imaginen lo que pasa cuando el silencio y la

soledad nos obligan a mantener la boca cerrada. Cuando aparte de esto, el estrés obliga a nuestra maravillosa maquinaria interna a trabajar a marchas forzadas para cumplir con su labor de purificación, de transformación y de mantenimiento de todo nuestro cuerpo. La imagen más apropiada sería la de una olla express a punto de explotar. De hecho, dicen que el corazón de una persona que murió de un infarto parece como si lo hubieran cocinado.

Como vemos la simple emisión de un sonido y su correcta vocalización nos puede evitar muchos males. En la antigüedad, los maestros taoístas descubrieron que ciertos sonidos estaban estrechamente relacionados con cada uno de los órganos y que el aprendizaje de cómo emitirlos era necesario para aliviar la depresión, la ansiedad o la ira. Es más, en el Tíbet existe un monasterio especializado en el diagnóstico y cura de enfermedades a través del sonido y los monjes pasan toda una vida aprendiendo a emitir sonidos curativos con resultados sorprendentes. Desafortunadamente, no todos tenemos acceso a este tipo de conocimientos y, por lo tanto, estamos expuestos a sufrir las terribles consecuencias que el estrés ocasiona. El estrés, no sólo impide la liberación natural del calor producido por los órganos, sino que los obliga a trabajar en condiciones tan adversas que les ocasiona un desgaste prematuro. La única forma de aliviar la tensión y evitar el sobrecalentamiento de órganos internos es por medio de la relajación y la mejor manera es por medio de la risa. Después de una sesión de carcajadas, nuestro cuerpo se relaja. Con la relajación viene la liberación de la energía negativa que estaba prisionera dentro de nuestro cuerpo. Las glándulas secretan todo tipo de sustancias; lágrimas, sudor, saliva. Las energías fluyen y nos proporcionan un estado de armonía. Al reír, nuestra respiración aumenta y el corazón late más rápido, bombardeando más sangre rica en oxígeno a todo nuestro organismo. Como resultado, la actividad electroquímica del cerebro se incrementa y nos ponemos más alerta que de costumbre. Otro de sus beneficios es que se incrementa nuestra respuesta inmunitaria. La risa no es sólo una forma de relajarse. Según el doctor William, emérito de la Universidad de Stanford, cien risas al día nos proporcionan el mismo beneficio que 10 minutos de ejercicio aeróbico. Ya que cuando uno ríe a carcajadas, los músculos del abdomen se tensan de la misma forma que cuando hacemos ejercicios abdominales. Los vientres abultados de los burócratas son la prueba contundente de que el trabajo que realizan no les causa risa. ¿La razón? Es un trabajo obligado, mecánico, mal pagado, impuesto por las estructuras sociales. Un trabajo que oprime, que asfixia. Y así como un órgano contraído no funciona correctamente, un individuo tenso tampoco. No puede crear, trabajar, ni producir normalmente. Éste es el motivo por el que los directores de grandes empresas están contratando a especialistas que hagan reír a sus empleados. Claro que no lo hacen por buenas gentes sino por mezquinos. Saben que de esta manera sus trabajadores van a rendir más en su trabajo y producirán mayores ganancias económicas. Yo dudo mucho que logren buenos resultados porque para que un individuo ría tiene que existir un elemento básico: la confianza. Uno sólo ríe con miembros de su grupo, no en compañía de un jefe que lo explota. ¡Pero en fin! Volvamos a la risa. Nuestras primeras sonrisas son reflejos musculares, pero para el tercer mes de vida ya somos capaces de sonreír al ver una cara conocida y tener nuestra primera interacción social verdadera. En el

pasado se pensaba que los bebés aprendían a reír al observar la risa de los adultos, pero ahora sabemos que la risa es innata, está programada en nuestro propio ser. Un científico de la Universidad de Chicago causó impacto con los estudios que realizó con niños sordomudos. No podían oír ni hablar, sin embargo empezaron a reír al mismo tiempo que los niños que gozaban de sus cinco sentidos. A los cinco años de edad, un niño promedio ríe alrededor de doscientas cincuenta veces al día. Desafortunadamente, al llegar a la adolescencia se le van acabando las razones para sonreír y su sentido del humor solamente alcanza para quince risas al día, la mayoría de las cuales son demasiado efímeras para ser recordadas. Y mejor ni hablamos de cómo le irá en la edad adulta. La risa es una poderosa herramienta de comunicación e interacción entre las personas y no una simple reacción a un chiste. La risa une. El hecho de que los individuos que se ríen juntos se sienten parte de un grupo tiene que ver con la sensación de cercanía, de pertenencia, de complicidad que genera el humor. Hay dos formas de hacer reír a otro. Por medio de una imagen o por medio de la palabra. En cualquiera de las dos siempre está presente un deseo verdadero de dar felicidad. Este deseo auténtico y generoso modifica de una forma tajante no sólo el estado de ánimo de un individuo, sino de una colectividad, pues la risa siempre busca compartirse. Cuando escuchamos reír a otro, es casi imposible no unirnos a él. En 1963, en lo que ahora es el territorio de Tanzania, hubo una extraña epidemia de risa. Unos niños de pronto empezaron a reír y sus risas se extendieron a más de mil personas. Incluso tuvieron que cerrar las escuelas y se necesitaron dos años y medio para que el fenómeno se extinguiera. El Times informó: «Un nuevo mal, a orilla del lago Victoria, confunde a los científicos: es una enfermedad de la risa que produce síntomas que rayan en la histeria.» Ojalá que este tipo de epidemias fueran más comunes pues aliviarían bastante la carga emotiva que arrastramos a cuestas. Los científicos que realizan experimentos sobre la tolerancia al dolor, han descubierto que la gente puede soportar mejor el dolor después de una sesión de chistes. No sólo eso, en los consultorios dentales se utiliza el óxido nitroso, o gas de la risa, para que la gente pueda mantener una actitud relajada durante el tratamiento dental. Si el paciente logra controlar el temor y la ansiedad su dolor disminuirá. El óxido nitroso no es un anestésico, simplemente tranquiliza. La práctica de la meditación logra un efecto parecido. Relaja, calma, tranquiliza, física y mentalmente. Si uno logra aquietar los pensamientos, automáticamente las emociones se apaciguan y le permiten al cuerpo una total relajación. Aunque no hay muchas pruebas definitivas de que la risa cure, algunos hospitales, como el Monte Sinaí de Nueva York, están utilizando los servicios de los payasos para atender a los niños y determinar qué tan efectiva es la risa para acelerar el proceso de recuperación de una persona. El doctor Kuhn, psiquiatra de la Universidad de Louisville, está tan convencido de las propiedades curativas de la risa que se convirtió en un comediante profesional para atender a sus pacientes. No le importa lo que la gente «seria» piense. Pues el miedo a ser considerado una persona boba, frívola y hasta cierto punto irresponsable, hace que reprimamos la risa. Y para él, la risa y sus beneficios son cosa seria. Lo más interesante de la risa es que beneficia al que la ejerce aunque sea a través de una risa fingida. De hecho, dicen que si uno aprende bien la mecánica de la risa podría engañarse para ser feliz. ¿Será? Vale la pena intentarlo. Aunque a mi ver, el ser feliz es un poco más complejo. No sólo requiere de un bienestar físico, sino espiritual. El ser humano

siempre se pregunta ¿me siento bien o me siento mal? ¿Estoy actuando bien o estoy actuando mal?, antes de poder determinar si es feliz o no. Se guía por sus emociones para juzgar si sus acciones son correctas o equivocadas. Si con ellas obtuvo lo que buscaba. Si logró que lo quisieran o no. Porque siempre, bajo una alegría o una tristeza está la necesidad de ser aceptado, apreciado, amado. La necesidad de afecto es tan poderosa que es la única que en un estado de depresión puede impulsarnos a salir de nuestro encierro en busca de un olor, de un aliento con aroma de consuelo. Esto que parece tan sencillo resulta de lo más complicado para el hombre actual, pues la comunicación entre los seres humanos, a pesar de los enormes avances de la tecnología, se ha dificultado enormemente. En gran medida a causa de la misma depresión. Uno queda tan agotado después de un día de trabajo en condiciones de tensión extremas que lo único que quiere es dormir y olvidarse de los demás. Nadie tiene tiempo, y si lo tiene, no lo quiere compartir. Todos defienden su espacio. Todos son celosos de su intimidad, de sus conocimientos, de sus logros obtenidos en el campo de batalla: la oficina. Parece que la modernidad deja poco tiempo para escucharnos unos a otros, para querernos, para consolarnos, para apapacharnos. Si en épocas remotas era importante reunirse con los demás miembros de la tribu para compartir experiencias, ahora todo lo contrario. Si antes era importante conversar alrededor del fuego, compartir emociones, advertir sobre peligros inminentes de desastre, ahora no. Si dos seres humanos se reúnen para hablar de negocios, lo hacen con la única intención de obtener un beneficio económico. Nunca le confiarían a su competidor la amenaza de una baja en la bolsa de valores. Se reservarían la información para beneficio personal, para acrecentar su capital, pues están convencidos de que para sobrevivir es necesario un fuerte respaldo económico. Como si la posesión del oro les fuera a garantizar la inmortalidad. Como si la bolsa de valores fuera lo más importante en el mundo. Cuando veo todo esto, me pregunto qué tanto hemos evolucionado. Qué tanto hemos avanzado. ¿Iremos por buen camino? El hombre primitivo sabía que iba bien si lograba mantener la vida de las plantas que lo alimentaban, si lograba vencer a la enfermedad, si lograba una buena caza, si nacían niños sanos y había comida para alimentarlos, si descubría la forma de prevenir desastres, la forma de predecir los eclipses, la forma de mejorar la siembra, de vivir mejor. El hombre moderno, a pesar de contar con una tecnología avanzada y con adelantos científicos en el campo de la medicina, la agricultura y la ganadería, se siente cada día más confundido y más inseguro. Ya no sabe si va bien o va mal. Él cree que va bien si gana más que los demás. ¿Será? Al hombre primitivo le bastaba ver un campo verde, floreciendo, para saber que iba bien. El hombre moderno, encerrado en su oficina de concreto, sin ver la luz del sol, sin enterarse del estado del campo, supone que está bien porque sus acciones de la bolsa subieron y tiene dinero para comer, para vestirse, para viajar y para pagar el hospital en caso de enfermedad, pero sobre todo para pagar sus sesiones con el psicoanalista, pues de otra manera nadie lo escucharía. Todos están muy ocupados en producir y en consumir. El hombre ha perdido el sentido de la vida y se encuentra más solo que nunca. Como soy una romántica empedernida, yo achacaba todos estos males a la «modernidad», pero el otro día descubrí un poema egipcio del siglo VII a.C. que modificó mi percepción del problema y quise seleccionar algunos versos para ustedes: ¿A quién hablaré hoy? Los hermanos son malos. No es posible querer

a los amigos de hoy. ¿A quién hablaré hoy? Reina la avaricia. Todos se apropian de los bienes ajenos. ¿A quién hablaré hoy? El desgraciado se consuela con el desgraciado, porque el hermano se ha convertido en enemigo. ¿A quién hablaré hoy? No hay nadie en quién confiar. Y los amigos nos tratan como a desconocidos. ¿A quién hablaré hoy? El pecado, la plaga del país, no tiene fin. La lectura de este texto de seguro les provocó dos emociones. La compasión y la tristeza. A pesar de los miles de años que nos separan del poeta que escribió estos versos, podemos compartir su dolor, su desilusión, su desolación. Podemos reconocer la emoción que lo movió a la escritura porque la hemos vivido en carne propia, porque se parece a la nuestra. Comprendemos su sufrimiento y nos sumamos a él. En este sentido, el poema crea una unión. Pero por el otro lado, tomamos conciencia de que vivimos dentro de una sociedad depredadora, que hiere, que mata, que a la cual no queremos pertenecer. En ese sentido, el poema nos separa de los demás. El alejamiento nos podría llevar a levantar un muro de protección. A meternos bajo las sábanas y negarnos a pronunciar palabra. En el fondo, lo que anhelaríamos es poder regresar al vientre materno. A ese momento cuando nada nos preocupaba, cuando no teníamos que enfrentar ningún problema. Cuando éramos felices. Los jóvenes deben de saber perfectamente a qué me refiero. Cada día observo la facilidad con que se contagian unos a otros el mal de la depresión. ¡Y cómo no van a estarlo! Ellos tienen acceso al mundo de internet, de las computadoras, de la información y se enteran en segundos de todo lo que pasa en el mundo. Sólo les basta una tarde viendo noticias para darse cuenta del negro futuro que les espera. Para ellos, la sensación de que vamos mal como sociedad debe ser muy obvia. Saben que el mundo que les estamos dejando está contaminado, lleno de bolsas de plástico y de desechos químicos. Un mundo que sufre tremendos cambios climatológicos y constantes desastres ecológicos. Un mundo en conflicto y bajo la amenaza constante de una guerra nuclear. Ante esto, ¿qué pueden hacer? Nada. La imposibilidad de enfrentar el problema, ya no se diga solucionarlo, les deja como única salida la huida. La mejor forma de evasión es el consumo de drogas y el alcoholismo. De esta manera disfrazan su dolor y procuran estímulos que les hagan sentirse vivos. Por supuesto que hay más opciones, ¿pero cómo las van a ver si están deprimidos? ¿Si tienen las alas quebradas? Creo que si de veras queremos salvar a este planeta debemos empezar por mejorar el estado emocional de todos los que lo habitamos. Lo revolucionario sería eso. Sacar a todo el mundo de la depresión. Organizar cruzadas amorosas que repartieran besos, risas, cantos, bailes. Y después de hacer el amor podríamos encontrar una mejor forma de solucionar los problemas sociales y económicos que nos aquejan. «Lo que el mundo necesita es amor» sigue estando vigente. Los beneficios que se obtienen después de hacer el amor son amplios. Aparte de llegar a sentir una total relajación mental y física, en situaciones ideales, el orgasmo nos puede llevar a experimentar estados alterados de conciencia. Y aun la más pobre de las experiencias sexuales nos proporciona placer, eleva nuestra autoestima, y nos sirve para reforzar valores básicos como la confianza en los otros seres humanos, con la ventaja adicional de que quemamos calorías. Pero mientras la utopía llega, tenemos que enfrentar la depresión como podamos. Una forma más o menos saludable es por medio del fenómeno de la identificación, que consiste en hacer propios los anhelos, las esperanzas y los deseos de otro. Me refiero a ir al cine a ver una película, pues las

imágenes tienen el poder de emocionarnos sin importar que sean falsas o verdaderas. Como prueba tenemos lo que sucede cuando soñamos. Sabemos que estamos teniendo una pesadilla y sin embargo nos despertamos con sudor en la frente, la respiración agitada y el ritmo del corazón acelerado. Así que resulta muy reconfortante que alguien luche y gane por nosotros. Que nos ponga a circular la adrenalina. Que nos haga sentir que vencimos un peligro. Que nos coloque en una posición de superioridad desde la cual podamos reírnos del jefe, de la suegra, del vecino. Que nos haga creer que salvamos al planeta, que amamos nueve semanas y media, que acabamos con los malos, que derrotamos al demonio, que aplastamos al muñeco asesino. Tal vez de ahí venga el éxito que tienen las películas de acción. Nos proporcionan emociones que no encontramos en nuestra vida diaria. Desafortunadamente, algunos productores sin escrúpulos han sacado provecho de esta situación para inundar el mercado de películas donde abundan las explosiones, los efectos especiales y todo tipo de violencia. Con el agregado de que en estas cintas se maneja como único valor el dinero, y los héroes que aparecen en ellas son capaces de matar hasta a su abuela con tal de obtener un saco de oro. ¿Que otra alternativa tenemos? Asistir a las salas donde se presentan películas no comerciales. Pero ¿qué tipo de películas vamos a encontrar ahí? Películas de gran calidad artística. Donde no hay efectos especiales pero donde los protagonistas casi nunca salen vencedores. Donde la corrupción, la violencia y el crimen, al igual que en la vida cotidiana, son más fuertes que ellos. Donde los problemas políticos o económicos son inamovibles. Donde los finales felices no existen pues se les considera enajenantes y que van en contra de la realidad. No sólo eso, en mi experiencia personal como jurado en diversos festivales de cine, me he topado con cineastas y críticos que por sistema descalifican toda película que incluya emotividad e imágenes bellas. Por ejemplo, el que un paisaje sea agradable es razón suficiente para eliminarlo de la premiación. En su lugar, se considera las películas que posean un contenido «intelectual», la mayor parte de las veces inaccesible a las masas y por demás aburrido. Todo esto contribuye a que los realizadores sientan que si su película es comprendida por el gran público, si le hace reír, o llorar, no es buena. Como si fuera un pecado tocar la emoción y hablar del amor. Incluso existe el orgullo de decir: mi película sí es de arte, no es «bonita», no es predecible, no tiene final feliz, no es para las masas, no es light, pero sobre todo, no es emotiva. Aquí está uno de los más grandes problemas. Por un lado, la gente que acude al cine lo hace para sentirse bien. Por otro lado, los realizadores buscan sentirse bien con lo que hacen. Unos quieren salir de la depresión y otros, el reconocimiento de la crítica. Los que salen vencedores son los productores de películas comerciales que ganan mucho dinero proporcionando al público películas que los «emocionan» pero cargadas de emotividad negativa, provocando que los espectadores se contagien de esa actitud e influyan en el clima ya de por sí agresivo que rodea el ambiente. Bajo la premisa de estar dando al público lo que quiere, los productores hacen su agosto. Con lo que cuesta explotar un edificio de veinte pisos o diez naves espaciales se podría alimentar a miles de niños por un año. Y yo me pregunto, ¿el público realmente quiere ver ese tipo de películas? No. Lo que quiere es olvidarse por un momento de su angustia. Porque la angustia duele, molesta, enferma. Lo mismo que la ira, la envidia, el temor. Podemos distinguir dos tipos de emociones, las negativas y las positivas. Las negativas nos tensan, obstaculizan el

flujo de la energía, debilitan, entorpecen el funcionamiento de los órganos, dificultan la asimilación de ideas, interfieren en la transmisión de información de una célula a otra. Las positivas, por el contrario, nos relajan, liberan energía, refuerzan el sistema inmunológico, propician la transmisión de información entre células, permiten que fluya la energía, nos ponen más alertas y agudizan nuestra capacidad de aprendizaje. Entre las negativas podemos resaltar el odio, la ira, la tristeza, el temor. Entre las positivas, la compasión, el amor, la alegría, la admiración. ¿Qué es lo que determina que una persona se contagie de una emoción y no de otra? Su mundo de creencias. Por ejemplo, para que nos emocione una ceremonia religiosa tenemos que creer en Dios. Para que la película El exorcista nos atemorice tenemos que creer en la posibilidad de que el demonio nos posea. Lo mismo pasa cuando vemos venir a un perro rabioso. Nos da miedo porque sabemos que la rabia es una enfermedad mortal. Y nos enteramos no necesariamente por haber visto morir a alguien infectado por esa terrible enfermedad sino porque un ser querido se encargó de decírnoslo. Es muy bello pensar que atrás del miedo que nos produce un perro rabioso se esconde el deseo de alguien que no quería que muriéramos de esa manera. Atrás de esa emoción, pues, no sólo está presente un pensamiento, sino un deseo auténtico de brindarnos protección. De compartir una experiencia. De permanecer a nuestro lado de alguna manera. Algunos filósofos definen al amor como la voluntad que tiene el amante de unirse a la cosa amada. Esta voluntad se hace presente cuando compartimos una rosa, un poema, una tarde lluviosa, un rizo de cabello, unas codornices en pétalos de rosa con la persona que amamos. ¿Qué pasaría si creyéramos en el amor? Y lo digo verdaderamente. Si estuviéramos convencidos de que el amor nos va a salvar como especie. Que de ahora en adelante va a estar por encima de la avaricia y del egoísmo. Por encima de las decisiones del Fondo Monetario Internacional y las de cualquier gobierno. Si con esta frase les arranqué una sonrisa me doy por bien servida. No importa. Tal vez ése es el primer paso para empezar a cambiar al mundo. Sonreír. Quizá si empezáramos a considerar la risa como la gran panacea, modificaríamos positivamente nuestro futuro. Bueno, para aquellos que son como santo Tomás, los invito a comprobar los beneficios que les puede ocasionar una sonrisa. Sólo tienen que tomar dos trozos de cartón. En uno van a dibujar una carita sonriente y en otro una enojada. Después se consiguen una persona dispuesta a realizar un experimento científico con ustedes. Lo primero que deben cuidar es que sus manos estén libres de anillos, relojes o pulseras para que los resultados sean óptimos. Luego, le van a pedir que, con su mano izquierda, presione contra el esternón uno de los cartones. Por supuesto que esta persona no debe saber cuál de ellos está sosteniendo. En seguida le van a pedir que levante su brazo derecho sin doblar el codo hasta la altura del hombro, con el puño cerrado. Cuando esté listo, ustedes van a ejercer presión sobre el brazo para tratar de bajarlo y él tiene que resistirse. No se trata de que le rompan el brazo. La fuerza que van a ejercer debe ser firme pero sólo para ver el tipo de energía que el sujeto de estudio posee. Primero lo van a hacer con uno de los cartones y luego con el otro. Lo que pretendo es que comprueben que la carita sonriente le va a elevar la energía y la carita enojada se la va a disminuir. Si el experimento no les funciona pues ríanse de mí un rato. Su organismo se lo va a agradecer.

#### **4.6. literatura y cine que sana, literatura y cine que enferma**

Dependiendo del tipo de emoción que nos produzcan, es posible hablar de una literatura que sana y otra que enferma. Una que libera energías atrapadas en nuestro interior a causa de la tensión y otra que las aumenta para transformarlas en angustia. Hemos venido analizando cómo el mundo de «civilización» y «progreso» en el que vivimos ha hecho a un lado las emociones. Esto es comprensible dado que si a una persona le interesara, le doliera y le lastimara lo que le pasa a los indigentes con los que se cruza directamente en su camino al trabajo, no podría funcionar correctamente dentro de un sistema basado en la competencia y el egoísmo. ¿A qué gobierno le puede interesar que un soldado sienta compasión por el enemigo al que tiene que aniquilar? ¿Que piense en el dolor que va a provocar en la esposa y los hijos de ese hombre al momento de matarlo? O ¿a qué inversionista le agradecería que una anciana se negara a vender una casa ubicada en un área altamente comercial porque en ella nacieron sus hijos y sus nietos? ¿O a qué Casa de Bolsa le puede importar tener como cliente a un millonario dispuesto a repartir su dinero entre los pobres? ¿A quién importan los ríos, las casas, los árboles, los monumentos históricos, los campesinos, los pobres cuando está de por medio el desarrollo económico? ¿Cuál es el valor que tienen en el mercado las emociones? Ninguno. Y tal parece que a muchos les encantaría acabar de plano con ellas para que no interfieran en sus proyectos de desarrollo. Pero a las emociones no se les puede vender tan fácilmente. Nadie las puede abolir. Podemos, a lo mucho, cubrirlas con una manta de indiferencia y no prestarles atención, pero que nos siguen afectando por dentro, no hay duda. Otra forma de apagarlas es modificando nuestra escala de valores, nuestros patrones de pensamiento, de manera que, por ejemplo, lleguemos a la convicción de que la competencia es una actitud «sana». Si en algún momento de la historia del hombre, la solidaridad fue indispensable para la supervivencia, ahora se trata de sobrevivir haciendo a un lado la solidaridad. Veamos qué tan «sano» es esto. Dentro del mundo de la competencia, de entrada, es indispensable demostrar que uno «sabe», que «puede» y que «es mejor» que los demás. Y la forma de lograrlo es anulando y devaluando los logros del de junto. De esta manera, automáticamente nos colocamos en una posición de superioridad. Por supuesto, este acto exige una desconexión emotiva de nuestro compañero de trabajo. Esta práctica nociva que las empresas fomentan se convierte en una fuente constante de tensión laboral que afecta significativamente, en la salud de los empleados. Técnicamente hablando, el estrés es una respuesta mental y física a una situación adversa que moviliza nuestros mecanismos de defensa: el mecanismo de enfrentar o huir. Desafortunadamente, no siempre podemos actuar ante lo que sentimos o percibimos como una amenaza contra nuestra integridad. Nadie tiene el poder de cerrar una Planta Nuclear, ni detener una guerra, ni cerrar una fábrica de armamento, ni siquiera tiene la posibilidad de renunciar a un trabajo donde se le humille constantemente, pues éste significa su sostén económico. Para sobrevivir, lo único que puede intentar es tratar de no involucrarse emotivamente. Pero este proceso de aislamiento resulta altamente doloroso. Encuentro que lo más apropiado para expresar lo que es la desconexión es el momento en que nacemos y nos cortan el cordón umbilical. ¡Qué soledad sentimos! ¡Qué sensación de no sentir quienes

somos! Antes éramos un todo formado por dos. Ahora nos falta una parte, la de la madre. ¿Dónde está? Toda esa angustia ante la vida se desvanece por arte de magia cuando somos abrazados nuevamente por nuestra madre y escuchamos el latido de su corazón. Es un ritmo conocido, que nos conecta con ella, que nos recuerda nuestro origen, que nos da paz. En ese momento sabemos que no estamos solos, que alguien nos ama, que alguien nos cuida. Si analizamos a profundidad la sensación de sentirnos desconectados, podríamos ir más allá de la razón, más allá de lo que nuestros ojos pueden ver, nuestros oídos oír y nuestras manos tocar. Podríamos llegar hasta el lugar que abandonamos al nacer. ¿Cuál es? ¿Dónde está? Ése es un misterio con el que nos enfrentaremos el día de nuestra muerte, cuando retornemos al lugar de origen. Mientras tanto, no podemos evitar sentirnos desconectados, abandonados, solos y como nuestros sentidos no nos alcanzan para percibir otras realidades, buscamos desesperadamente la forma de mantener el contacto con nuestra patria celestial para poder sentirnos hijos amados del universo. Porque muy pero muy en el fondo, intuimos que nuestra madre actuó únicamente como intermediaria para que nuestra alma se instalara en nuestro cuerpo y nuestro cuerpo en la tierra, pero no fue ella quien le dio vida a nuestra alma. Fue alguien más en otro sitio y debe de haber un puente de conexión entre este mundo y el otro. Sólo las personas que amplían su conciencia lo suficiente son capaces de entrar en contacto con esos mundos y descubrir que no estamos tan solos como creemos. Pero los que no podemos, seguimos buscando la forma de establecer contacto. Así como en el ombligo nos queda la marca de que alguna vez estuvimos en el vientre de nuestra madre, debe de haber un signo que nos muestre de dónde venimos, quiénes son nuestro padre y nuestra madre celestiales. ¿Por qué no sentimos el sonido de su corazón? ¿Por qué no sentimos su abrazo? ¿Por qué no acuden a nuestro llamado? Tal vez por eso, cuando uno grita y la soledad le hace eco, cuando se siente aislado, cuando no encuentra sentido a la vida, siente una urgencia por encontrar un sonido, un ritmo, una palabra que lo conecten nuevamente a ella. Que le hagan sentirse acompañado y seguro. La palabra, en su carácter de invocación, vincula, une, establece puentes en la memoria. Si nos atenemos a lo que algunos estudiosos han expresado, se puede decir que la primera forma de manifestación de la literatura fue rítmica. Allí están como prueba los versos que expresan en distintas culturas, la regularidad del ritmo de las siembras, o la ira de los dioses, expresada en la métrica regular de las danzas sagradas. Posteriormente surgió la necesidad de narrar acontecimientos de la vida cotidiana, alejados de los esquemas métricos y surgieron las formas narrativas. Se trataba de estructuras flexibles, que permitieron una longitud mayor y la creación de grandes ficciones imaginadas. Éstas eran formas más cercanas a nosotros que las de los mitos antiguos, pero eran igualmente profundas y universales. Así, la literatura seguía cumpliendo su función de relacionar al hombre con sus propios sonidos, es decir, la de conectarlo con la vida. En este sentido, la literatura ponía al ser humano en comunicación con sus más elementales referencias de la realidad y lo ayudaba a confrontar sus propias imperfecciones y deseos, revelándole un mundo de voces ambiguas venidas de lo más profundo de la conciencia colectiva. Ante una palabra o concepto que el hombre reconocía en un texto sentía lo mismo que cuando encontraba a un amigo conocido y se abrazaba a él. En la mitología, por ejemplo, el hombre encontró la forma ideal para reconocerse en otro al crear

una forma simbólica compleja que representa por medio de imágenes las manifestaciones más esenciales del ser humano. Para comprobarlo, basta recordar los estudios de Karl Jung. La literatura desprendida de la mitología se convierte en un espejo donde todos nos podemos reconocer. De la misma manera que los personajes de la mitología nos representan, hay palabras que encierran en su interior la manifestación más importante y suprema que puede haber: la de la divinidad. Estas palabras son los mantras o las oraciones. El poder de una palabra sagrada es muy amplio y trasciende la burda materia. Ojalá que en el nuevo milenio la ciencia se encargue de demostrar que la pronunciación y repetición, ya sea de un mantra o de una oración, en un estado de relajación o meditación, nos abre la puerta a un universo desconocido. Nos lleva más allá del pensamiento, del sufrimiento, del abandono, pues nos hace uno con la energía suprema. Aquella que está presente en cada partícula de este universo y que nos es común a todos los seres humanos. Este vínculo colectivo es muy poderoso. Nos integra a todos por igual y nos hace sentir parte de cada árbol, de cada piedra, de cada estrella, de cada ser humano, pues en todos ellos, al igual que en nosotros, vibra una misma energía, una misma palabra. Ya un santo en la India dijo: «Cuando el nombre de Dios está en tu lengua, la liberación está en tu mano.» Hace poco, dentro de un laboratorio, se realizó un experimento poco usual. Se les rezaba a las bacterias para comprobar si la oración tenía efectos reales sobre la materia o sus efectos eran producto de la fe. Las bacterias no piensan, no creen en Dios y por lo tanto no son material influenciable. Para sorpresa de los investigadores, las bacterias reaccionaron positivamente a las oraciones, pero no de una forma realmente «comprobable» para la ciencia. Ninguna revista médica ha publicado los resultados del estudio. Por otro lado, hace años el libro de Luise Hay Tú puedes Sanar Tu vida, causó una revolución. Yo misma, les puedo asegurar que sané de varias enfermedades repitiendo frases que vienen en su libro. Ella sostiene que la mayoría de las enfermedades son causadas por un patrón de pensamiento negativo. Lo único que tenemos que hacer es modificar ese patrón de pensamiento para recuperar la salud. Ella, en sus años de experiencia como terapeuta, identificó la emoción escondida atrás de cada enfermedad y diseñó la frase adecuada para contrarrestarla. Si analizamos las frases que tenemos que repetir para recuperar la salud nos vamos a encontrar que la mayoría contienen las palabras: seguridad, amor, aceptación, perdón. Precisamente las palabras mágicas que la sociedad en la que vivimos nos niega. Sería sensacional que todos los seres humanos tuviéramos conciencia de que las palabras nos pueden sanar o enfermar, que una palabra de amor genera una ola que acaricia a millones de personas. Que une, que vincula, que libera energía. ¿Pero qué pasa cuando la palabra pierde ese carácter? ¿Cuando en lugar de unión crea confrontación? Cuando es utilizada para difamar, para insultar, para manipular. Cuando no refleja la realidad ni respalda la verdad. Cuando la palabra «libertad» significa esclavitud. Cuando se habla de «democracia» mientras se impone una dictadura. Cuando se nos ofrece ayuda para la defensa de nuestra soberanía y sabemos que vamos a acabar perdiendo hasta la camisa. En esos casos, la palabra es como un son que nadie baila porque su ritmo es irreconocible. El son de la razón sin corazón. Hubo un tiempo en que empeñar la palabra era un acto respetable. El honor iba de por medio. Uno podía confiar totalmente en lo ofrecido por un caballero pues sabía que pasara lo que pasara cumpliría con lo prometido. En cambio, ahora, en boca de algunos medios

de comunicación y la mayoría de los políticos, las palabras no siempre expresan la realidad sino todo lo contrario. No cumplen con su misión de informar. La herencia de Cantinflas se respira en los discursos de los políticos. Hablan sin hablar. Dicen sin decir. Utilizan palabras ambiguas para engañar, para confundirnos y obtener nuestro voto. Eso es lo único que les interesa. Por su parte, muchos medios de comunicación no comunican. Se interesan por las noticias sensacionalistas, de corte amarillista, porque son las que más venden. La prioridad es encarecer la publicidad en la televisión, atraer patrocinadores importantes, aumentar la venta de periódicos o revistas. Lo que importa es la noticia y no la verdad. La palabra en estos casos es como un veneno de efecto prolongado. Por eso soy muy cauta cuando leo los periódicos. No sólo por la cantidad enorme de mentiras que aparecen publicadas, incluyendo declaraciones mías que nunca he hecho, sino por la cantidad de verdades tan serias y preocupantes de lo que sucede en el mundo. Y así como un músculo tenso representa una fuga constante de energía, una mente obsesionada quema gran cantidad de glucosa. Si generalmente el cerebro utiliza el 20 por ciento de la energía metabólica de nuestro cuerpo, imaginen lo que pasa cuando trabaja horas extras pensando en cómo detener las guerras fratricidas, cómo proteger a los niños de la calle, cómo ayudar a las víctimas de terremotos, inundaciones o el narcotráfico. A veces el exceso de información puede resultar contraproducente, pues nos deprime con las terribles consecuencias que esto acarrea. El miedo entra por los ojos. Ellos son los que nos advierten cuando el peligro acecha y nos informan cuando cesa. Los noticieros y los periódicos nos inundan de imágenes terroríficas que nos llenan el corazón de temor. Para contrarrestarlo, bastaría ver la imagen de un campo verde. Al verde se le asocia con la esperanza y con todo lo que potencialmente contiene formas de vida, con el renacer de las plantas, con la acción renovadora de la naturaleza. Frente al verde nadie puede renunciar a un sentimiento de bienestar y paz, de ahí que toda terapia que use los colores ha de buscar el verde como elemento esencial para recuperar la salud del espíritu. No es gratuito que muchas culturas del mundo, incluyendo la azteca, hayan asignado al verde la cualidad de la curación y la salud. Si la imagen de un campo verde se deja acompañar de un cielo azul, libre de smog, y de anuncios comerciales, contamos con el bálsamo ideal para el alma. Como este tipo de medicamento no se encuentra fácilmente en estado natural, uno acude al cine en búsqueda de imágenes que le hagan sentirse mejor. Se acomoda tranquilamente en la butaca y se dispone a gozar de una buena película. ¿Y qué pasa? Que la mayoría de las veces, en lugar de salir tranquilizado uno sale muy empeorado, emocionalmente hablando. Independientemente de lo que nos pueda alterar el contenido de la cinta, no sé si lo han notado, pero cada día aumentan más el sonido en las escenas de suspenso, o de persecuciones. Obviamente lo hacen con el propósito de intensificar el miedo y la angustia, ¡y vaya que lo logran! No sé qué es peor, si el miedo a que los tímpanos se revienten o a lo que le puede suceder al protagonista de la película. O las dos cosas. El caso es que la música diseñada para acompañar las escenas de suspenso nos pone los nervios de punta. Técnicamente hablando, el suspenso es la duda que tiene el espectador sobre si el héroe va a lograr o no sus propósitos. Nosotros, los espectadores, como estamos identificados con él, queremos que triunfe a toda costa, pues su triunfo representa el nuestro y, entonces, sufrimos en carne propia cada uno de los percances que sufre. No lo

sentimos, pero cada golpiza que recibe, cada huida que realiza, cada accidente que sufre nos afectan en el funcionamiento del hígado y del corazón dependiendo del grado de angustia que nos despierten. Se dice que poco veneno no mata, pero que daña, daña. Cada imagen, cada sonido, cada palabra que entran en nuestra mente nos afectan. En ese sentido, una ida al cine puede resultar dañina. Sería importante que los creadores estuvieran muy conscientes de las repercusiones que pueden tener las palabras y las imágenes que estamos manejando. Todas ellas generan emociones que afectan de forma sustancial ya sea a nuestros lectores o a nuestros espectadores. En ese sentido, se puede hablar de que existe una responsabilidad del creador. Estamos manejando material altamente sensible. Tal vez en el futuro a los libros y a las películas se los acompañará de la leyenda «este producto puede resultar nocivo para su salud». Mientras tanto dependemos de nuestro buen juicio para elegir el tipo de libro, de periódico, de noticiero o de película que vemos, pues tienen un carácter invocador. Cada imagen, cada frase dicha establecen un puente en la memoria y nos conectan con nuestro origen. ¿Y qué pasa cuando la labor del escritor deja de ser la de mediador y tiende a convertirse en la de «desconector»? Cuando a la vocación narrativa se impone la necesidad de demostrar que se es más inteligente que los demás. Cuando lo que al escritor le interesa es reafirmar su superioridad intelectual, la literatura se convierte en un lenguaje más del poder. Este tipo de escritura está hecha para «sorprendernos», para dejarnos fuera de un juego de entendidos que permite colocar al autor entre un grupo selecto de exquisitos que comparten sus «combinaciones» privadas, que sólo ellos entienden y que terminan por matar la vitalidad del fenómeno artístico que provee la literatura. Dicho en otras palabras, ellos piensan que para que una obra artística sea importante, debe apelar exclusivamente a la razón y debe de estar lejos de la comprensión de las grandes mayorías, pues si ellas la comprendieran estarían en el mismo nivel intelectual del creador y en el mundo de la competencia esto es inaceptable. Esta actitud genera un fenómeno que yo llamo el del «nuevo traje del emperador». ¿Recuerdan el cuento? Un rey muy soberbio, con poder absoluto, manda hacer un traje para una ocasión muy especial. Traen a un sastre famoso que resulta ser un gran pillo que lo engaña presentándole una tela maravillosa y, por supuesto, carísima, que no existe. El rey no la ve, pero el sastre embaucador le dice que sólo los inteligentes pueden verla. Nadie más. El rey cae en la trampa y afirma que la tela es efectivamente preciosa y todos en el reino, con tal de no quedar como tontos, se asombran ante la tela invisible. Valga este ejemplo para ilustrar lo que el tipo de literatura sólo para intelectuales puede provocar. En el fondo del fenómeno necesariamente está el egoísmo del creador. Y no me refiero a una posible necesidad económica o a un deseo de progreso profesional o de fama, cada una de estas cuestiones serían un mal menor si no tuvieran como fondo una intención depredadora. Estoy hablando de un tipo de literatura provocada por una actitud insana y emocionalmente negativa, que provoca en los lectores agobio y desesperación. No estoy hablando de una literatura «inmoral», sino de una «inmoralidad» al escribir una literatura excluyente, que deja al ser humano fuera del alcance de sí mismo y que sólo se compromete con el propio beneficio, material o inmaterial, de quien la escribe. El escritor no comprometido produce una literatura que oprime a los lectores. Si consideramos lo que Elena Garro dijo en Recuerdos del porvenir: «Yo sólo soy memoria», ¿qué pasa con el lector que no se reconoce en la lectura? ¿Con ese ser

que buscó en el libro una conexión y que siente que las palabras de ese libro no fueron escritas para él, que nadie lo tomó en cuenta, que, es más, se le desprecia tremendamente y no se le considera capaz de ocupar un sitio dentro de los intelectuales que habitan el Olimpo? ¿Aquel que acudió en busca de un abrazo y encontró todo lo contrario? Pues se deprime aún más. Todo el mundo busca mejorar y sentirse bien con lo que hace. No hay forma de sentirse mejor que cuando es amado, apreciado, valorado. Los escritores, al igual que los cineastas, buscan que su literatura sea apreciada, pero como los valores que rigen la crítica son los meramente racionales, escriben de forma que salga a la luz todo su caudal de conocimientos. Por otro lado, la gente busca sentirse bien encontrando una conexión con su memoria, con su origen, y si no encuentra ninguna relación con determinado libro, lo rechaza. A pesar de que desde un inicio al escritor no le interesaron los lectores sino los críticos, al no ser apreciado por el público se siente rechazado y, a su vez, rechaza y trata de devaluar a los escritores que sí son bien recibidos por los lectores. Es un juego interminable de «si me rechazas, te rechazo», del que todos los involucrados salimos perjudicados. Sobre todo porque nuestra búsqueda se ve frustrada, porque en lugar de obtener bienestar acumulamos tensión y todo nuestro organismo se contrae. Como ya hemos visto, el medicamento correcto para combatir la depresión sería una buena dosis de humor. La comedia, desde mi punto de vista, es una de las formas de creación más comprometidas. Para hacerla bien se necesita tener un enorme sentido de autenticidad y un gran conocimiento del ser humano. Ya Aristóteles en su Arte Poética, les dio tanto a la comedia como a la tragedia el mismo valor de la verdad y conocimiento. Sólo en algunos momentos de la historia, como nos lo recuerda Umberto Eco en El Nombre de la Rosa, se ha intentado negar a la comedia como generadora de conocimiento y se le ha querido destruir por medio del desprecio y la descalificación. En general, es la estructura de poder la que niega la risa y la considera indigna de ocupar un lugar dentro de las obras «serias», dentro de las creaciones intelectualmente «aceptadas y valiosas». Como el mismo Eco nos hace notar, el poder no se ríe, o sólo lo hace con una mueca falsa, porque la risa es la expresión más auténtica de libertad. Y si de risa hablamos, cuánto más podríamos decir del llanto. La literatura que excluye, nunca se permitiría acercarse al sentimiento y a la emoción verdaderos. Por eso desprecian la importancia del melodrama. De un tiempo a esta parte, o tal vez desde su mismo origen, ha existido una fuerte oposición a los mecanismos emocionales que despierta el melodrama. Se les mira con sospecha, con recelo y con desprecio. Se les considera resortes fáciles de una emotividad barata y se reduce su uso y costumbre a escritos faltos de «seriedad» e insuficientemente «intelectuales». Es necesario que recordemos que el melodrama es uno de los géneros más poderosos en cuanto a su capacidad de influencia y penetración en la sensibilidad de los seres humanos. Es el medio más eficaz para penetrar en nuestro interior y destruir las barreras que el temor racional impone. Es una forma perfecta para acercarnos a nosotros mismos y para preocuparnos por los demás. En general, los lectores que han salido huyendo de los libros «incomprensibles e incomprensivos» buscarán en el melodrama la posibilidad de contacto con un personaje que les permita identificarse sentimental y emocionalmente. Si la manera «racional» e insensible de experimentar la realidad le impide al hombre identificarse con lo que les ocurre a los otros, los géneros

literarios y cinematográficos que recurren a las emociones como base de sus estructuras aportarán la materia prima para poder hacer que la sensibilidad de los espectadores reaccione y se produzca la conexión. En ese sentido, es más fácil que una persona se sienta afligida por los problemas de un personaje ficticio creado en un género melodramático, a que se sienta conmovido por las guerras y las matanzas de la realidad concreta. Tal vez porque siente que las situaciones ficticias al terminar la película tendrán fin y las de la realidad no. En ese sentido es más fácil que un ama de casa llore con una telenovela en donde se aborda el problema de los campesinos a que lo haga por los indios de Chiapas. Ella siente que el problema de Chiapas está fuera de su control, que no puede hacer nada, y como la naturaleza de todos los seres humanos es básicamente compasiva, acude al melodrama para poder ejercerla. En la interpretación budista, la auténtica compasión se basa en la aceptación o el reconocimiento de que los otros tienen, al igual que uno mismo, el derecho a vencer el sufrimiento. Si analizamos, la felicidad propia depende de la felicidad de los otros. Y la tristeza de la infelicidad de los demás. Cuando uno se ve empujado a aliviar el dolor de los otros, está actuando de manera compasiva. ¿Cuántas veces al día nos sentimos obligados a aliviar el dolor de nuestros seres queridos, de hacer que se sientan bien, que no pasen hambre ni frío? El verlos felices nos da felicidad. El saberlos sanos nos da paz. A su vez, la persona que recibe nuestras atenciones mejorará inmediatamente su estado emocional. Encontró una muestra de afecto, alguien le demostró amor, alguien se preocupó por él. Ese acto quedará registrado en la memoria como uno de los mejores y más satisfactorios para ambos. Pasará a formar parte de lo que se empieza a mencionar por los científicos como las huellas dactilares cerebrales. O sea, las imágenes y recuerdos que son totalmente personales y que nos pueden caracterizar a los seres humanos de la misma forma que las huellas dactilares. La vida, finalmente, no es más que un cúmulo de recuerdos, de imágenes, de risas, de lágrimas, a través de los cuales adquirimos conciencia de lo que somos. Y ¿vale la pena vivirla? Definitivamente, sí. A pesar del sufrimiento, a pesar de la tristeza, a pesar del aislamiento en el que podamos a veces caer, pues precisamente en esos momentos es cuando nos preguntamos ¿cuál es el sentido de mi existencia? Y es ahí cuando aflora una sola voz en nuestro interior. Una voz callada, casi inaudible, que no se atreve a expresarse porque el resto del mundo le niega el derecho a afirmarse. Es en esos momentos de soledad, cuando el «ruido» del mundo queda fuera, que podemos escuchar a nuestra alma que nos dice que el único y verdadero valor es el amor. Sólo en la inactividad descubrimos que lo que nos mantiene con vida no es el recuerdo del coche que compramos, ni de los deberes cumplidos, ni del tiempo que pasamos realizando trámites burocráticos, sino la esperanza de hacer todo lo que no hemos hecho: decirle a la gente cercana lo que significa para nosotros, darle un abrazo a un amigo perdido, compartir una tarde de risas con nuestros hijos, mirar una lluvia de estrellas, dar un beso de amor a nuestra pareja, amar, amar, y amar. Estoy convencida de que el día que tenga que partir de este mundo, los sonidos y las imágenes que me van a acompañar no son las de mis archivos en perfecto orden, ni el ruido del motor de mi coche. Serán la imagen de mi padre con los brazos abiertos para recibirme mientras daba mis primeros pasos, la del nacimiento de mi hija, la de mi madre arropándome, la mirada de mi esposo, los besos, las risas, los abrazos, el amor compartido.

## 4.7 en busca de respuestas

Cuando comencé a escribir este ensayo, tenía una gran cantidad de interrogantes. A lo largo del trabajo de investigación encontré las respuestas para muchas de ellas, sin embargo, otras quedaron inevitablemente sin resolver. Me gustaría mencionarlas aquí para que, en caso de que algún científico se interesara en ellas, pudiera entrar en contacto conmigo y me ayudara a salir de dudas. Sé que cada día surgen nuevos descubrimientos y avances que nos pueden aclarar más las cosas. Mi primera pregunta sería: ¿Es posible quemar una emoción? La emoción, según entiendo, es un impulso eléctrico. Como toda corriente energética tiene una vibración y una longitud de onda determinada, pero también un límite de duración. Cuando una emoción nace, debe tener un recorrido parecido al de toda la energía en el Universo, o sea, necesariamente seguirá una curva que incluye inicio, desarrollo y muerte. Para intentar decirlo con claridad, imagino a la emoción como la corriente que proporciona una pila. Ahora bien, las pilas sólo tienen un tiempo determinado.

duran para siempre. Ocurre exactamente lo mismo con las emociones: nadie está todo el tiempo triste o enojado. Pero, ¿qué sucedería si en lugar de esperar a que la emoción muriera por sí misma, aceleráramos su curva de desarrollo y la «quemáramos»? Si en lugar de resistir la tristeza nos ponemos a sentirla más intensamente, ¿será posible utilizar esa energía en exceso y terminar con ella antes de tiempo? En caso de que eso fuera posible, el descubrimiento nos haría ver que de alguna forma podemos controlar las emociones o sus efectos sobre nosotros. ¿Sería posible encontrar una manera «mecánica» para «quemar» las emociones? ¿Se podrían desarrollar técnicas o terapias para aprender a emocionarse eficazmente? Segunda pregunta. ¿Es posible sacar una radiografía de las emociones? No me refiero a los estudios que se han realizado dentro de los laboratorios para registrar la actividad cerebral que se realiza cuando se está experimentando una emoción determinada, no, pienso más bien en ese tipo de experimentos que sé que se están realizando en el FBI, esos estudios que consisten en conectar electrodos en el cerebro de los criminales para luego mostrarles fotografías de las víctimas de un asesinato o del lugar del crimen con el fin de detectar el tipo de reacción que los delincuentes presentan ante el estímulo, pues dichas imágenes están archivadas dentro de su memoria emotiva y el cerebro va a detonar necesariamente una emoción, aun en contra de la voluntad del individuo. Si las palabras e imágenes que tenemos registradas en nuestro cerebro son los detonadores de nuestras reacciones, ¿sería posible predecir la forma en que una persona reaccionará ante determinada emoción? Por ejemplo, supongamos que una persona compasiva observa la foto de un niño de la calle, anémico, muerto de hambre y enfermo. Si la imagen le despierta una emoción compasiva, si le afecta, esa misma persona desearía ayudar en condiciones adecuadas a que el sufrimiento de ese niño terminara. Estamos hablando de una persona de buenos sentimientos. Pero ¿qué pasaría si la misma foto fuera presentada a una persona a la que no le preocupa en absoluto el dolor ajeno, a la que no la emociona ni le despierta ningún deseo compasivo? En este caso, por ejemplo, ¿sería posible conseguir despertar una emoción positiva en un ser acostumbrado a esquivar su contacto con el

sentimiento de los otros? ¿Será posible mover a compasión a un puñado de ricos frente al dolor, el hambre y el desamparo de millones de personas en el mundo? ¿Será posible conseguir que un soldado sienta el padecimiento ajeno y decida dejar de asesinar sólo porque su superior se lo ha ordenado? Por otra parte y desde esta óptica, ¿no creen que sería muy interesante poder prever las reacciones que tendrán frente a ciertos estímulos los gobernantes que vamos a elegir? Sería sensacional poder saber si un par de tetas pueden volver loco a un sujeto y hacerlo capaz de lanzar bombas o desatar una guerra con tal de solucionar sus problemas sentimentales. También sería muy conveniente poder saber qué tanto aprecio tienen algunos por el dinero, especialmente el ajeno, y si se sienten seguros acumulándolo, o si no soportan la idea de quedarse sin sus cuentas de millones de dólares en Suiza. En ambos casos, que la emoción pudiera «quemarse» o que pudiera ser radiografiada, estamos hablando de la necesidad de enfrentar al ser humano como un ente emocional, cuya manifestación íntegra depende de su capacidad para aceptar que es una mezcla de racionalidad y de sensaciones, de emotividad y de pensamientos. Se trata de mirar al ser humano de una manera completa. Y este planteamiento, en el mundo en que vivimos es una transgresión. Porque atravesamos una época que se empeña en concebir al ser humano como un ente arrancado de su pasado, sin memoria, hecho sólo para relacionarse con máquinas y ser «productivo»; un ente que mira sólo hacia el futuro y se ha alejado del contacto con sus emociones. Porque vivimos en un mundo al que le ha importado más la utilidad que el sentido de la existencia, la envoltura que los contenidos, la apariencia antes que la sinceridad de ser lo que se es. Y tal vez si descubriéramos las verdaderas intenciones que están detrás de cada emoción, podríamos ser capaces de entender mejor a nuestros semejantes. Porque, a fin de cuentas, todos los seres humanos estamos buscando constantemente sentirnos bien, y muchas veces lo hacemos huyendo del dolor o del miedo que produce la inseguridad. Habrá gente que no soporte el rechazo y desarrolle una serie de gestos y de máscaras de sonrisas, de recursos de seducción para atraer la atención de los demás, para hacerse simpática, para agradar, para ser indispensable, y entonces esa actitud las transformará en ese tipo de personas muy acomodadas, muy atentas, esas que pueden parecer muy compasivas pero que en realidad están disfrazando un simple, puro y enorme deseo de afecto. Si nosotros fuéramos capaces de «quemar» las emociones negativas, tal vez este tipo de personas no desperdiciarían tanto tiempo y esfuerzo en aparentar lo que no son, es decir, se podrían deshacer de sus miedos e inseguridades y se ocuparían íntegramente en indagar qué es lo que verdaderamente desean de sí mismas, ocupación suficientemente complicada como para mantener interesados el resto de sus vidas. Tal vez si las emociones se radiografiaran bastaría con enterarnos por el esfuerzo de defensa e inseguridad de los verdaderamente sinceros y podríamos, al mismo tiempo, cuidarnos de los mentirosos, o estaríamos capacitados para compadecernos de los equivocados y lucharíamos contra los injustos. Tal vez nos veríamos un poco más como verdaderamente somos. Porque hay una gran diferencia entre querer aliviar el dolor ajeno y querer controlar el mundo para beneficio personal. A mí no me interesa establecer un juicio moral sino hacer una distinción entre diferentes emociones. Desde un punto de vista sano uno siempre tiene deseos de mejorar. Una madre amorosa, por ejemplo, siempre quiere que sus

hijos estén libres de enfermedades y que no les ocurra nada. Eso está bien. Lo que está mal es cuando nuestro bienestar se cifra en que los demás hagan lo que nosotros pensamos que es lo mejor para ellos, aun en contra de su voluntad. ¿Hasta dónde buscamos a los seres que necesitan ayuda empujados únicamente por la compasión, y hasta dónde por la necesidad de controlar sus vidas, de probarnos a nosotros mismos que los demás nos necesitan? ¿Sería posible que por medio de algún recurso científico descubriéramos la manera de desenmascarar nuestras verdaderas intenciones detrás de las apariencias de la bondad y de la generosidad, y enfrentáramos que los deseos de manipulación o de poder pueden ser los verdaderos motores de nuestras acciones y nuestra emoción? Seguramente falta tiempo para que estas y otras preguntas puedan ser contestadas. Ustedes se estarán preguntando, cuáles son mis intenciones al preocuparme tanto por la emoción. Bien. Estamos empezando un nuevo siglo. En este siglo voy a morir y mis nietos van a nacer. Me gustaría, antes de irme dejarles un mundo mejor. Este pensamiento me hace recordar inevitablemente a mi abuela. A ella le tocó pasar del siglo XIX al XX. A ella debió de haberle preocupado, como a mí, el mundo que les estaba dejando a sus nietos. Mi abuela murió un poco después de la llegada del hombre a la Luna. Ya no le tocó ver el surgimiento de las armas químicas, de las guerras bacteriológicas. No supo del SIDA, de las semillas transgénicas, de que los volcanes del Valle de México se hicieron invisibles a causa de la contaminación. No se enteró ya de que los narcotraficantes controlan el mundo. Siempre la recuerdo amable, rezando a diario por todos nosotros, pidiendo porque tuviéramos una buena vida. Sin embargo, sus rezos no pudieron evitarnos el sufrimiento. ¿Cuántos años me quedarán por vivir en este nuevo siglo? ¿Diez? ¿Veinte? ¿En ese lapso tendré tiempo para mejorar un poco el medio ambiente? Me encantaría que mis nietos tuvieran una buena impresión de este mundo al momento de nacer. Que no hubiera bolsas de plástico regadas por todos lados, que no hubiera desechos químicos en los ríos. Que pudieran ver los volcanes. Que pudieran llenar su vista de color verde cuando estuvieran deprimidos. Que sus pulmones no se llenaran de plomo. Que sus emociones no los avergonzaran. ¿Los números realmente sirven para marcar el inicio de una etapa de gestación y una de muerte? ¿Representa algo verdadero dentro de nuestras conciencias el paso de un siglo a otro, de un milenio a otro? Así como es muy claro observar el proceso de germinación, nacimiento y muerte de una semilla, ¿se puede hablar del nacimiento de una nueva civilización? ¿Qué tipo de sociedad me va a tocar ver? ¿Y a mis nietos? ¿Mi abuela, en ese brindis de final del siglo XIX, habrá alcanzado a imaginar la cantidad de hijos, de nietos y bisnietos que iba a tener y el mundo que les iba a tocar vivir? El Sol, nuestro padre, ¿habrá imaginado cuál sería el destino de la Tierra? ¿Y a la Luna? ¿O al mismo Sol? ¿Cuántos nuevos siglos quedan por venir? ¿Cuánto más falta por descubrir, por conquistar? ¿Conquistaremos o seremos conquistados? ¿Se imaginan que nos tocara ver la llegada de una civilización conquistadora, y descubriéramos que lo que más les interesa es apoderarse de nuestro plástico? ¿Que pudiéramos descubrir que hemos vivido en el error y que el sueño de tantas generaciones de alquimistas de fabricar oro fue inútil porque el verdadero material inmutable y perdurable es el plástico y no nos habíamos dado cuenta? Sería una broma verdaderamente de mal gusto. Pero no hay duda de que somos la generación del plástico. Y al parecer, también hemos querido «plastificar» nuestro mundo emocional, lo hemos querido

envolver en un paquete de fingimiento y vacío, así como empaquetamos la carne en los refrigeradores. Sabemos que los futuros antropólogos van a determinar los años de antigüedad de las excavaciones por la cantidad de plástico acumulada bajo la superficie. Esa imagen me pone la piel chinita: me apena. Para mí es un signo de todos los errores que hemos cometido y me gustaría que las imágenes que nos representaran en el futuro fueran otras. No sé si todavía estamos a tiempo. Sólo sé que es posible que demos un paso adelante si nos ocupamos un poco más de la emoción. Un siglo ha terminado. Esto quiere decir que dimos cien vueltas más alrededor del Sol. ¿Cuántas más nos quedan por dar? ¿Eso ya estará determinado de la misma forma en que lo está la cantidad de años que vamos a vivir? ¿Cuántas vueltas más me quedan por darle al Sol? ¿Cuántos atardeceres más voy a ver, y cuántos amaneceres?

#### **4.8 filosofía nerviosa a a la tradición del pensamiento psicologico**

Las citas anteriores coinciden en destacar la importancia que tuvo la fisiología en el surgimiento de la psicología moderna. El propósito de la presente unidad es revisar algunos de los principales antecedentes de la tradición psicobiológica conocida también como psicofisiológica. Como se revisaron en la primera unidad, entre los antecedentes intelectuales de la psicología moderna tienen gran importancia los filosóficos y los planteamientos acerca de cómo conocemos o acerca de la mente o de la conciencia, sea el caso del racionalismo y el empirismo, además de las distintas concepciones acerca del dualismo y el monismo. Respecto del añejo problema de mente y cuerpo existen varias posturas, dos de ellas son el monismo y el dualismo. El monismo sostiene que todo en el universo se compone de materia y energía y que la mente es un fenómeno derivado del funcionamiento del sistema nervioso. En contraposición, el dualismo defiende la doble naturaleza de la realidad (natural y/o humana). Mente y cuerpo son distintos; el cuerpo está compuesto por materia corriente, pero la mente no. 39 En ánimo de aclarar términos, cuando digamos fisiología y psicología fisiológica o de la psicofisiología entenderemos el estudio de: · ... los elementos, estructuras y procesos biológicos y fisiológicos relacionados con los fenómenos psicológicos y el comportamiento, sea éste normal o patológico; Los sistemas biológicos más estudiados por su relación con la mente y el comportamiento son: los sistemas orgánicos del cuerpo, el sistema nervioso (de modo destacado el cerebro) y el hormonal. El término "psicología fisiológica" fue utilizado en el siglo XIX como sinónimo de psicología experimental. Posteriormente se restringió hasta llegar a referirse exclusivamente al estudio de las bases biológicas de la conducta. Comúnmente en las investigaciones que realiza la psicología fisiológica, se emplean animales de experimentación y una amplia variedad de técnicas que permiten actuar sobre el sistema nervioso. La variable independiente suele ser una lesión, alteración o estimulación del sistema neuroendócrino y la dependiente es, un cambio en la conducta o en el sistema nervioso. Por otra parte, el término "psicofisiología", aparece por primera vez a mediados del

siglo XX con la finalidad de resaltar el aspecto opuesto: el estudio de los procesos psicológicos a través de técnicas fisiológicas no invasivas en sujetos humanos. Una de las características distintivas de la psicofisiología ha sido su constante preocupación por estudios acerca de la conducta humana, tanto normal como anormal, utilizando técnicas de registro fisiológico en experimentos únicamente psicológicos. Los registros fisiológicos incluyen tanto el registro de acontecimientos eferentes (cambios en la actividad muscular y glandular) como el registro de los cambios funcionales en el tejido neural (por medio de electroencefalografía y otras técnicas de neuroimágenes). Estos métodos de registro fisiológico proporcionan imágenes sobre el cuerpo viviente (músculos, vísceras y cerebro) mostrando complejos mecanismos psicológicos que controlan la conducta humana. A principios del siglo XIX había distintas concepciones de cuáles debían ser los métodos para estudiar las funciones. Por una parte los alemanes, encabezados por Johannes Müller, pensaban que debían utilizar la observación objetiva y rechazaban la vivisección por ser cruel e infructuosa. Por otra, los franceses, encabezados por François Magendie (1783- 1855), pensaban lo contrario; la vivisección era indispensable para recoger datos sobre las funciones corporales. Las dos escuelas hicieron con sus métodos importantes contribuciones al conocimiento de las funciones orgánicas. Los primeros, por ejemplo, estudiaron las glándulas, la sangre, la linfa, el sistema nervioso y los órganos de los sentidos. Los segundos trabajaron en explicar la fonación, funciones del sistema nervioso, la nutrición, la digestión, etc. 40 Ambos métodos confluyeron a mediados del siglo XIX. Los métodos fueron expuestos de forma brillante por un fisiólogo francés: Claude Bernard (1813-78), discípulo de Magendie, en su obra *Introducción al estudio de la medicina experimental* (1865). Bernard fundamentó la investigación fisiológica en el llamado razonamiento experimental. Se iniciaba éste con una idea a priori elaborada racionalmente que debía ser confirmada o rechazada por experimentación. El ímpetu de las aportaciones de las ciencias naturales hasta la primera mitad del siglo XIX el ingenioso ejercicio del método científico-experimental fueron un valioso dispositivo de investigación, Debido a ello, cabe ahora recordar que se emprendió con la fisiología la puntualización de asuntos temáticos heredados de la filosofía, para establecer la agenda temática de la novedosa psicología moderna finisecular.

Dualismo y monismo en psicología Existen varias propuestas acerca del monismo y del dualismo para explicar la relación cuerpo-mente. De éste último, una versión es la hilmórfica de Aristóteles donde cuerpo y alma son dos sustancias diferentes pero inseparables. Un segundo planteamiento es el de René Descartes quien habla de dualismo y unión. Una tercera postura es la del dualismo paralelista. La concepción aristotélica fue retomada durante la edad media y, no es sino hasta el siglo XVII en que se ve cuestionada de forma radical. Uno de los principales objetores de esta concepción fue René Descartes (1596-1650), de quien ya se habló en la primera unidad. Descartes es, probablemente, uno de los filósofos que más impacto han tenido en el pensamiento psicológico, pese a no proponerse hacer una filosofía antropológica. Una de sus aportaciones más importantes para el desarrollo

de la ciencia y posteriormente de la psicología fue su postura acerca del dualismo. Para él, pensamiento y materia son dos sustancias distintas. La materia y el cuerpo son entidades extensas que operan en forma mecánica y que se explican por principios físicos. La mente (que sólo es humana) es inextensa y libre. Mente y cuerpo a pesar de ser diferentes, interactúan en el ser humano. La mente puede influir en el cuerpo y el cuerpo en la mente. Por ello, algunos intérpretes han llamado este enfoque como "dualismo interaccionista". Esta denominación no corresponde a la concepción cartesiana, como se mencionó en la primera unidad, pero así ha sido entendida y criticada. En realidad, la 41 noción cartesiana que mejor explica al ser humano es la de "unión" 1• El ser humano es un ser compuesto. En cambio, la naturaleza sólo es material. La idea central del pensamiento del siglo XVII era la del mecanicismo, es decir, el universo era visto como una máquina. El cuerpo se comporta como una máquina y sus operaciones pueden por ello explicarse mediante leyes mecánicas del movimiento de los objetos en el espacio. De esta forma, el mundo natural, incluyendo el cuerpo humano, podía comprenderse sin necesidad de apelar a fuerzas o espíritus ocultos. Por su parte, la mente inmaterial tiene, entre otras, las capacidades de pensamiento y de conciencia. Por ello, nos permite el conocimiento del mundo exterior. El pensamiento humano no pertenece al mundo material, por tanto es inmaterial, libre e inextenso. Sólo puede conocer el mundo por medio del cuerpo. En El tratado del hombre (escrito entre 1620 y 1633), Descartes observó que algunos movimientos del cuerpo eran automáticos e involuntarios, a los que llamó actos reflejos (del latín reflectere=doablarse sobre sí mismo). Para él la característica primordial del cuerpo era la de ser una red extensa, con el privilegio de tener órganos receptores, nervios y cavidades huecas (ventrículos) llenas de líquido a presión ("espíritus animales") que comunican interiormente unas partes con otras. Los "espíritus animales" son definidos por Descartes, como un viento muy sutil o una llama extremadamente pura y viva; considerados como vapor de la sangre que se desprendía al ser calentada por el corazón fluyendo desde aquí hasta la glándula pineal, ejerciendo sobre el cuerpo control de sus movimientos. Recorriendo estos tubos, encontramos unos filamentos que se unen con los receptores de los ventrículos del cerebro. Cuando la mente decidía realizar un acto, se empujaba a la glándula pineal en una dirección determinada haciendo que estos espíritus fluyeran desde el cerebro al conjunto de nervios apropiados. Este flujo provocaba que los músculos apropiados se inflaran y se movieran. De la doctrina de las ideas cartesiana se habló con cierta amplitud en la unidad anterior. Baste recordar que Descartes suponía que en la mente teníamos tres tipos de ideas: innatas, adquiridas y ficticias. Las adquiridas se producen mediante la aplicación de un estímulo externo, y, por ello, son producto de la experiencia sensorial. Las ideas innatas, por lo contrario, no las producen los objetos del mundo externo, sino la mente o conciencia, y son independientes de la experiencia, aunque pueden ser actualizadas o contrastadas por experiencias concretas. Las ideas ficticias son las que construimos nosotros reuniendo elementos de otras ideas (por ejemplo, la idea de una sirena). Algunos pensadores

que entendieron que el dualismo era la noción con la que Descartes explicaba al ser humano, desarrollaron una propuesta paralelista. Por ejemplo, desde el punto de vista de Spinoza los acontecimientos mentales determinan sólo sucesos mentales y los movimientos físicos determinan sólo desplazamientos físicos. No obstante, cuerpo y mente están coordinados de forma preestablecida (básicamente por Dios). Otra propuesta es la del paralelismo psicofísico, del cual hablamos en la unidad anterior y que mencionaremos brevemente más adelante. Desde esta concepción se mantiene tanto el dualismo entre mente y cuerpo, considerando que hay una correlación regular entre los fenómenos físicos y mentales. Una concepción que se opone al dualismo es el monismo, que considera que sólo hay una sustancia (ya sea espiritual o material). A Spinoza se le considera un filósofo monista (la sustancia única es Dios), que sostiene un dualismo de atributos (mente y cuerpo) y paralelista. Julien de la Mettrie (1709-1751) (de quien hablamos en la unidad anterior), es considerado un monista materialista. Desde su perspectiva materialista, sí hay fenómenos mentales, pero son dependientes de los fenómenos corpóreos.

Las citas anteriores coinciden en destacar la importancia que tuvo la fisiología en el surgimiento de la psicología moderna. El propósito de la presente unidad es revisar algunos de los principales antecedentes de la tradición psicobiológica conocida también como psicofisiológica. Como se revisaron en la primera unidad, entre los antecedentes intelectuales de la psicología moderna tienen gran importancia los filosóficos y los planteamientos acerca de cómo conocemos o acerca de la mente o de la conciencia, sea el caso del racionalismo y el empirismo, además de las distintas concepciones acerca del dualismo y el monismo. Respecto del añejo problema de mente y cuerpo existen varias posturas, dos de ellas son el monismo y el dualismo. El monismo sostiene que todo en el universo se compone de materia y energía y que la mente es un fenómeno derivado del funcionamiento del sistema nervioso. En contraposición, el dualismo defiende la doble naturaleza de la realidad (natural y/o humana). Mente y cuerpo son distintos; el cuerpo está compuesto por materia corriente, pero la mente no. 39 En ánimo de aclarar términos, cuando digamos fisiología y psicología fisiológica o de la psicofisiología entenderemos el estudio de: · ... los elementos, estructuras y procesos biológicos y fisiológicos relacionados con los fenómenos psicológicos y el comportamiento, sea éste normal o patológico; Los sistemas biológicos más estudiados por su relación con la mente y el comportamiento son: los sistemas orgánicos del cuerpo, el sistema nervioso (de modo destacado el cerebro) y el hormonal. El término "psicología fisiológica" fue utilizado en el siglo XIX como sinónimo de psicología experimental. Posteriormente se restringió hasta llegar a referirse exclusivamente al estudio de las bases biológicas de la conducta. Comúnmente en las investigaciones que realiza la psicología fisiológica, se emplean animales de experimentación y una amplia variedad de técnicas que permiten actuar sobre el sistema nervioso. La variable independiente suele ser una lesión, alteración o estimulación del sistema neuroendócrino y la dependiente es, un cambio en la conducta o en el sistema nervioso.

Por otra parte, el término "psicofisiología", aparece por primera vez a mediados del siglo XX con la finalidad de resaltar el aspecto opuesto: el estudio de los procesos psicológicos a través de técnicas fisiológicas no invasivas en sujetos humanos. Una de las características distintivas de la psicofisiología ha sido su constante preocupación por estudios acerca de la conducta humana, tanto normal como anormal, utilizando técnicas de registro fisiológico en experimentos únicamente psicológicos. Los registros fisiológicos incluyen tanto el registro de acontecimientos eferentes (cambios en la actividad muscular y glandular) como el registro de los cambios funcionales en el tejido neural (por medio de electroencefalografía y otras técnicas de neuroimágenes). Estos métodos de registro fisiológico proporcionan imágenes sobre el cuerpo viviente (músculos, vísceras y cerebro) mostrando complejos mecanismos psicológicos que controlan la conducta humana. A principios del siglo XIX había distintas concepciones de cuáles debían ser los métodos para estudiar las funciones. Por una parte los alemanes, encabezados por Johannes Müller, pensaban que debían utilizar la observación objetiva y rechazaban la vivisección por ser cruel e infructuosa. Por otra, los franceses, encabezados por François Magendie (1783- 1855), pensaban lo contrario; la vivisección era indispensable para recoger datos sobre las funciones corporales. Las dos escuelas hicieron con sus métodos importantes contribuciones al conocimiento de las funciones orgánicas. Los primeros, por ejemplo, estudiaron las glándulas, la sangre, la linfa, el sistema nervioso y los órganos de los sentidos. Los segundos trabajaron en explicar la fonación, funciones del sistema nervioso, la nutrición, la digestión, etc. 40 Ambos métodos confluyeron a mediados del siglo XIX. Los métodos fueron expuestos de forma brillante por un fisiólogo francés: Claude Bernard (1813-78), discípulo de Magendie, en su obra *Introducción al estudio de la medicina experimental* (1865). Bernard fundamentó la investigación fisiológica en el llamado razonamiento experimental. Se iniciaba éste con una idea a priori elaborada racionalmente que debía ser confirmada o rechazada por experimentación. El ímpetu de las aportaciones de las ciencias naturales hasta la primera mitad del siglo XIX el ingenioso ejercicio del método científico-experimental fueron un valioso dispositivo de investigación, Debido a ello, cabe ahora recordar que se emprendió con la fisiología la puntualización de asuntos temáticos heredados de la filosofía, para establecer la agenda temática de la novedosa psicología moderna finisecular.

Dualismo y monismo en psicología Existen varias propuestas acerca del monismo y del dualismo para explicar la relación cuerpo-mente. De éste último, una versión es la hilomórfica de Aristóteles donde cuerpo y alma son dos sustancias diferentes pero inseparables. Un segundo planteamiento es el de René Descartes quien habla de dualismo y unión. Una tercera postura es la del dualismo paralelista. La concepción aristotélica fue retomada durante la edad media y, no es sino hasta el siglo XVII en que se ve cuestionada de forma radical. Uno de los principales objetores de esta concepción fue René Descartes (1596-1650), de quien ya se habló en la primera unidad. Descartes es, probablemente, uno de los filósofos que más impacto han tenido en el pensamiento psicológico, pese a no proponerse hacer una

filosofía antropológica. Una de sus aportaciones más importantes para el desarrollo de la ciencia y posteriormente de la psicología fue su postura acerca del dualismo. Para él, pensamiento y materia son dos sustancias distintas. La materia y el cuerpo son entidades extensas que operan en forma mecánica y que se explican por principios físicos. La mente (que sólo es humana) es inextensa y libre. Mente y cuerpo a pesar de ser diferentes, interactúan en el ser humano. La mente puede influir en el cuerpo y el cuerpo en la mente. Por ello, algunos intérpretes han llamado este enfoque como "dualismo interaccionista". Esta denominación no corresponde a la concepción cartesiana, como se mencionó en la primera unidad, pero así ha sido entendida y criticada. En realidad, la 41 noción cartesiana que mejor explica al ser humano es la de "unión" 1 El ser humano es un ser compuesto. En cambio, la naturaleza sólo es material. La idea central del pensamiento del siglo XVII era la del mecanicismo, es decir, el universo era visto como una máquina. El cuerpo se comporta como una máquina y sus operaciones pueden por ello explicarse mediante leyes mecánicas del movimiento de los objetos en el espacio. De esta forma, el mundo natural, incluyendo el cuerpo humano, podía comprenderse sin necesidad de apelar a fuerzas o espíritus ocultos. Por su parte, la mente inmaterial tiene, entre otras, las capacidades de pensamiento y de conciencia. Por ello, nos permite el conocimiento del mundo exterior. El pensamiento humano no pertenece al mundo material, por tanto es inmaterial, libre e inextenso. Sólo puede conocer el mundo por medio del cuerpo. En El tratado del hombre (escrito entre 1620 y 1633), Descartes observó que algunos movimientos del cuerpo eran automáticos e involuntarios, a los que llamó actos reflejos (del latín reflectere=doblar sobre sí mismo). Para él la característica primordial del cuerpo era la de ser una red extensa, con el privilegio de tener órganos receptores, nervios y cavidades huecas (ventrículos) llenas de líquido a presión ("espíritus animales") que comunican interiormente unas partes con otras. Los "espíritus animales" son definidos por Descartes, como un viento muy sutil o una llama extremadamente pura y viva; considerados como vapor de la sangre que se desprendía al ser calentada por el corazón fluyendo desde aquí hasta la glándula pineal, ejerciendo sobre el cuerpo control de sus movimientos. Recorriendo estos tubos, encontramos unos filamentos que se unen con los receptores de los ventrículos del cerebro. Cuando la mente decidía realizar un acto, se empujaba a la glándula pineal en una dirección determinada haciendo que estos espíritus fluyeran desde el cerebro al conjunto de nervios apropiados. Este flujo provocaba que los músculos apropiados se inflaran y se movieran. De la doctrina de las ideas cartesianas se habló con cierta amplitud en la unidad anterior. Baste recordar que Descartes suponía que en la mente teníamos tres tipos de ideas: innatas, adquiridas y ficticias. Las adquiridas se producen mediante la aplicación de un estímulo externo, y, por ello, son producto de la experiencia sensorial. Las ideas innatas, por lo contrario, no las producen los objetos del mundo externo, sino la mente o conciencia, y son independientes de la experiencia, aunque pueden ser actualizadas o contrastadas por experiencias concretas. Las ideas ficticias son las que construimos nosotros reuniendo

elementos de otras ideas (por ejemplo, la idea de una sirena). Algunos pensadores que entendieron que el dualismo era la noción con la que Descartes explicaba al ser humano, desarrollaron una propuesta paralelista. Por ejemplo, desde el punto de vista de Spinoza los acontecimientos mentales determinan sólo sucesos mentales y los movimientos físicos determinan sólo desplazamientos físicos. No obstante, cuerpo y mente están coordinados de forma preestablecida (básicamente por Dios). Otra propuesta es la del paralelismo psicofísico, del cual hablamos en la unidad anterior y que mencionaremos brevemente más adelante. Desde esta concepción se mantiene tanto el dualismo entre mente y cuerpo, considerando que hay una correlación regular entre los fenómenos físicos y mentales. Una concepción que se opone al dualismo es el monismo, que considera que sólo hay una sustancia (ya sea espiritual o material). A Spinoza se le considera un filósofo monista (la sustancia única es Dios), que sostiene un dualismo de atributos (mente y cuerpo) y paralelista. Julien de la Mettrie (1709-1751) (de quien hablamos en la unidad anterior), es considerado un monista materialista. Desde su perspectiva materialista, sí hay fenómenos mentales, pero son dependientes de los fenómenos corpóreos

#### **4.9 diferenciación de los fenómenos psíquicos**

En 1811, el científico escocés Sir Charles editó, privadamente, para sus amigos, el ensayo: *An Idea of a New Anatomy of the Brain; submitted for the observation of his friends* (Una Idea de una Nueva Anatomía del Cerebro; sometida a la observación de sus amigos). Describía allí la función motriz de las raíces anteriores de la médula espinal, aunque más tarde llegó a sostener frente a Magendie que también había sido el primero en reconocer la función sensitiva de las raíces posteriores. Esta polémica todavía no se ha aclarado. Bell estuvo muy cerca de descubrir la función refleja de la médula espinal. Sus investigaciones sobre la inervación de la respiración, proporcionaron conocimientos esencialmente nuevos. Opinaba que cada una de las partes del cerebro posee funciones diferentes. En 1826, elaboró la suposición de la existencia del sentido muscular, postulando un *circle of nerves* (círculo de nervios) que uniría cerebro y músculos. Entre cerebro y músculos existe un círculo nervioso: un nervio traslada la influencia del cerebro a los músculos; el otro conduce la sensación de la situación del músculo al cerebro. En el año de 1822, Francisco Magendie, llega a la misma conclusión que Bell, pero demostrando experimentalmente este hecho, trabajando con perros vivos a los que seccionó los nervios de las astas posteriores y anteriores, señalando la función de cada uno. Esta distinción bifurcará los estudios neurofisiológicos de las sensaciones y el movimiento y se relacionará posteriormente con la suposición de que la vida mental es una relación E - R, en los estudios acerca de los reflejos. Energías Específicas de los Nervios Un acontecimiento trascendente tanto para las ciencias médicas y en especial para el surgimiento de la psicología científica moderna, es el establecimiento y funcionamiento en Berlín del primer laboratorio fisiológico de la

historia. Bajo el liderazgo de J. Müller, Johonnots Mullet 1 1801 1853J en Berlín (sede del laboratorio moderno de fisiología) cuatro destacados investigadores aportaron importantes contribuciones. Además, a dicho laboratorio concurrieron personajes tales como Sechenov, Freud y Wundt Entre 1883 y 1840 se publicó el Handbuch de Physiologie des Menchen de Johannes Müller (1801-1858), en el cual se presentó una reseña del conocimiento relevante a su época acerca de la fisiología del ser humano y, en particular la de sus sentidos. Una de las figuras más importantes en el desarrollo de la fisiología fue J. Müller, fisiólogo alemán del siglo XIX, quien era un ferviente defensor de aplicar las técnicas experimentales a la fisiología, insistiendo en que los principales avances en el conocimiento de cómo funciona el organismo sólo se conseguirán extirpando o aislando experimentalmente órganos de animales, examinando sus respuestas y alterando su ambiente. Su contribución más importante fue una teoría conocida como la doctrina de las "energías específicas de los nervios", ley donde una misma energía provoca diferente tipo de sensa<sup>47</sup>ción, según el nervio que active. La calidad de la sensación depende del tipo de fibra nerviosa excitada. Con esto, llega a la conclusión que aunque todos los nervios conducen el mismo mensaje básico, se dará lugar, a distintos tipos de sensación según el nervio estimulado, así como distintos estímulos que excitan un nervio darán lugar a la misma modalidad de sensación, lo cual sugiere la existencia de una especificidad y particularidad de reacción pero cada nervio con respecto al estímulo adecuado correspondiente, y así, se plantea la correspondencia entre estímulos pertinentes receptores y respuestas características. Teoría de la Energía Específica de la Fibras Nerviosas Como una consecuencia de la doctrina de la energía específica de los nervios, se postuló la teoría de las energías específicas de las fibras nerviosas para explicar las diferencias cualitativas dentro de cada sentido. Thomas Young (1773-1829) postuló que en el ojo habían tres clases de receptores y sus correspondientes fibras nerviosas sensibles cada un a un color (rojo, verde y violeta), los colores intermedios ocurrían cuando debido a una cierta longitud de onda se estimulaban conjuntamente varios receptores. En 1852, Helmholtz acepto tres clases de receptores uno para cada color fundamental y por ello propuso tres clases de fibras diferentes para explicar la percepción del color rojo, verde y azul; este autor en 1863 dio a conocer la teoría quditiva de la resonancia, mientras que Hering (1834-1918) señaló seis energías visuales que estimulan los receptores adecuados.

En 1811 , el científico escocés Sir Charles Bell (177 4-1842) editó, privadamente, para sus amigos, el ensayo: An Idea of a New Anatomy of the Brain; submitted for the observation of his friends (Una Idea de una Nueva Anatomía del Cerebro; sometida a la observación de sus amigos). Describía allí la función motriz de las raíces anteriores de la médula espinal, aunque más tarde llegó a sostener frente a Magendie que también había sido el primero en reconocer la función sensitiva de las raíces posteriores. Esta polémica todavía no se ha aclarado. Bell estuvo muy cerca de descubrir la función refleja de la médula espinal. Sus iinvestigaciones sobre la inervación de la respiración, proporcionaron conocimientos esencialmente

nuevos. Opinaba que cada una de las partes del cerebro posee funciones diferentes. En 1826, elaboró la suposición de la existencia del sentido muscular, postulando un círculo de nervios que uniría cerebro y músculos. Entre cerebro y músculos existe un círculo nervioso: un nervio traslada la influencia del cerebro a los músculos; el otro conduce la sensación de la situación del músculo al cerebro. En el año de 1822, Francisco Magendie, llega a la misma conclusión que Bell, pero demostrando experimentalmente este hecho, trabajando con perros vivos a los que seccionó los nervios de las astas posteriores y anteriores, señalando la función de cada uno. Esta distinción bifurcará los estudios neurofisiológicos de las sensaciones y el movimiento y se relacionará posteriormente con la suposición de que la vida mental es una relación E - R, en los estudios acerca de los reflejos.

**Energías Específicas de los Nervios** Un acontecimiento trascendente tanto para las ciencias médicas y en especial para el surgimiento de la psicología científica moderna, es el establecimiento y funcionamiento en Berlín del primer laboratorio fisiológico de la historia. Bajo el liderazgo de J. Müller, Johann Müller 1801-1858 en Berlín aportaron importantes contribuciones. Además, a dicho laboratorio concurren personajes tales como Sechenov, Freud y Wundt. Entre 1883 y 1840 se publicó el *Handbuch de Physiologie des Menschen* de Johannes Müller (1801-1858), en el cual se presentó una reseña del conocimiento relevante a su época acerca de la fisiología del ser humano y, en particular la de sus sentidos. Una de las figuras más importantes en el desarrollo de la fisiología fue J. Müller, fisiólogo alemán del siglo XIX, quien era un ferviente defensor de aplicar las técnicas experimentales a la fisiología, insistiendo en que los principales avances en el conocimiento de cómo funciona el organismo sólo se conseguirán extirpando o aislando experimentalmente órganos de animales, examinando sus respuestas y alterando su ambiente. Su contribución más importante fue una teoría conocida como la doctrina de las "energías específicas de los nervios", ley donde una misma energía provoca diferente tipo de sensación, según el nervio que active. La calidad de la sensación depende del tipo de fibra nerviosa excitada. Con esto, llega a la conclusión que aunque todos los nervios conducen el mismo mensaje básico, se dará lugar, a distintos tipos de sensación según el nervio estimulado, así como distintos estímulos que excitan un nervio darán lugar a la misma modalidad de sensación, lo cual sugiere la existencia de una especificidad y particularidad de reacción pero cada nervio con respecto al estímulo adecuado correspondiente, y así, se plantea la correspondencia entre estímulos pertinentes receptores y respuestas características.

**Teoría de la Energía Específica de las Fibras Nerviosas** Como una consecuencia de la doctrina de la energía específica de los nervios, se postuló la teoría de las energías específicas de las fibras nerviosas para explicar las diferencias cualitativas dentro de cada sentido. Thomas Young (1773-1829) postuló que en el ojo habían tres clases de receptores y sus correspondientes fibras nerviosas sensibles cada una a un color (rojo, verde y violeta), los colores intermedios ocurrían cuando debido a una cierta longitud de onda se estimulaban conjuntamente varios receptores. En 1852, Helmholtz aceptó tres clases de receptores uno para

cada color fundamental y por ello propuso tres clases de fibras diferentes para explicar la percepción del color rojo, verde y azul; este autor en 1863 dio a conocer la teoría quíptica de la resonancia, mientras que Hering (1834-1918) señaló seis energías visuales que estimulan los receptores adecuados.

## **5. LA PSICOLOGIA Y EL PACIENTE**

### **5.1 Infancia, niñez temprana, escuela, adolescencia y madurez**

#### **Infancia: de 2 a 3 años**

Radica en numerosos aspectos, de los cuales merecen destacarse el biológico y el psicosocial. Por un lado, en este período ocurre la mayor parte del crecimiento físico de la vida extrauterina, sustentado en la rápida progresión del esqueleto y la musculatura en los niños con adecuada nutrición. Por otra parte, la vida de relación con los demás seres humanos tiene su origen en la niñez misma, con la posibilidad de definir vínculos que pueden prolongarse por toda la vida.

Por medio de las relaciones con otros, los niños desarrollan su bienestar y se desarrollan social y emocionalmente, este desarrollo incluye las habilidades para tener relaciones satisfactorias con otros, jugar, comunicarse, aprender, discutir abiertamente y experimentar emociones. En términos generales, la formación a través de las relaciones es crucial para el desarrollo de la confianza, empatía, generosidad y conciencia de sí y de los otros. Las relaciones son esas maneras en las que el bebé llega a conocer el mundo y los lugares donde está. En este contexto los padres o cuidadores serán aquellas personas quienes proveen el contexto amoroso necesario para confortar, proteger, motivar y ofrecen elementos para enfrentar momentos difíciles de la vida. El bienestar social emocional es frecuentemente conocido por profesionales de la salud mental y del desarrollo como la salud mental infantil. Entendido como la capacidad de experimentar y regular las emociones, el establecimiento de relaciones seguras y la confianza para explorar y aprender, todo en el contexto de la familia y de la comunidad del niño o niña, y bajo un trasfondo cultural.

En distintos modelos que permiten explicar la construcción de la personalidad, se hace énfasis en la importancia que tiene en la niñez la complementación del potencial genético, las experiencias físicas y afectivas de los primeros meses de vida y las relaciones sociales en los años posteriores. Tal es la relevancia de estos procesos en la infancia que las alteraciones en estas fases dan lugar a perturbaciones que pueden ser el punto de partida de enfermedades mentales de diversas magnitud en el futuro.

A pesar de estos datos contundentes, una importante proporción de los niños del mundo no llega a satisfacer sus necesidades elementales para dar lugar a una vida adulta adecuada, como consecuencia de deficiencias afectivas, nutricionales, sanitarias y de otra índole. El conocimiento de la importancia de la infancia como etapa fundacional de los seres humanos puede ser un punto de partida para comprender la necesidad de destinar esfuerzos para brindar a los niños el mejor

entorno para su desarrollo. La niñez también es la etapa más importante porque ahí es que se crea tu cuerpo tu forma de ser aunque algunas veces puede ser genéticos

Es este el período de la maduración muscular – aprendizaje de la autonomía física; del aprendizaje higiénico – del sistema retentivo y eliminativo; y del aprendizaje de la verbalización – de la capacidad de expresión oral. El ejercicio de estos aprendizajes se vuelve la fuente ontogenética para el desarrollo de la autonomía, esto es, de la auto-expresión de la libertad física, de locomoción y verbal; bien como de la heteronimia, esto es, de la capacidad de recibir orientación y ayuda de los otros. Mientras tanto, un excesivo sentimiento de autoconfianza y la pérdida del autocontrol pueden hacer surgir la vergüenza y la duda, como imposibilidad de ejercitarse en su desarrollo psicomotor, entrenamiento higiénico y verbalización; y sentirse desprotegida, incapaz e insegura de sí y de sus cualidades y competencias. El justo equilibrio de estas fuerzas es importante para la formación de la consciencia moral, del sentido de justicia, de la ley y del orden, además de un sabio equilibrio entre las experiencias de amor u odio, cooperación o aislamiento, autonomía o heteronomía; de los comportamientos solidarios, altruistas o egocéntricos hostiles y compulsivos. La virtud que nace de la resolución positiva de la dialéctica autonomía versus vergüenza y duda son la voluntad de aprender, de discernir y decidir, en términos de autonomía física, cognitiva y afectiva, de tal forma que el contenido de esta experiencia puede ser expresada como: “Yo soy lo que puedo querer libremente”. La presencia de los padres (padre y madre) es fundamental en esta etapa para el ejercicio del aprendizaje de la autonomía y de la auto-expresión para la superación de la vergüenza, de la duda y del legalismo, en la formación de la deseo y del sentido de la ley y del orden. Este período de ritualización de la infancia corresponde, dentro del ciclo vital, a la formación del proceso judicial de la justicia, de la ley y del orden. El ritualismo desvirtuado, tanto permisivo como rígido, conduce al legalismo, tanto permisivo como rígido.

### **Niñez temprana**

La transición de la lactancia a la edad temprana está ligada al desarrollo de una nueva relación respecto al mundo de los objetos. Los principales intereses del niño/a están encaminados al dominio de las nuevas acciones con objetos, lo cual constituye su actividad principal. El adulto asume su papel de maestro, educador, colaborador y ayudante, con el fin de que alcance este dominio, sin embargo, por desconocimiento, no siempre lo hace adecuadamente.

En la niñez temprana ocurren cambios importantes para el desarrollo de la personalidad del hombre y se producen en ella, tres logros a destacar: dominio y perfeccionamiento de la actividad con los objetos, del lenguaje y de la marcha.

Esta etapa constituye el período sensitivo del desarrollo del lenguaje, es decir, es el momento donde se aprende con más facilidad y rapidez la lengua materna.

Aproximadamente a los 3 años se distingue respecto a los demás y dice: “Yo”, “Yo

corro”, “Yo solo”, “Yo quiero”. El niño/a comienza a comprender que es él/ella quien realiza una u otra acción, como resultado de poder ejecutar, sin la ayuda del adulto, las acciones más diversas, de asimilar hábitos sencillos de autoservicio.

Surge la llamada “crisis de los tres años” porque es un período en el que el niño/a desea ejecutar otras acciones más complejas e independientes para parecerse a los adultos y éstos lo limitan y tratan de mantenerlo en actividades de un pequeño/a menor. Entonces, se rebela y el adulto tiene dificultades ante su obstinación y negativismo que, exhibe contra él, ya que lo/a cuida constantemente y sobreprotege

### **Edad Preescolar: de 3 a 5 años**

La dimensión psicosexual de la edad preescolar corresponde al descubrimiento y al aprendizaje sexual (masculino y femenino), la mayor capacidad locomotora y el perfeccionamiento del lenguaje. Estas capacidades predisponen al niño para iniciarse en la realidad o en la fantasía, en el aprendizaje psicosexual (identidad de género y respectivas funciones sociales y complejo de Edipo), en el aprendizaje cognitivo (forma lógica preoperacional y comportamental) y afectivo (expresión de sentimientos). La fuerza distónica de esta etapa es el sentimiento de culpa que nace del fracaso en el aprendizaje psicosexual, cognitivo y comportamental; y el miedo de enfrentarse a los otros en el aprendizaje psicosexual, psicomotor, escolar o en otra actividad. El justo equilibrio entre la fuerza sintónica de la iniciativa y la culpa y el miedo es significativo para la formación de la consciencia moral, a partir de los principios y valores internalizados en los procesos de aprendizaje, en la iniciación del aprendizaje escolar, de la inserción social, a través de los prototipos ideales representados por sus padres, adultos significativos y la sociedad. Ahora la presencia de la tríada familiar es necesaria para la formación de la capacidad de separación afectiva, de dar y recibir afecto a una tercera persona, incluyendo la resolución del Complejo de Edipo. La virtud que surge de la resolución positiva de esta crisis es el propósito, el deseo de ser, de hacer y de convivir, sintetizado en la expresión: “Yo soy lo que puedo imaginar que seré”. El arte dramático y el jugar se vuelven el palco de las virtualizaciones de las experiencias existenciales de la niñez, en los roles y funciones sociales, bien como del aprendizaje de los significados dialécticos de las crisis psicosociales para la formación de su consciencia moral. El moralismo será la palabra para designar la internalización de las reformas cuando es la forma inhibidora y culposa. Esta virtualización se expresa en tres niveles diferentes en la expresión de jugar: en la auto esfera: esto es las sensaciones del propio cuerpo; en la micro esfera: aquello que corresponde a la esfera de los juguetes y en la macro esfera: los actos que corresponden a las relaciones con los otros.

### **Edad Escolar - Latencia: de 5-6 a 11-13 años**

Edad Escolar - Latencia: de 5-6 a 11-13 años En el período de la latencia disminuyen los intereses por la sexualidad personal y social, acentuándose los intereses por el grupo del mismo sexo. La niñez desarrolla el sentido de la industria, para el aprendizaje cognitivo, para la iniciación científica y tecnológica; para la formación del futuro profesional, la productividad y la creatividad. Ella es capaz de acoger instrucciones sistemáticas de los adultos en la familia, en la escuela y en la sociedad; tiene condiciones para observar los ritos, normas, leyes, sistematizaciones y organizaciones para realizar y dividir tareas, responsabilidades y compromisos. Es el inicio de la edad escolar y del aprendizaje sistemático. Es función de los padres y de los profesores ayudar a que los niños se desarrollen sus competencias con perfección y fidelidad, con autonomía, libertad y creatividad. La fuerza dialéctica es el sentimiento de inadecuación o de inferioridad existencial, sentimiento de incapacidad en el aprendizaje cognitivo, comportamental y productividad. De la resolución de esta crisis nace la competencia personal y profesional para la iniciación científica-tecnológica y la futura identidad profesional, expresada en la frase: "Yo soy el que puedo aprender para realizar un trabajo". El aprendizaje y el ejercicio de estas habilidades y el ejercicio del ethos tecnológico de la cultura desarrollan en el niño el sentimiento de capacitación, competencia y de participación en el proceso productivo de la sociedad, anticipando el perfil de futuro profesional. Cuando el niño ejecuta estas habilidades exclusivamente por el valor de la formalidad técnica, sacrificando el sentido lúdico y la fuerza de la imaginación, puede desarrollar una actitud formalista en relación a las actividades profesionales, volviéndose esclavo de los procesos tecnológicos y burocráticos. Aquello que debería ser un momento de placer y de alegría, unido al sentimiento de realización personal e integración social, acaba siendo un proceso desintegrante y formalista.

El año escolar o año académico es el período del año en que los estudiantes van a sus centros de enseñanza. Generalmente dura 6 meses de los cuales se puede dividir en semestres, bimestres, trimestres o cuatrimestres dependiendo del país e institución.

### **Adolescencia: de 12 a 20 años**

El período de la pubertad y de la adolescencia se inicia con la combinación del crecimiento rápido del cuerpo y de la madurez psicosexual, que despierta intereses por la sexualidad y formación de la identidad sexual. La integración psicosexual y psicosocial de esta etapa tiene la función de la formación de la identidad personal en los siguientes aspectos: a) identidad psicosexual por el ejercicio del sentimiento de confianza y lealtad con quien pueda compartir amor, como compañeros de vida; b) la identificación ideológica por la asunción de un conjunto de valores, que son expresados en un sistema ideológico o en un sistema político; c) la identidad psicosocial por la inserción en movimientos o asociaciones de tipo social; d) la identidad profesional por la selección de una profesión en la cual poder dedicar sus energías y capacidades de trabajo y crecer profesionalmente; y e) la identidad

cultural y religiosa en la que se consolida su experiencia cultural y religiosa, además de fortalecer el sentido espiritual de la vida. La fuerza distónica es la confusión de identidad, de roles, la inseguridad y la incertidumbre en la formación de la identidad. La relación social significativa es la formación de grupo de iguales, por el cual el adolescente busca la sintonía e identificación afectiva, cognitiva y comportamental con aquellos con los cuales puede establecer relaciones autodefinitorias; superar la confusión de roles; establecer relaciones de confianza, estabilidad y fidelidad; consolidar las formas ideológicas o las doctrinas totalitarias y enfrentar la realidad de la industrialización y globalización. La fuerza específica que nace de la constancia en la construcción de la identidad es la fidelidad y la fe. La fidelidad es la solidificación y asunción de los contenidos y proceso de su identidad, una vez establecida como proyecto de vida, son resumidos en la frase: “Yo soy el que puedo creer fielmente.” un justo equilibrio -entre la formación de la identidad y la confusión- alimenta la búsqueda constante de nuevos estadios de perfeccionamiento del amor, de la profesión, de la cultura y de la fe. Este proceso puede extenderse a través del tiempo previsto. El del orden social elaborado en la adolescencia es la orden ideológica, una visión de mundo, de sociedad, de cultura y de fe como fundamento teórico de la cosmovisión personal. Las instituciones, detentoras de las ideologías culturales, políticas y religiosas, tienen la función importante de inspirar a los adolescentes en la formación de su proyecto de vida, profesional e institucional. En el afán de superar su confusión el adolescente puede unirse a formas ideológicas totalitarias por las cuales se deja atraer.

La OMS define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo h

umano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Se trata de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios, superado únicamente por el que experimentan los lactantes. Esta fase de crecimiento y desarrollo viene condicionada por diversos procesos biológicos. El comienzo de la pubertad marca el pasaje de la niñez a la adolescencia

### **Madurez,**

El adulto maduro (de 26 a 65 años) Se puede definir la etapa de adulto maduro o madurez como el período del ciclo vital humano que empieza entre los 35 y los 40 años y termina entre los 60 y los 65. Desde la perspectiva biológica, es la fase de la vida que limita entre la madurez y el principio de la senectud.

### **Joven Adulto: de 20 a 30 años**

La madurez psicosexual del adolescente tiene su culminación en lo que la psiconálisis llama momento de la genitalidad, que consiste en la capacidad de desarrollar una relación sexual saludable, con un partícipe amado del otro sexo, con quien pueda y quiera compartir con confianza mutua y regular, los ciclos de vida de procreación, de trabajo y ocio, a fin de asegurar a la descendencia futura unas mejores condiciones de vida y de trabajo. La intimidad es la fuerza sintónica que

lleva al joven adulto a confiar en alguien como compañero en el amor y en el trabajo, integrarse en afiliaciones sociales concretas y desarrollar la fuerza ética necesaria para ser fiel a esos lazos, al mismo tiempo que imponen sacrificios y compromisos significativos. El reverso de esta situación es el aislamiento afectivo, el distanciamiento o la exclusividad que se expresa en el individualismo y egocentrismo sexual y psicosocial, individual o los dos. Un justo equilibrio entre la intimidad y el aislamiento fortalece la capacidad de la realización del amor y el ejercicio profesional. Los principios relacionados de orden social que nacen de este contenido se expresan en las relaciones sociales de integración y compromisos en instituciones y asociaciones culturales, políticas, deportivas y religiosas. La virtud sincrónica que emerge de la resolución de la intimidad por el aislamiento es el amor y la oblatividad, como dedicación y donación a los otros y a sociedad. La fuerza del amor transforma la expresión de la dialéctica de los estadios anteriores del “yo cultivo del narcisismo y soy” a “nosotros somos”, así expresa: “Nosotros somos lo que amamos”, el nosotros, nuestros hijos, nuestro trabajo y las asociaciones a las que pertenecemos. La capacidad de amar y trabajar se transforma en corrientes de asociaciones de solidaridad (ritualizaciones integrantes), en cuanto que los sistemas elitistas (ritualizaciones desintegrantes) se forman a partir del aislamiento afectivo y social, del de los grupos esnobistas.

### **Adulto: de 30 a 50 años**

En este estadio, la prevalencia del modo psicosexual es la cualidad de la generatividad que es, fundamentalmente, el cuidado y la inversión en la formación y la educación de las nuevas generaciones, de los propios hijos, los hijos de los otros y de la sociedad. La crisis psicosocial del adulto se caracteriza por el conflicto de la generatividad versus el estancamiento. Después de la paternidad (maternidad) el impulso generativo incluye la capacidad de la productividad, el desarrollo de nuevos productos por el trabajo, por la ciencia y tecnología; y la creatividad, esto es, la generación de nuevas ideas para el bienestar de las nuevas generaciones. Esta dialéctica representa la fuerza de generación y de desarrollo de la vida humana o a su extinción, por eso ella se vuelve, para cada persona, la más esencial y significativa cualificación, determinando su experiencia de vida o de muerte. Es importante la superación de esta dialéctica para que la persona sea capaz de amar y trabajar para el bien de los otros, más delante de aquellos de su círculo familiar. La virtud propia de ese período es el cuidado y el amor, este sentimiento de responsabilidad que trasciende la atención a la propia familia y trabajo. Un sentimiento de responsabilidad universal para todos los hijos y por todo producto del trabajo humano. De la resolución de la crisis de la generatividad nace la experiencia de la caridad: la virtud de cuidado y celo. Es la capacidad de donación de sí en el amor y en el trabajo, en beneficio de los otros y de los valores universales de la humanidad, expresados en la frase: “Yo soy el que cuido y celo”. Siempre que la fuerza generativa fracasa surge un sentimiento de estancamiento, depresión, de narcisismo que imposibilitan la eficiencia y eficacia del amor (vida matrimonial) y del

trabajo (profesión). El estancamiento representa una regresión psicosocial y la necesidad obsesiva de pseudo-intimidad, acompañada de sentimientos de infecundidad personal y social, sentimiento percibido en la incapacidad y de criar. El rechazo es un sentimiento de aislamiento y alejamiento de los otros, puede percibir las personas, los grupos, las culturas, naciones y la misma humanidad como una amenaza para ellos, el que puede conducir a las personas, los grupos y las naciones a que se odien y se destruyan mutuamente. Cuando el rechazo social es inhibido se puede volver contra la propia persona, como auto-rechazo. Los principios de orden social ligados al cuidado y celo son las corrientes de educación y tradición, que preconizan la necesidad de la crear y desarrollar instituciones que puedan garantizar la calidad de vida de las nuevas generaciones, dándoles continuidad y consistencia. El ritualismo, potencialmente intransigente de la edad adulta, puede transformarse en autoritarismo, por el uso exagerado del poder generativo al imponerse en la vida familiar, en la vida profesional o por la imposición de las ideologías en los procesos psicosociales.

### **Vejez: después de los 50 años**

El trazo sintónico de este estadio es el de la integridad. En ella, los modos y los sentidos anteriores son resignificados a la luz de los valores y de las experiencias de ese momento, sean los sanos o los patológicos. La suma de los modos psicosexuales tiene un significado integrador. La palabra que mejor expresa ese momento es integridad, que significa: a) la aceptación de sí, de su historia personal, de su proceso psicosexual y psicosocial; b) la integración emocional de la confianza, de la autonomía y demás fuerzas sintónicas; c) la vivencia del amor universal, como experiencia que resume su vida y su trabajo; d) una convicción de su propio estilo y historia de vida, como contribución significativa a la humanidad; e) una confianza en sí y nosotros, especialmente en las nuevas generaciones, las cuales se sienten tranquilos para presentarse como modelo por la vida vivida y por la muerte que tienen que enfrentar. La falta o la pérdida de esa integración o de sus elementos se manifiestan por el sentimiento de desespero, con la ausencia de sus valores. La palabra clave para expresar esta fuerza básica es sabiduría, que recuerda el saber acumulado durante toda la vida, la capacidad de juicio maduro y justo, y la comprensión de los significados de la vida y la forma de ver, mirar y recordar las experiencias vividas, así como de escuchar, oír y recordar todos los sus significados, que se expresa en esta síntesis: "Yo soy el que sobrevive en mí". La falta, la pérdida o la debilidad de la integración se presentan por el temor a la muerte, por la desesperanza, por el desespero y por el desdén. La ritualización que culmina la vida humana y da sustento a la sabiduría y a la filosofía, que mantienen el significado esencial e integrador de la vida, de los sentimientos, de las ideas y de los comportamientos y da esperanza en la sabiduría. Contraponiendo a los sistemas filosóficos y religiosos, el ritualismo desvinculante de este estadio es el dogmatismo. Basado en el poder totalizante, que puede transformarse en dogmatismo coercitivo.

## 5.2 Actitudes hacia la enfermedad

A la mayor parte de la gente, la enfermedad le viene como una intrusión mal llegada. Es una molestia, un obstáculo en la **prosecución** de alguna meta en la vida.

Algunas personas, sin embargo, consideran a la enfermedad como un desafío. Sus esfuerzos para superar a la enfermedad y la debilidad pueden conducir a mayores logros de lo que hubiera sido posible de otra manera. El término compasión se usa a veces para indicar el mecanismo de sobreponerse a una debilidad. Algunos pacientes ejercitan músculos débiles hasta que se vuelvan más fuertes de lo que hubieran esperado sin la enfermedad. Otros, dándose cuenta de que tal vez los músculos de las piernas son débiles y nunca podrán llegar a ser muy vigorosos, ejercitan hombros y brazos, aprenden a moverse con habilidad mediante el uso de nuevos grupos musculares y a sobresalir en los deportes y en los juegos en que puedan usarse los brazos, como el arte de tirar en el arco y flecha. Algunas personas emplean la enfermedad para el estudio y la lectura, desarrollan nuevo interés y mejoran en su educación. El sufrimiento ayuda a mucha gente a encontrar una nueva fe en la religión, a descubrir su propósito en la vida. La enfermedad puede tomarse en una ventaja, ayudando al desarrollo de las características.

**Regresión**, La actitud de mucha gente a la enfermedad es mucho menos constructiva y surgen muchos 'problemas de enfermería porque los pacientes con frecuencia no se comportan como adultos, sino como que si fueran más jóvenes. La enfermedad representa para ellos una situación de stress, bajo el stress las personas a menudo recurren a patrones de conducta más tempranos, es decir, regresan. Este capítulo se refiere principalmente a aquellas actitudes hacia la enfermedad que están determinadas por memorias infantiles, por temores irracionales y por cólera no expresada. La enfermedad a menudo produce cambios en la conducta que son bastante irracionales. El paciente no puede ayudarse porque está reaccionando de manera inconsciente y porque algunos de sus problemas radican en el pasado, más que en el padecimiento actual.

**El estigma en la enfermedad**, En nuestra edad moderna las actitudes hacia la enfermedad se han modificado grandemente y están en mucho menor grado que antes, coloreadas por el disgusto y el rechazo. Sin embargo, algunas enfermedades todavía llevan un estigma. Las personas que sufren de trastornos mentales, de epilepsia, de tuberculosis o de enfermedades venéreas, todavía se tratan en ocasiones como desechos de la sociedad. Mucha gente confiere juicios de valor al concepto de salud. Que sea buena o mala o verlo como un castigo o en ocasiones verlo como un castigo.

En el marco de la tendencia actual a la reinserción social de los enfermos mentales, aumenta la presión para que su cuidado recaiga en la familia y la comunidad.<sup>1-4</sup> El éxito de dicha estrategia depende en gran medida de las actitudes de la población al respecto. Bajo esta premisa, en los últimos 50 años se han desarrollado numerosos estudios para conocer las actitudes de diferentes grupos sociales en

relación con las enfermedades mentales. La revisión de la literatura especializada nos muestra cientos de estudios provenientes de las más diversas culturas, incluidos algunos realizados en nuestro país.<sup>5-18</sup> Diversas revisiones comprensivas reseñan sus resultados.<sup>19-23</sup> Sin embargo, a pesar de que la investigación muestra a lo largo del tiempo una consistente modificación de las actitudes en un sentido positivo, predominando en la actualidad manifestaciones de aceptación y comprensión de las enfermedades mentales, la conducta de la población no parece corresponder con las actitudes expresadas. En busca de una explicación para dicha inconsistencia, se desarrolló una investigación con el propósito de diseñar un modelo teórico que permitiera analizar las relaciones entre las diversas variables relacionadas con las actitudes, y la conducta en relación con la enfermedad mental. En la amplia literatura publicada sobre el tema, se aprecia un predominio de investigaciones cuantitativas, descriptivas y correlacionales en términos de variables sociodemográficas; sin embargo, la mayor parte de ellas no aclara cuál es el marco teórico en que se fundamenta en relación con el constructo "actitud", su formación, estructura y modificación. Por otra parte, ningún estudio reportado incluye una aproximación a la relación entre las creencias, las actitudes y las intenciones conductuales, así como a cualesquiera otras variables intervinientes en esta relación. Para cubrir tales carencias, esto es, la de estudios descriptivos recientes en el ámbito nacional y propuestas explicativas en el contexto internacional, se consideró pertinente plantear un marco teórico apropiado, que permitiera el diseño de un esquema o modelo teórico<sup>38</sup>, para explicar mejor las conductas observadas en relación con la enfermedad mental. Se consideró como base un marco conceptual, desarrollado por Fishbein y Ajzen,<sup>39-41</sup> que plantea que las actitudes están integradas por tres componentes, uno cognitivo, uno afectivo y uno conativo, que corresponden a las creencias, actitudes e intenciones conductuales, respectivamente. Bajo este marco se propone la existencia de una cadena causal en la que el comportamiento está determinado por las intenciones de desarrollar una conducta específica; éstas dependen de las actitudes, y, a su vez, son función de las creencias sobresalientes. La premisa básica es que se tienen ciertas creencias acerca de la enfermedad mental, que determinan las actitudes, o sea, la predisposición a reaccionar en determinada forma y desarrollar conductas específicas al respecto. De acuerdo con tal premisa, se diseñó un modelo teórico que propone que los sujetos poseen una serie de creencias sobre las enfermedades mentales, desarrolladas a partir de los elementos informativos recibidos por medio de diversos agentes de socialización (familia, escuela, medios de comunicación), y en determinados casos, a partir de experiencias personales concretas. Con base en tales creencias, se desarrollan actitudes e intenciones conductuales que, influenciadas por la necesidad experimentada y la disponibilidad de servicios de atención percibida, conducen a conductas específicas en relación con el apoyo a los enfermos mentales y la búsqueda oportuna de ayuda profesional. Sobre esta base, el objetivo específico del trabajo que se presenta consistió en probar un modelo teórico diseñado para explicar las actitudes y conductas en

relación con la enfermedad mental, a partir del conocimiento de las principales variables relacionadas con dicho constructo. Las variables que integran el modelo y que fueron evaluadas se clasificaron de la siguiente manera:

A) Variables antecedentes

- 1) Creencias (acerca de las enfermedades mentales, sus causas, manifestaciones y posibilidades de tratamiento)
- 2) Fuentes de las creencias (información obtenida en la escuela, de la familia o a partir de los medios de comunicación)
- 3) Experiencias (directas con enfermos o enfermedades mentales)
- 4) Riesgo percibido (de padecer en lo personal, o en algún familiar cercano, una enfermedad mental)
- 5) Necesidad experimentada (de apoyo o asistencia especializada)
- 6) Disponibilidad percibida (de servicios de atención para trastornos mentales).

B) Variables intermedias

- 1) Actitudes (hacia las enfermedades y los enfermos mentales)
- 2) Intenciones conductuales (de reconocimiento y búsqueda de atención especializada).

C) Variable dependiente

- 1) Conducta reportada (de búsqueda de ayuda y aceptación de la enfermedad mental).

### **5.3 Ingreso al hospital.**

Cualquier sugestión de ingreso al hospital produce ansiedad y miedo en la mayor parte de la gente. Todas las enfermeras advierten la necesidad de hacer todo lo posible para ayudar a un nuevo paciente a que se ponga en calma con rapidez y a realizar el procedimiento de admisión de modo que tal alentador y tranquilizante como sea posible. Para tener éxito es necesario tratar de comprender la ansiedad del paciente y descubrir sus signos.

Solo algunos pacientes expresan abiertamente sus preocupaciones. y muchos son incapaces de hacerlo porque no se dan cuenta con claridad de sus inquietudes.

Las necesidades de los pacientes

Las personas solo se sienten cómodas y tranquilas cuando han satisfecho todas sus necesidades tanto fisiológicas como el alimento, agua, calor, se satisfacen en general.

Las necesidades psicológicas del paciente, es que necesita sentirse segura en su medio ambiente, Por el hecho de ser persona que debe ser amada y respetada, para que pueda manejar en la situación en la que se encuentra.

**La necesidad de seguridad,** Cuando un paciente ingresa, el enfermo no sabe nada de los acontecimientos que siguen y por lo tanto se siente desorientado.

La ansiedad debida a la inseguridad puede aliviarse manteniéndolo informado de todo lo que le pasara y sobre los procedimientos que le realizaremos, y una de las mejores explicaciones son las que se dan en forma de un comentario rápido mientras ocurren los incidentes en el servicio y después de esta información es tranquilizante para el paciente.

**Confianza en el personal,** La confianza en las personas es el aspecto más importante para sentirse seguro. El modo de la enfermera, su capacidad de para permanecer tranquila frente a la ansiedad del paciente, su confianza en sí misma y en sus colegas ayuda al paciente a crear su confianza en el hospital está bien fundada. La confianza de las enfermeras, por lo tanto, se debe a la calidad del servicio que dan.

**Autoestima,** Cuando un paciente se siente seguro en el hospital, llega a advertir otras necesidades psicológicas que es la, la necesidad de ser apreciado, amado y de pensar bien en sí mismo, las necesidades de ser útil a los demás, se vuelve muy importante. Las actitudes adoptadas por el personal y por los familiares pueden ser de gran ayuda, mientras que un paciente se siente inútil o una carga para el personal y pide perdón se requiere de elevar su autoestima para que se sienta bien y no recaer en la enfermedad.

A los pacientes adolescentes pueden encontrar una experiencia hospitalaria lesionaste en su autoestima, ya que puede encontrar humillante el tener las necesidades corporales asistidas por enfermeras no mucho mayores que él.

capacitar a un paciente a mantener su autoestima, es una de las funciones más importantes de las enfermeras y una de las maneras es hacerle recalcar que es importante para su familia .la autoestima del paciente puede mejorarse dentro del hospital solicitando la ayuda de otros pacientes, como consejos y hacer sentir que pertenece al hospital.

Las necesidades de ser independiente

En la recuperación de las pacientes, su independencia muestra que se vuelve más pronunciado, ya que la independencia es un signo de mejoría y pueden satisfacer sus necesidades de manera independiente.

#### **5.4 La familia del paciente**

Las enfermedades siempre tienen afecciones familiares, aun en una enfermedad breve y produce acentuadas reacciones emocionales

**Formación,** Comienza con una buena preparación, tanto en conocimientos como en habilidades y aptitudes. Las bases se deben establecer en la formación de pregrado. En ésta se ha tardado más de medio siglo (al menos, toda la primera mitad del siglo XX) en sacarla de su casi exclusiva orientación teórica, para entrelazar con la necesaria formación práctica. Sin embargo, coincidiendo con la instauración del sistema MIR, al tiempo que se avanzaba en la instrucción de los nuevos especialistas en pediatría, durante la licenciatura previa se bajaba la guardia en este sentido, pensando que las habilidades y aptitudes se conseguirían mejor en la fase de postgrado 1, 2. La ley de ordenación de las profesiones sanitarias 3 , en sintonía con las orientaciones europeas, recuerda que la Facultad de Medicina debe formar auténticos médicos y no limitarse a ser una academia de preparación de MIR. Consideramos, en efecto, que es básica la huella que deja el paso del estudiante por la asignatura de pediatría, hacia el final de la licenciatura. En esta fase el responsable de la enseñanza, debe ayudar a que el futuro médico aprenda no sólo los últimos avances junto a los principios básicos acerca del niño sano y enfermo, sino que también debe sembrar un germen que fructificará en el futuro y ayudará a la resolución de los problemas que se vayan planteando, posiblemente distintos, en todos los aspectos, incluida la relación. No será una función fija, sino en continua transformación, como la misma fisiología o patología del menor y el entorno en el cual se encuentra. En la fase de postgrado, es decir, de formación del especialista en pediatría y sus áreas de capacitación específica, se puede avanzar más en esta tarea. Se cumplirán mejor los objetivos formativos, si los conocimientos de pregrado han sido sólidos. Un renovado reto en la formación pediátrica: la relación médico-paciente familia Educación Médica Parece que se tiende a prestar más atención a los progresos tecnológicos, que son muchos y continuos, que, a los aspectos humanísticos, por ejemplo, la relación

**Motivación,** El moderno pediatra es cada vez más vocacional, en cuanto ni la gratificación social ni la económica parecen proporcionadas a su esfuerzo y responsabilidad. Por tanto, la motivación o actitud para estar junto al niño y su familia con el afán de prevenir o curar es una cualidad destacada en el pediatra clínico, cuyo perfil profesional siempre destacó por su humanismo y sentido social. Otra cosa es demostrarlo. Hay que estar interesados en la ayuda al paciente y familia, pero también parecerlo. No es posible y posiblemente tampoco es necesaria aquí la enumeración de estas normas, que comienzan con la confección de una buena historia clínica, realizada por el propio pediatra y ampliada con una tercera dimensión, la social. Es admitida la necesidad de una mejoría en la formación en Pediatría Social, tanto en el pre como en el postgrado y más en los aspectos prácticos que en los teóricos 8. Esta mejor formación es imprescindible, entre otras cosas porque facilitaría una buena relación.

**Organización,** Lo antes expuesto puede propiciar una buena sintonía pero la relación puede deteriorarse, aún cumpliendo todo lo expuesto hasta ahora, si se actúa en un centro sanitario mal organizado, donde pueda fallar desde la

puntualidad (¡un enfermo no debería esperar más de 15 minutos, una utopía a perseguir!) hasta el archivo de los datos clínicos y la jerarquía del equipo asistencial. Debe estar claro quien es el pediatra que atiende al niño, quien es el interlocutor y en caso de intervención de varios profesionales, quien es el responsable y el líder. Un reto de la medicina actual, recogido por la LOPS, es la preparación para el trabajo en equipo y multidisciplinario. Sus ventajas son evidentes, pero entre sus posibles inconvenientes está la distorsión de la relación. En su aceptación el pediatra no debe renunciar a su derecho de tener un papel dominante, ya que ningún otro profesional ha dedicado más tiempo a su preparación. También hay que admitir una vez más que no se tome el trabajo en equipo como una descarga de deberes 9, cuando se sienta defraudado en la asistencia pediátrica primaria actual, en la que predominan pequeños problemas (en comparación con los graves procesos patológicos conocidos en su preparación hospitalaria) y la nueva morbilidad 10 ante todo psicosocial. Si el equipo además es interprofesional, las dificultades pueden aumentar. Es otro terreno en el que se debe mejorar la formación, ya que no sólo los conceptos sino el mismo lenguaje, requieren una aproximación doctrinal y un diálogo entre dos profesiones diferentes.

**Requerimiento en tiempo y espacio.** Las necesidades a este respecto van unidas a lo expuesto en el punto anterior, pero deben ser subrayadas. Todavía hay consultas de pediatría masificadas y no es posible contar con un mínimo de 10 minutos para atender al paciente pediátrico. Y este tiempo puede ser suficiente en una visita de niño normal o de control evolutivo, con ayuda del personal de enfermería. Sin embargo, para una primera consulta son necesarios de 20 a 30 minutos para una mejor eficacia y seguridad, aunque el pediatra experimentado crea que ya conoce el diagnóstico desde la ojeada previa o inspección general. Con suficiente tiempo no sólo se evitan diagnósticos erróneos (equivalentes con frecuencia a pacientes mal explorados), sino que se hace creíble

el diagnóstico basado en la anamnesis y examen clínico, al mismo tiempo que se consolida la relación. Hablar de espacio supone la disponibilidad sostenible de un lugar adecuado en cantidad (superficie) y calidad (confort, privacidad, mobiliario, decoración). Un correcto despacho para el genuino trabajo clínico en pediatría es muy conveniente con adaptación a la edad, en cuanto no será igual al asistir un lactante que un adolescente. Aquí se acentúan las diferencias, ya que la situación es satisfactoria por regla general en la asistencia privada 11 y menos en la pública, donde suelen estar hermanados en esta carencia tanto el pediatra hospitalario como el que realiza su actividad a nivel ambulatorio.

**Buena comunicación a ciertos niveles.** La pirámide que configura la relación culmina con una buena comunicación; partiendo de que la formación del pediatra, como de todo médico, debe constar de conocimientos actualizados de su ciencia, habilidades prácticas mantenidas y además, comprensión humana, que en nuestro caso no se refiere sólo al paciente sino a los padres y toda la familia. En la práctica

hay que contar con matices personales, por ambas partes, que pongan trabas al diálogo, aún dentro de los límites normales. A veces la circunstancia tiende a lo anormalidad, añadiendo más complejidad, como la frecuente ansiedad de los padres, que distorsiona sus percepciones, pero también nuestras palabras. Y no hay que olvidar la posibilidad menos frecuente de tropezar con una personalidad psicopática, incompatible con la maternidad o paternidad y menos con el diálogo médico. Así se puede llegar al extremo no excepcional de enfrentarnos con una conducta agresiva, por desgracia de cierta actualidad. Ahondar en ella haría este trabajo demasiado extenso, pero bastaría dejar una pregunta ¿quién tiró la primera piedra? Es una paradoja que estos fenómenos adversos sucedan en una época en la que los pacientes en nuestro medio son mejor atendidos que nunca y tienen una cobertura sanitaria universal. Por nuestra parte se debe analizar si en ocasiones no puede fallar la comprensión humana y la formación para un diálogo bidireccional en el acto nunca fácil de comunicar los diversos aspectos del diagnóstico, pronóstico o tratamiento. El conocimiento estadístico de que en un alto porcentaje el cumplimiento será nulo o imperfecto, no debe desanimar en esta actividad.

**Adaptación ética y cultural.** Olvidado ya el viejo paternalismo en la relación con los niños y sus familias, sustituido por el mencionado diálogo en dos direcciones, ahora aparece otro reto creciente: la necesidad de sintonizar con el entorno social y muy especialmente con los imperativos impuestos por el grupo étnico y el nivel cultural. No es tarea ciertamente fácil, ante el incremento de la inmigración, con su aporte de muchos niños, que vienen a ocupar el lugar dejado por los nuestros ante el descenso de la natalidad. El pediatra va recibiendo formación en esta nueva prueba para la comunicación eficiente. Para el que ha tenido experiencia con las peculiaridades de la etnia gitana autóctona, la mitad de la lección está aprendida.

En el siglo XXI se enfrenta a una cierta pérdida de rango social, pero también con lo puede tener de contradictorio en la tarea pediátrica vocacional por una persona de nuestro tiempo, con un estilo de vida que incluye entre otras cosas, suficiente ejercicio físico, descanso y ocio. Es muy distinto del pediatra de mediados del siglo XX, cuando trabajaba los siete días de la semana y estaba disponible las 24 horas. ¿Cómo toleraba esta situación? Su temple emocional estaba basado en su mejor consideración en todos los aspectos, en especial a nivel social con admiración, afecto, alabanzas, autoridad indiscutible y gratitud. Eran, además, unas generaciones que tenían la resistencia y el empuje de los que han partido de cero. Pero estas consideraciones del pasado no sirven ahora. Lo que interesa es el presente y el futuro, que contemplan un pediatra a menudo insatisfecho tanto con su calidad de vida como con su actividad profesional, con los conocidos síndromes sucesivos del pediatra inquieto, desilusionado o quemado. La formación continuada y el ordenamiento administrativo tienen mucho que hacer para mejorar esta situación.

**Reforzar el papel de la en la familia,** Si se analiza el contexto familiar, qué duda cabe que ha sufrido cambios igualmente profundos. En nuestro medio, aún refiriéndose sólo a la familia convencional o tradicional (la más eficaz en la promoción de la salud del niño) es frecuente que tenga, generalmente tarde, uno o pocos hijos, por tanto, con poca experiencia, pero con un alto nivel de exigencia y más información, aunque no siempre correcta, como se dijo. Así, no es raro que los padres sean propensos al nerviosismo y la ansiedad. Además, como tienen poco tiempo y no dedican el suficiente al hijo, buscan con urgencia la atención del pediatra, y cuando el habitual no está disponible, acaban en un centro de urgencias o sobrecargando la asistencia hospitalaria. Allí el nivel técnico es bueno, pero no hay tiempo tampoco para cuidar, con todas las excepciones, una buena relación.

**no olvidar al menor.** Niños y adolescentes también cambian, con la conocida aceleración del crecimiento y posiblemente del desarrollo cognitivo, pero no del emocional. Ya ha sido citada su afectación por los medios de comunicación. A los mencionados hay que sumar ahora los video juegos. Todos pueden influir en su relación con el pediatra. Dado que son tan poderosos habría que aprovecharlos para poner las bases de una buena relación con el pediatra, a quien el niño y adolescente deben ver como un amigo y no como un enemigo o un fastidio. Sumados los medios de comunicación al ambiente de la ciudad (en el que viven al menos el 80% de nuestros menores) y a la ansiedad familiar, no puede sorprender que el resultado sea una posible mala relación del niño con el pediatra, dañando la empatía, también necesaria en pediatría. En la patología aguda esta situación de rechazo tiene menos trascendencia que en otras dos situaciones clínicas cada vez más frecuentes: las enfermedades recidivantes (infecciones respiratorias de repetición, ante todo) y las enfermedades crónicas, donde niño y familia tienen necesidades especiales, ante todo en la esfera psíquica. La actuación pediátrica tiene en ellas una importante tarea para prestar soporte al niño y sus padres, sin olvidar las peculiaridades psicológicas en la enfermedad crónica y en la discapacidad, que se vienen a sumar a las propias de la edad pediátrica. Una buena comunicación significa simpatía, en el sentido etimológico de compartir los sentimientos, pero evitando una transferencia total que reste ecuanimidad. Igualmente requiere ponerse en el lugar del otro (paciente), que no es igual que comportarnos, vestir o hablar como si fuéramos párvulos caprichosos o adolescentes rebeldes

**Ambiente como factor básico.** La triada está dentro de unos círculos ambientales, que dejan sentir su influencia. En primer lugar, el microambiente de la familia y el mesoambiente de la ciudad, pero también de alguna manera el macroambiente de la nación e incluso el megaambiente mundial, dada la globalización de técnicas, recursos y normativas. De esta forma la relación sufre el acoso de una serie de factores externos, que lo transforman todo, incluida la medicina y los sistemas de salud. Estos, además de socializados, tienen un incesante y elevado grado de burocratización, cuando las riendas están en manos del Estado o de intermediarios.

Tal vez debe ser así, pero parece que los economistas han descubierto en la asistencia médica un terreno de planificación mal resuelto o explotado por los profesionales de la salud. Esto influye, sin duda, en la actual relación y como no está en nuestras manos modificarlo, se percibe un cierto pesimismo o conformidad en cuanto al futuro inmediato. La nota optimista en el trascendental problema revisado está precisamente en la pediatría. Parece que es una de las áreas médicas donde mejor se resisten los distintos embates contra la relación médico-enfermo, procedentes de todos los frentes analizados. Esto puede deberse a la ya clásica visión global del niño, considerado como un todo, con su parte somática y psíquica, en un determinado entorno familiar y social, que marcan su proyección futura biopsicosocial. Además, en pediatría se cuenta con el estímulo del mejor paciente del mundo, el niño. De este modo, el pediatra comprueba que todavía la familia busca en él la orientación y apoyo en problemas familiares de salud, además de confiarle la del hijo. Quizá el pediatra sepa menos ciencia que un superespecialista, pero conoce mejor a su pequeño paciente, su familia y el ambiente social. Es muy de desear que esta cualidad persista y se vea reforzada, con la debida atención en la formación de pregrado, especializada y continua.

**Enfermedad crónica y sufrimiento.** La enfermedad crónica se define como un trastorno orgánico funcional que obliga a la modificación de los estilos de vida de una persona y que tiende a persistir a lo largo de su vida. Frente a la etiología no hay mayor claridad, hay una serie de factores que en conjunto dan pie a la enfermedad; entre estos se encuentran el ambiente, los estilos de vida y los hábitos, la herencia, los niveles de estrés, la calidad de vida y la presencia de una enfermedad persistente que puede pasar a ser crónica. Las enfermedades crónicas son prolongadas, su pronóstico es incierto, algunas son de carácter intermitente o episódico. Quienes las padecen han de aprender a vivir con los síntomas así como con los efectos secundarios de los procedimientos médicos, estas condiciones conducen a que se establezca un vínculo de parentesco y afectivo importante, central en la relación de cuidado, la cual es una una fuente de sufrimiento emocional y físico que acompaña a la persona que padece la enfermedad y a su familia. La mayor parte de las manifestaciones de las enfermedades crónicas son graves y constituyen una amenaza para la vida; representan también un problema significativo para la medicina y la psicología de la salud, ya que no solo afectan a la persona que padece la enfermedad, sino también a los familiares y amigos. La presencia de enfermedades crónicas dificulta el crecimiento económico y reduce el potencial de desarrollo de los países, estas no tienen un grupo de edad determinado y afectan a sistemas y órganos. Se prevé que para los próximos 10 años las defunciones por enfermedades crónicas aumentarán un 17 %. Eso significa que de los 64 millones de personas que fallecerán en 2015, 41 millones lo harán a causa de enfermedades crónicas. Los trastornos mentales, el virus de la inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA) y la tuberculosis representaron el 54 % de la carga mundial de todas las enfermedades en el 2001 y sobrepasarán el 65 % en el 2020. Las discapacidades visuales y la ceguera, los defectos de audición y la sordera, las enfermedades bucodentales y los trastornos genéticos son otras afecciones crónicas que representan una porción sustancial de la carga mundial de morbilidad. Las enfermedades crónicas se han identificado en la niñez como un problema de salud a nivel mundial, algunos autores documentan que en los países desarrollados,

entre un 5 y un 10% de niños que no han cumplido los 18 años tienen situaciones de este tipo, y muchos pueden llegar a tener una expectativa de vida más elevada si tienen al alcance la tecnología moderna. En esta etapa la cronicidad les genera a los niños y sus familias retos más complejos que aquellos impuestos por las tareas normales del desarrollo. En la fase inicial o de impacto, la respuesta es muy emocional y se caracteriza por el choque o sorpresa, la incredulidad y a veces la negación. Casi siempre después de esta etapa se pueden presentar diferentes tipos de reacciones que influirán en la respuesta final al problema. Por su parte, en la población adulta la cronicidad se ha identificado como un problema grave tanto en los países desarrollados como en aquellos en vía de desarrollo. Las enfermedades crónicas están aumentando a una tasa acelerada a medida que la población envejece, y los factores subyacentes se generalizan más. La cronicidad en los adultos compite con las metas y los sueños que caracterizan esta etapa de la vida, y presenta respuestas diferentes en cada caso. En Colombia, la situación de las ECNT guarda correspondencia con la situación mundial, y es un problema de salud pública con mayor relevancia para el país. Son la primera causa de morbilidad y representan una alta carga de enfermedad y discapacidad tanto a nivel nacional como. Para Bishop, el cuidar al paciente con enfermedad crónica desde el sufrimiento es de gran importancia, destaca que cuidar es la esencia de enfermería y su práctica se mejora con la aplicación del conocimiento científico, es a partir de este conocimiento que se cualifica el cuidado de enfermería. El sufrimiento es definido como un estado que se presenta cuando es percibida una situación de destrucción inminente por la persona, y continúa hasta que la amenaza de destrucción o hasta que la integridad del individuo pueda ser restablecida de alguna manera. Wiklund mira el sufrimiento como una lucha entre caos y control, donde la persona está constantemente tratando de tomar control sobre las situaciones que están sucediendo. Padecer una enfermedad implica una carga de sentimientos como frustración e incertidumbre porque la enfermedad arrebató al paciente de su cotidianidad, de su contexto y de sus prácticas culturales, y lo confina en una sala de hospital donde todo es diferente pero a la vez rutinario, y donde se ve sometido a una serie de intervenciones, medicaciones, procedimientos, exámenes y dietas que le pueden ocasionar ansiedad y rechazo. La enfermedad se manifiesta a través de un lenguaje que hay que saber interpretar, y que el cuerpo expresa para dar a entender que algo no funciona en la conciencia del sujeto. Esta interpretación otorga al individuo la total responsabilidad de aquello que le ocurre, lo verdaderamente valioso es que existe la reformulación de un problema y un enfoque que tiene en cuenta aspectos no exclusivamente biológicos. Es ante la presencia de enfermedades cuando el ser humano se encuentra en una crisis en muchos planos de su vida, en ese momento se da cuenta que no conocía muchos de sus estados emocionales, mentales y físicos que lo llevan a actuar de diferentes maneras, sin poder controlar las situaciones en muchos casos. Los pacientes que no son informados sienten un mayor sufrimiento físico y psicosocial, y hablan de un nivel inferior de calidad de vida que los que son informados según su voluntad. Estos procesos de enfermedad que vive la persona le ocasionan cambios en su estilo de vida, y necesidades de apoyo. En cuanto a la atención en salud, el excesivo énfasis en los aspectos tecnológicos, y el deterioro en la comunicación del equipo de salud-paciente, ha ido quitándole a la relación de ayuda profesional la calidad relacional que fue otrora soporte social para el paciente y fuente de gratificación y reconocimiento para el profesional de la salud. El cuidado se ha orientado muchas veces hacia lo técnico, distanciándose de los valores morales y políticos que forman parte de su trabajo cotidiano, los profesionales de la salud con frecuencia se centran en la atención al

paciente y a menudo pasan por alto el sufrimiento del cuidador, desatendiendo sus necesidades físicas y emocionales. Para cuidar se debe considerar a la persona como un ser holístico, ya que no se puede hablar de salud física y mental como dos entidades diferenciadas, por tanto, la comprensión de esta circunstancia contribuye para que el cuidado, de la misma manera que busca resolver problemas en el cuerpo, también sirva para que las emociones y las respuestas de los pacientes estén acordes con las necesidades y los problemas por resolver. Es por esto que las expresiones favorecidas por la enfermedad y el tratamiento, como temor y sufrimiento, pueden llevar al rechazo de prácticas de cuidado; conocer estas condiciones hace posible que puedan ser intervenidas en forma oportuna. Es cada vez más frecuente la presencia de dificultades por el uso indiscriminado de complicados procedimientos tecnológicos para el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad, a nivel biomédico exclusivamente, los cuales han representado un salto cualitativo a nivel de la supervivencia en enfermedades antes rápidamente mortales, pero han dejado de lado, en muchas ocasiones, la aproximación más holística al cuidado de la salud, donde no solo se busca combatir la enfermedad sino promover el bienestar. Mejía expresa que los pacientes de su estudio establecieron relaciones sociales situacionales con las enfermeras que los cuidaban; revelaron sus sentimientos y pensamientos íntimos, y entregaron sus sufrimientos a las enfermeras porque creyeron en ellas y confiaron en que les podían ayudar. La depresión, reacción emocional muy frecuente en los enfermos crónicos al inicio de su enfermedad, ha sido estudiada por Ford, quien estableció que los síntomas depresivos se relacionan estrechamente con el estadio de la enfermedad y con el apoyo social. La enfermedad en general, y el cáncer en particular (especialmente cuando se encuentra en fases avanzadas), podrán afectar de diferentes modos a la persona y sus dimensiones, teniendo en cuenta que usualmente la amenaza a la integridad personal es global, y cuando se afecta una dimensión comúnmente se afectan otras de ella. Con relación a estas manifestaciones emocionales, Zhao encontró en las mujeres con cáncer de mama mayores niveles de depresión y ansiedad, así como un afrontamiento más negativo del mismo. Los trastornos de sufrimiento que las aquejan incluyen frecuentemente ansiedad, insomnio, vergüenza, sentimientos de inutilidad y subvaloración personal. Aunque se tenga una imagen del enfermo crónico como estable y sin grandes cambios, en realidad su vida está repleta de momentos intensos que sacuden la larga enfermedad. Los empeoramientos, el dolor y otros síntomas físicos, la dependencia, la soledad, el duelo de lo perdido, las dificultades económicas, los fracasos de los tratamientos y el miedo al futuro son solo algunos de los eventos que causan, en el paciente crónico, una gran carga emocional. La enfermedad misma, y muchas de las intervenciones incluidas en el tratamiento causan dolor, incomodidad, sufrimiento físico y psicológico y todo esto lleva, en un intento por preservar la integridad, a una deficiente aceptación e incluso rechazo hacia la vivencia de una experiencia compleja como es la de estar enfermo. El escaso manejo del tema para cuidar a estas personas, el temor y el sufrimiento ante la realidad que vive el paciente, pueden llevar al rechazo de prácticas de cuidado; conocer estos aspectos contribuye a que enfermería asuma un cuidado integral, pero con cierta frecuencia los profesionales de la salud no están preparados académica ni espiritualmente para dialogar sobre los interrogantes existenciales. En esta medida, para el profesional es importante desarrollar habilidades que le permitan reconocer en cuál estado de sufrimiento se encuentra el enfermo; el cuidado debería estar basado en las señales dadas por el paciente que está sufriendo. Las enfermeras necesitan reconocer y diferenciar entre el endurecimiento y la

liberación emocional de los estados de sufrimiento. Sufrimiento Torralba considera que todo en el ser humano es vulnerable, no solo su naturaleza somática, sino todas y cada una de sus dimensiones fundamentales. Es vulnerable físicamente porque está sujeto a la enfermedad, al dolor y a la decrepitud, y se hace evidente cuando el ser humano ejerce su facultad de pensar. Es en esos momentos cuando se da cuenta de que su ser no es absoluto, sino finito y limitado. La persona enferma vive especialmente el carácter vulnerable de la condición humana. El sufrimiento fue inicialmente definido por Cassell como un malestar generado por la amenaza inminente, percibida o actual, a la integridad o la continuidad existencial de la persona. El sufrimiento, por tanto, es una experiencia que abarca la totalidad de los aspectos que componen la existencia de una persona, y se manifiesta de manera individual teniendo en cuenta que es una experiencia subjetiva vivenciada solo por quien lo padece. Para algunos autores el sufrimiento es un complejo estado afectivo, cognitivo y negativo que se caracteriza por la sensación de amenaza a la integridad, un sentimiento de impotencia para hacer frente a dicha amenaza, y por el agotamiento de los recursos personales que permiten enfrentarla. Como se mencionó, el sufrimiento puede ser causado por múltiples factores, entre ellos físicos, psicológicos, socioculturales, espirituales y existenciales. Los diferentes componentes del sufrimiento tienden a tener un efecto aditivo, a pesar de que pueden ser independientes uno del otro. Es común encontrar que la persistencia de alguna de las causas del sufrimiento genere o exacerbe otros aspectos del sufrimiento total en el paciente y su familia. Kissane ha descrito el síndrome de desmoralización como la desesperanza, la pérdida de sentido de vida, las actitudes pesimistas, la indefensión, la sensación de entrampamiento, entre otros. Se ha encontrado que algunos de los asuntos que contribuyen al sufrimiento existencial son la pérdida de la autonomía, la baja autoestima y la desesperanza, así como problemas referidos a la dignidad y la autoimagen, el aislamiento social, la falta de acceso a recursos y apoyo, la culpa, la pobre salud espiritual y la falta de sentido. Aunque la sociedad occidental medicalizada dolor y sufrimiento suelen utilizarse como términos sinónimos, en realidad no lo son. El sufrimiento puede tener su origen en el dolor físico pero también se puede sufrir sin dolor. A veces, el dolor puede soportarse bien sin sufrimiento, y otras, la supresión del dolor tisular, paradójicamente, incrementa el sufrimiento de origen psicosocial. Morse plantea que la respuesta del individuo ante una situación amenazante se caracteriza por dos estados, uno de endurecimiento y denominado por ella sufrimiento emocional. En este estado la persona comprende que su futuro está irrevocablemente alterado. El sufrimiento forma parte entonces de un proceso, un "trabajo" tedioso que la persona debe hacer. Sin embargo, el sufrimiento no es solo la experiencia de un individuo aislado sino una experiencia vivida en el seno de la sociedad, conectada al ethos de una cultura y la forma como el individuo lo comunica a la sociedad. Esto quiere decir que el sufrimiento de una persona está mediado o condicionado por sus características sociales y culturales, por lo cual enfermería, desde su relación de cuidado, debe orientar al paciente a aumentar su armonía dentro de la mente, el cuerpo y el alma para generar procesos de conocimiento de sí mismo que ayuden a lograr cambios en su estilo de vida. La intervención de cuidado requiere de herramientas que le permitan dimensionar el sufrimiento en la persona que cuida, a partir de los niveles de medición que permitan establecer una intervención adecuada y oportuna a la situación del paciente. Escalas para medir el sufrimiento El dolor físico se informa, se refiere, se mide y se evalúa a través de numerosos instrumentos que posibilitan el manejo de la persona que lo presenta, las escalas utilizadas permiten valorar su intensidad. Para valorar el sufrimiento Bayés propuso una escala conformada por dos

preguntas. En la primera pregunta hay una valoración subjetiva acerca de cómo se le hizo el tiempo durante la etapa del sufrimiento, y en la segunda pregunta se pide una aclaración acerca de la respuesta dada. Karnofsky, a su vez, estableció una escala que permite conocer la capacidad del paciente para poder realizar actividades cotidianas. Se considera una herramienta para utilizar en cualquier tipo de patologías que se puede utilizar como predictor independiente de mortalidad. El perfil de salud de Nottingham (Nottingham Health Profile fue diseñado en Gran Bretaña para medir la percepción de salud y para evaluar en qué forma se ven afectadas las actividades cotidianas por los problemas de salud. Sus autores lo consideran útil para la valoración de las intervenciones médicas o sociales, como medida de comparaciones entre grupos. Es un cuestionario autoadministrado que evalúa diferentes dimensiones de la salud como energía, dolor, movilidad física, reacciones emocionales, sueño y aislamiento social, y otro componente que evalúa la existencia de limitaciones, a causa de la situación de salud, en aspectos como trabajo, tareas domésticas; vida social, familiar y sexual, aficiones y tiempo libre. La escala de sufrimiento es un instrumento propuesto por el Programa Argentino de Medicina Paliativa-Fundación Femeba (PAMP-FF), organización no gubernamental, con la misión de promover el desarrollo del cuidado paliativo en Argentina. El instrumento permite de manera gráfica (en una escala de 0 a 10) la valoración del sufrimiento en tres niveles (sin sufrimiento, sufrimiento moderado y máximo sufrimiento) a través de la evaluación de las posibles causas de este referidas a los aspectos de condición del paciente, problemas familiares, prácticos, emocionales y preocupación religiosa/espiritual. Esta escala fue utilizada en un estudio donde se cuantificó el nivel de sufrimiento por medio de la escala del termómetro emocional en cuidadores de pacientes.

Hay dos tipos de enfermedades: **agudas** y **crónicas**. Las enfermedades agudas (como un catarro o una gripe) suelen durar relativamente poco. Sin embargo, las enfermedades crónicas son problemas de salud de larga duración (la palabra “crónico” proviene del término griego *chronos*, que significa tiempo).

El hecho de padecer un trastorno crónico no implica necesariamente tener una enfermedad grave o que puede poner en peligro la vida de una persona, aunque algunas enfermedades crónicas, como el cáncer y el SIDA, lo pueden hacer. Las enfermedades crónicas también incluyen trastornos como el asma, la artritis y la diabetes. A pesar de que los síntomas de una enfermedad crónica pueden desaparecer con los cuidados médicos, generalmente la persona sigue padeciendo la enfermedad subyacente, aunque los tratamientos que recibe pueden implicar que se sienta sano y se encuentre bien gran parte del tiempo.

Cada enfermedad crónica tiene sus propios síntomas, tratamiento y evolución. Exceptuando el hecho de que son relativamente duraderas, las distintas enfermedades crónicas no se parecen necesariamente entre sí en otros aspectos. La mayoría de las personas que padecen enfermedades crónicas no piensan en ellas mismas como en un “enfermo crónico”, sino como en alguien que padece un trastorno específico como el asma, la artritis, la diabetes, el lupus, la anemia falciforme, la hemofilia, la leucemia o la enfermedad concreta que tengan.

Si padeces una enfermedad crónica, es posible que no sólo te afecte físicamente, sino también emocional, social y a veces, incluso, económicamente. La forma en que a una persona le afecta una enfermedad crónica depende de la enfermedad particular que tiene y cómo repercute sobre su cuerpo, la gravedad de la enfermedad y el tipo de tratamientos que requiere. Aceptar y adaptarse a la realidad de padecer una enfermedad crónica requiere tiempo, pero los jóvenes que están dispuestos a aprender cosas sobre su enfermedad, a buscar y aceptar el apoyo de los demás y a participar activamente en el cuidado de su salud generalmente superan con éxito el proceso de afrontamiento.

## **5.5 El proceso de afrontamiento**

La mayoría de las personas atraviesan varias fases en el proceso de asumir que padecen una enfermedad crónica y de aprender a vivir con ella. Cuando a una persona le diagnostican una enfermedad crónica en concreto, puede sentir muchas cosas. Algunas personas se sienten vulnerables, confundidas y preocupadas por su salud y su futuro. Otras se decepcionan y se autocompadecen. Algunas encuentran injusto lo que les ha pasado y se enfadan consigo mismas y con la gente a quien quieren. Estos sentimientos forman parte del principio del proceso de afrontamiento. Cada persona reacciona de una forma diferente, pero todas las reacciones son completamente normales.

La próxima fase del proceso de afrontamiento consiste en aprender cosas sobre la enfermedad. La mayoría de la gente que tiene que vivir con una enfermedad crónica descubre que el conocimiento es poder cuanto más saben sobre su trastorno, más sienten que controlan la situación y menos les asusta.

La tercera fase del proceso de afrontamiento de una enfermedad crónica consiste en tomar las riendas de la situación. En esta etapa, la persona se siente cómoda con los tratamientos y las herramientas (como los inhaladores y las inyecciones) que debe utilizar para llevar una vida normal.

Por ejemplo, una persona con diabetes, puede experimentar un abanico de emociones cuando le diagnostican la enfermedad. Tal vez crea que no va a ser capaz de pincharse para determinar su nivel de glucosa en sangre o de inyectarse insulina para controlar la enfermedad. Pero, después de trabajar con el personal médico y de entender mejor su enfermedad, se familiarizará con todo el proceso y dejará de hacérsele una montaña. Con el tiempo, controlar la diabetes se convertirá en algo secundario en su vida. Los pasos implicados en el tratamiento de la enfermedad se convertirán en una forma más de cuidar de su cuerpo y mantenerse sano, como lavarse los dientes después de las comidas o ducharse.

No existen límites definidos de tiempo para completar el proceso de afrontamiento el proceso de hacerse a la idea y aceptar que se padece una enfermedad crónica es diferente en cada persona. De hecho, la mayoría de gente comprobará que tiene

las emociones a flor de piel en todas las fases del proceso. Aunque el tratamiento vaya bien, es normal estar triste o preocupado de vez en cuando. Reconocer esas emociones y ser consciente de ellas cuando emergen forma parte del proceso de afrontamiento.

### **Herramientas para asumir el control**

La gente que padece una enfermedad crónica a menudo encuentra que las siguientes pautas les ayudan a asumir y afrontar la situación:

Reconoce tus sentimientos. Las emociones pueden no ser fáciles de identificar. Por ejemplo, dormir mucho, llorar mucho o estar de mal humor pueden ser signos de tristeza o depresión. También es bastante habitual que las personas que padecen una enfermedad crónica se sientan estresadas al sopesar las realidades de padecer una enfermedad crónica, por un lado, y de tener que rendir en los estudios, cumplir los compromisos sociales y otros aspectos de la vida cotidiana, por el otro.

Muchas personas encuentran un gran apoyo en servicios o personas concretas especializados en ayudar a afrontar el estrés y las emociones intensas. A algunas personas les va bien hablar con un psicoterapeuta o unirse a un grupo de apoyo pensado especialmente para gente que padece su enfermedad. También es importante que te dejes ayudar por aquellas personas en quienes confías, como tus mejores amigos y tus familiares. Lo más importante a la hora de buscar ayuda no es necesariamente encontrar a alguien que sepa mucho sobre la enfermedad que padeces, sino a alguien que esté dispuesto a escucharte cuando estés deprimido, enfadado, frustrado o simplemente alegre como unas castañuelas. Identificar tus emociones, aceptarlas como una parte natural del proceso que estás viviendo y expresarlas o compartirlas de una forma en que te sientas cómodo te puede ayudar a sentirte mejor con tu situación.

**Vivir con una enfermedad crónica.** No hay ninguna duda de que la adolescencia puede resultar mucho más difícil cuando se tiene que hacer frente a un problema de salud. Aparte de las presiones sociales por “encajar” y ser aceptado por el grupo, éste es un período de aprendizaje sobre el cuerpo y de comprensión del propio cuerpo. En una etapa donde es natural preocuparse por la imagen corporal, puede ser muy duro sentirse diferente. Es comprensible que de vez en cuando un adolescente sienta sencillamente que no puede más y que está harto de tener que vivir con una enfermedad crónica.

Incluso aquellos adolescentes que convivieron bien con su enfermedad durante la infancia pueden sentir el acuciante deseo de llevar una vida “normal”, sin medicinas ni limitaciones y sin tener que cuidar de sí mismos de ninguna forma especial. Es una reacción completamente normal. Algunos adolescentes que han aprendido a controlar su enfermedad se sienten tan sanos y fuertes que se llegan a cuestionar si necesitan continuar con el programa de tratamiento. Por ejemplo, un adolescente con diabetes puede plantearse la posibilidad de saltarse una comida mientras está

de compras en unos grandes almacenes o de medirse el nivel de azúcar en sangre después del entrenamiento en vez de antes.

Lamentablemente, dejar de seguir el programa de tratamiento puede tener consecuencias desastrosas. Lo mejor que puedes hacer es decirle al médico cómo te encuentras. Coméntale qué te gustaría hacer pero se supone que no puede hacer para que él te indique exactamente lo que puedes y no puedes hacer. Sólo es cuestión de que responsabilices y adoptes un papel activo en el cuidado de tu salud.

Cuando una persona tiene que vivir con una enfermedad crónica, a veces puede resultarle difícil querer a su cuerpo. Pero no hace falta tener un cuerpo perfecto para tener una buena imagen corporal. Tu imagen corporal puede mejorar si te cuidas, sabes valorar tus capacidades y aceptas tus limitaciones algo que es cierto para todo el mundo, padezca o no una enfermedad crónica.

Cuando una persona está cansada de estar enferma, le puede ayudar mucho expresar su frustración o su tristeza a un oído comprensivo. En momentos como éstos, es importante que pienses en cómo te pueden ayudar los demás y que pidas ayuda y expreses qué es lo que te gustaría que hicieran por ti. Algunas personas descubren que pueden aliviar su sensación de pérdida tendiendo la mano a otra gente y ofreciéndose a ayudar a otras personas que necesitan ayuda. Echar una mano a alguien te puede ayudar a que tus propios problemas te parezcan más fáciles de afrontar.

Adaptarse a vivir con una enfermedad crónica exige tiempo, paciencia, apoyo y ganas de aprender y de participar en el cuidado de la propia salud. Las personas que se tienen que enfrentar a retos inesperados a menudo descubren en ellas una capacidad de adaptación y una resistencia que antes no imaginaban que pudieran tener. Muchos dicen que aprenden más sobre sí mismos al tener que enfrentarse a esos retos, y sienten que crecen como personas y desarrollan la fortaleza interior y la autoconciencia en mucha mayor medida que si no se hubieran tenido que enfrentar a tales retos. Las personas que padecen enfermedades crónicas descubren que, cuando adoptan un papel activo en el cuidado de su salud, aprenden a entender y valorar sus puntos fuertes y a adaptarse a los débiles como jamás habían hecho.

## **5.6 Trastornos psicológicos**

Los trastornos psicológicos se pueden ver como enfermedad mental o como problema de conducta: Cuando los psicólogos cognitivo conductual hablamos de conducta: incluimos los pensamientos, sentimientos, sensaciones y emociones, que tienen leyes especiales de condicionamiento, que están recogidas en la teoría de los marcos relacionales. Indudablemente los pensamientos, sentimientos, sensaciones y emociones influyen en nuestro estado y en nuestra felicidad.

**La enfermedad del cerebro**, existe, sería cuando es atacado por virus, tumores, etc. o cuando por alguna causa física no funciona bien. Estamos hablando de trastornos orgánicos y de algunas enfermedades que se suponen de origen físico, como la psicosis o el trastorno bipolar; aunque no se conocen los procesos que las provocan. En esos casos, la labor del psicólogo viene apoyada por la medicación y una labor fundamental es conseguir que el paciente cumpla las prescripciones de su médico. La labor del psicólogo es, de nuevo, conseguir una mejor calidad de vida para estas personas. Las tareas que se suelen enfrentar con técnicas cognitivas, entrenamiento en habilidades sociales o de aceptación para ayudar al paciente a aceptar su enfermedad y tener una vida más plena.

En otros casos hay discusión sobre si las causas son orgánicas o no, por ejemplo, la depresión. Se habla de que los neurotransmisores se desequilibran y que es la causa de sentirnos deprimidos y comportarnos como tales. El problema, según los biologicistas, es que tenemos una enfermedad mental, porque nuestro cerebro funciona mal. Podría ser, pero hay que tener en cuenta que los neurotransmisores están al servicio de la conducta y que cambian cuando cambiamos nuestra conducta: si nos enfadamos la adrenalina se dispara, si nos deprimimos los neurotransmisores se desequilibran. Hay una categoría diagnóstica la depresión endógena, que separa la depresión reactiva a situaciones concretas de la que se supone que se debe a causas físicas. Esta categoría está ya en desuso porque realmente se ha empleado cuando el profesional no ha encontrado una causa a la que atribuir la depresión.

Los problemas de conducta producen sufrimiento y trastornos psicológicos y son el campo de los psicólogos. Si nos comportamos inadecuadamente. Por ejemplo, queriendo ser perfectos o negándonos a sufrir, nos produciremos problemas psicológicos. Es preciso conocer las leyes que rigen nuestros pensamientos, sentimientos, sensaciones y emociones para no comportarnos de forma que nos hagamos daño a nosotros mismos. En el “Curso Terapéutico de Aceptación I y II” se explican las leyes básicas del pensamiento humano y se explica cómo nos puede producir problemas no seguirlas.

Otra de las causas de sufrimiento psicológico que puede dar lugar a trastornos son las relaciones humanas. Las relaciones de pareja son una fuente fundamental de felicidad, pero también de sufrimiento cuando no van como nos gustaría. Lo mismo pasa con las amistades y también en las relaciones laborales.

En nuestras formas de enfrentar nuestros problemas actuales podemos emplear esquemas de comportamiento aprendidos en la infancia que no son adecuados y que siendo adultos podríamos cambiarlos. Sin embargo, no lo hacemos porque los hemos automatizado y ni siquiera somos conscientes de que existen otras alternativas. Por ejemplo, nos comportamos con personas que nos hacen daño como lo hacíamos cuando éramos pequeños y no podíamos más que someternos a ellas; pero ahora podríamos comportarnos de otra forma sin correr los mismos riesgos que los que correríamos en nuestra infancia.

## 5.7 Niños en el hospital

La noticia de que está enfermo va a suponer al niño una ruptura general de su esquema de vida rutinario, teniendo que hacer frente, desde ese momento, a una situación completamente nueva para él. La reacción que provocará el conocimiento de la enfermedad puede llegar a agravarse incluso más cuando el diagnóstico de la misma le obliga a permanecer encamado en el hospital. Son muchos los estudios que avalan que los niños con enfermedad crónica física presentan más problemas emocionales que los niños sanos. Así, por ejemplo, Rodríguez y Pardos (2000) afirman que, en muchos casos, las reacciones emocionales adversas se mantienen incluso cuando el niño ha vuelto a casa, apareciendo frecuentemente pesadillas, alteraciones al oír hablar de hospitales, mayor apego a la madre, negación ante la ingesta de determinados alimentos que le recuerdan a su estancia en el hospital, etc. Por su parte, Guzmán et al. (2011) afirman que el niño hospitalizado manifiesta un alto desequilibrio biosociológico que lo hace más vulnerable a los estresores, al encontrarse sus capacidades de adaptación minimizadas o ausentes ante su nueva realidad. En general, los diversos estudios e investigaciones en este campo de trabajo coinciden en destacar la ansiedad, el temor a la muerte, la culpabilidad, la ira y la impotencia como los estados anímicos y emocionales más extendidos en pacientes pediátricos. Gráfico 3. Emociones infantiles asociadas a la enfermedad infantil. Padres Al conocer el diagnóstico de enfermedad de sus hijos, la reacción principal de los progenitores es de shock y pánico, apareciendo seguidamente emociones como la culpabilidad, síntomas depresivos, conflictos internos y angustia (fase de desintegración), sintiéndose en muchas ocasiones incapaces de encontrar soluciones a los problemas que se les van planteando, tomar decisiones o manejar las situaciones cotidianas del niño. Paulatinamente, los padres pasan a una fase de ajuste en la que buscan información que les anime, para ir acomodándose emocional y socialmente a la enfermedad, hasta llegar a asumir e integrar la enfermedad de su hijo a su día a día fase de. Impotencia Principalmente ante la restricción de realizar determinadas acciones habituales. Ira Es muy habitual también a la no cooperación con su tratamiento, a modo de rebelión iracunda contra la enfermedad principalmente en la fase inicial Culpabilidad En muchas ocasiones tienden a la autculpabilidad, considerando su enfermedad como un castigo por sus malas acciones o comportamientos. Temor a la muerte Ante la nueva realidad a la que han de hacer frente, este es un sentimiento altamente experimentado por los niños enfermos. Ansiedad - Al ver alterado su estilo de vida, su compañía, la necesidad de cuidados continuos. Fases de afrontamiento familiar de la enfermedad pediátrica El impacto familiar ante la noticia de enfermedad de un hijo es generalmente de carácter negativo, afectando a numerosos factores: estabilidad emocional, economía, autonomía, situación laboral, a su dinámica interna, a sus actividades, relaciones sociales, comportamiento de sus miembros, etc. De tal suerte que la enfermedad se convierte en una fuente de estrés crónico para el niño,

para sus padres y para el resto de su familia. En el caso de los padres, particularmente, han de reestructurar su vida familiar en función de la enfermedad, pero sin dejar de lado otros aspectos de su vida (trabajo, resto de hijos en caso de tenerlos, amistades, etc.). En muchos casos esto se olvida, y el niño enfermo se convierte en el único eje en torno al que gira la vida de la pareja, pudiendo convertirse esto en un suceso que agrave más aún la situación, tanto para el propio niño, como para los padres. Es muy natural el desarrollo de conductas sobreprotectoras en estos casos, principalmente por parte del cuidador primario del niño, con el que se establece una relación muy estrecha durante la enfermedad. Ahora bien, no podemos olvidar que dicha sobreprotección puede repercutir negativamente en los padres, hermanos y en el propio niño, produciendo problemas de comunicación, de aislamiento, poco entendimiento de los roles familiares al sentirse el hijo enfermo “privilegiado” y capaz para hacer cualquier cosa etc. Cuando la enfermedad remite, la principal preocupación de los padres se torna el temor a la reaparición de la misma, de modo que llegan a dejar de lado nunca el estado de ansiedad y angustia. Hermanos Ante la magnitud del problema que representa la enfermedad de un hijo, casi toda la atención tiende a dirigirse al niño y, posteriormente, a los padres, como principales centros de interés y preocupación. Generalmente, los hermanos del pequeño paciente se ven fuertemente impactados, y no les resulta nada fácil la convivencia con un hermano o hermana enfermos. La bibliografía parece coincidir en los diversos patrones comportamentales y emocionales por los que atraviesan los hermanos de los niños enfermos, no siendo ninguno excluyente a otro, pudiendo así pasar un mismo niño por todos, permaneciendo en uno solo o en dos al mismo tiempo. Respuestas negativas/desadaptativas Respuestas positivas/adaptativas Intrapersonales Interpersonales Adquisición de mayor madurez, responsabilidad y cooperativismo. Mejora del rendimiento académico, para satisfacer a sus padres y llamar su atención positivamente. Culpabilidad Abatimiento y tristeza Deseos de enfermar o morir. Celos Rebeldía contra las normas. Tabla

1. Respuestas adaptativas y desadaptativas del hermano del niño enfermo Los hermanos del niño enfermo, al igual que sus padres, encontrarán las mismas fases de miedo y shock inicial ante la enfermedad, pasando paulatinamente a un estado de ajuste que quizá puede verse más desequilibrado que en el caso de sus progenitores, dependiendo de la manera de afrontar el problema de éstos. Cuando el hermano enfermo se vuelve el único punto de interés de los padres, los hermanos se sienten abandonados y más Fase de desintegración Fase de ajuste Fase de reintegración independientes; apareciendo emociones como la envidia y los celos, pudiendo llegar incluso a desear estar enfermos para convertirse en los “favoritos” de sus padres, como está ocurriendo con su hermano. La culpa tiende a aparecer también en los hermanos de los niños enfermos, pudiendo desencadenar conductas desadaptativas, problemas escolares e incluso posibles patologías (dolor de cabeza, dolor de estómago, etc.) (Grau y Fernández, 2010). Por estos motivos, los padres han de dotar a sus otros hijos de la información sobre el diagnóstico y estado

de su hermano, teniendo en cuenta la edad y características de éstos (Pérez y Lanzarote, 2002). Asimismo, queda constatado que los hermanos del paciente pediátrico no han de pasar desapercibidos de lo que está ocurriendo en la familia. En esta misma línea, Lobato y Kao (2005) ponen de manifiesto que el hecho de que éstos tengan un mayor conocimiento del proceso por el que estaban atravesando sus hermanos, no va asociado con emociones negativas o comportamientos alterados. Cuando los padres son capaces de sobrellevar la enfermedad del niño enfermo, atendiendo igualmente al resto de sus hijos, y éstos tienen la suficiente capacidad para entender la enfermedad de su hermano, éstos pueden adquirir un rol sobreprotector también sobre el enfermo (hecho que se da principalmente cuando los hermanos son mayores). Mecanismos de defensa ante la enfermedad Las emociones positivas/Resiliencia Ambas corrientes, enmarcadas en el ámbito de la Psicología Positiva, cada vez más extendida e investigada, comparten una estrecha relación con lo expuesto en este trabajo. En lo que respecta a las emociones positivas, queda patente que tienen una clara implicación en las estrategias de regulación de las experiencias negativas, estresantes o adversas en la vida del paciente, en pro de un afrontamiento adaptativo a la enfermedad mediante la regulación cognitiva, inicialmente, para pasar paulatinamente a un mayor control conductual de la situación dada. Así pues, son muchos los estudios que demuestran que ser optimista y experimentar emociones positivas provee recursos para afrontar los problemas de salud. En esta línea se encuentra la investigación de Salovey et al. (2000), la cual resuelve que el hecho de ser optimista y experimentar emociones positivas provee recursos para afrontar más exitosamente problemas de salud, motivando la realización de comportamientos más saludables. Son diversos los tipos de emociones positivas que se han estudiado; entre ellas, caben ser destacadas la alegría, el amor, la satisfacción y la esperanza (Greco et al., 2006). De este modo, podemos afirmar que la vivencia de emociones positivas por parte del paciente se convierte en un factor de protección frente a la situación estresante o traumática que está experimentando. Este modelo de las emociones positivas ha derivado en los últimos años en el desarrollo de una teoría de la resiliencia, centrada ésta en la capacidad que tienen las personas para recuperarse tras haber vivido uno o varios eventos estresantes, reasumiendo con éxito su actividad habitual, pese a las circunstancias adversas por las que han tenido que atravesar, o por las que aún siguen atravesando.

## **5.8 motivación.**

La enfermería es una profesión del campo de las ciencias sociales, cuya intervención esta al cuidado humano implicado en la constitución, protección y recuperación de la salud. Las enfermeras constituyen sujetos de cultura y afecto, formadas para desempeñar roles profesionales en carácter de actores sociales quienes participan, a través de sus relaciones de poder, en la construcción de la historia universal, así como en la estructuración y dinámica de los campos de la salud.

Cabe destacar que el cuidado humano eficaz, eficiente y oportuno es producto del estudio, preparación, experiencia laboral y la motivación que el individuo posea dentro de su área de trabajo, en este sentido Locke, (2000) señala que:

En el campo laboral debe existir un equilibrio entre los factores intrínsecos y extrínsecos, con el fin de que el personal que labore dentro de una institución ya sea de salud o no, presente una respuesta positiva y satisfactoria y según las características físicas y de personalidad debe ser asignado a un área donde desempeñe de manera eficaz las actividades o las competencias que se requiera en el área, lo cual dará una respuesta positiva tanto para la institución como para el personal que allí labore.

En la anterior cita se destaca el equilibrio y la motivación como estas fundamentales del eficaz desempeño laboral en cualquier área profesional, siendo el caso que compete a la presente investigación, es oportuno mencionar quien es citada en "la fuerza motivadora que le permita a las enfermeras expresarse y alcanzar la excelencia además del prestigio buena remuneración y algo en que estar ocupadas", de esta forma es posible que el desempeño de las actividades dentro del ambiente laboral sea eficiente. Respecto a la motivación Herzberg citado por Gibson expresa que:

La satisfacción al realizar un trabajo puede estar afectada por factores intrínsecos o satisfactorios, tales como: responsabilidad, realización, crecimiento, los cuales son eficaces para un excelente desempeño y por factores externos o insatisfactorios, tales como: salario, beneficios, seguridad laboral, reconocimiento.

Estos señalamientos permiten engranar con los aportes de la motivación propuesto por, quien hace referencia a dos grupos o clases de aspectos laborales, menciona un grupo de factores extrínsecos y otros intrínsecos, los primeros están referidos a las condiciones del trabajo en el sentido más amplio tales como: salarios, políticas de la organización, el entorno físico y la seguridad en el trabajo, los factores intrínsecos son aquellos que están relacionado con la circunstancia presentes en el trabajo mencionado la responsabilidad, la realización y el crecimiento propio en el trabajo, ubicado en el contexto anteriormente expuesto.

Cabe destacar que en Venezuela, cuando un profesional de enfermería egresa de alguna casa de estudios, en líneas generales emigra a los centros privados, pues estos ofertan desempeñarse en un medio más óptimo, contando con los recursos necesarios para realizar su trabajo, así como también devengar salarios a tiempo y devengar muy justos y motivaciones al logro.

Se observa, que aún no poseen un escenario acorde donde el profesional de enfermería pueda realizar sus tareas, con una remuneración justa que llega a destiempo, y se produce la desmotivación extrínseca. Además, enfrentan las distintas problemáticas como trabajar con un mayor número de pacientes, la cual les permite aplicar los cuidados óptimos, llevándolos al agotamiento, enfermedades laborales, así como la deserción o emigración a otras áreas de trabajo en el peor de los casos.

En el estado Carabobo, según acotó Márquez, afirma que presentan los agremiados de la entidad, con el propósito que la máxima líder gremial diligencie las soluciones con el Ministerio del Poder Popular para la Salud y el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales, se plantean los siguientes problemas:

La baja remuneración que hoy en día perciben estos profesionales; insuficiencia de personal en áreas críticas, condiciones de la infraestructura hospitalaria deprimentes y precarias. Igualmente sucede con los recursos, por lo que se hace mucho énfasis en la contraloría social, pues los recursos materiales no llegan a su destino dentro de las instalaciones, entre otros, que conllevan a la desmotivación del personal del área de enfermería.

La situación expuesta, es común a diferentes centros de Salud del estado Carabobo; es así como el Hospital Universitario Dr. "Ángel Larralde", forma parte de esta realidad, sin embargo su misión es brindar un servicio de calidad y atención al cliente en lo relacionado a la salud pública, contando para ello con un personal altamente capacitado, con un profesionalismo calificado, teniendo como visión, crecer en prestigio y rendimiento, en función del paciente y a su recurso humano, de allí que su constante y sistemática supervisión, es con la finalidad de resguardar su prestigio, ubicada en uno de sus departamentos de enfermería, el área de Hospitalización, se puso en evidencia que su personal no es estimulado ni valorado por sus capacidades ni necesidades humanas.

En tal sentido cabe señalar que el personal de enfermería de cuidado directo, durante su desempeño estaría expuesto a una serie de factores extrínsecos que se vincularían a las condiciones o políticas de la empresa. De tal manera, que las organizaciones tomarían estrategias para que estos no conlleven a la insatisfacción laboral y de ser así esta estaría relacionada a los factores intrínsecos (internos de la persona). Esto se evidencia por el poco interés del personal a establecer actividades cónsonas con las responsabilidades del departamento. Igualmente, demuestran desagrado por el desinterés manifestado por la gerencia al no ser tomado su desempeño; es indudable que estos profesionales de la enfermería muestran insatisfacción, descontento, tensión emocional, apatía e indiferencia a la hora de tomar responsabilidades extras; se ve la rutina diaria y la falta de creatividad en el grupo de trabajadores de dicho departamento.

Por lo antes mencionado, es necesario analizar el grado de motivación laboral de los profesionales de la enfermería para el desempeño de las funciones en el Departamento de hospitalización.

Es necesario analizar los factores que pueden afectar el recurso humano con el fin de mejorar la efectividad en cuanto a la eficiencia y eficacia para lograr una productividad positiva dentro de la organización, teniendo en cuenta que son diversos los factores que inciden en el manejo del personal de una institución, siendo uno de ellos la motivación de los trabajadores, la cual está dirigido a mejorar el desempeño y rendimiento de sus labores.

La motivación es un factor que debe interesar a todo administrador y gerente de salud, pues es poco factible tratar de alcanzar el funcionamiento correcto de su organización. Motivo por el cual es de vital importancia realizar un estudio que

permita obtener la información necesaria para establecer estrategias que contribuyan al mejoramiento continuo, de la organización como del individuo que labora en la misma.

De ahí, que esta investigación se justifica desde tres puntos de vista: teórico, metodológico y práctico. En el ámbito teórico, el trabajo busca, mediante la teoría encontrar explicaciones o situaciones a comportamientos del recurso humano que afectan el contexto hospitalario. En tal sentido, esto permite asumir posiciones de acuerdo a la realidad observada en los profesionales de enfermería objeto de estudio.

Tomando en cuenta la justificación metodológica, se argumenta con el fin de cumplir con los objetivos propuestos, a través de la aplicación del instrumento para medir las variables en estudio.

Desde el punto de vista práctico, se lleva al plano laboral la investigación de analizar la motivación en enfermera, de manera que con ello obtenga la información oportuna que permita desarrollar las metas y objetivos planteados por la investigadora.

Dentro del desarrollo de la investigación es necesario conocer estudios realizados sobre el tema planteado, los cuales permitieron revisar otras investigaciones que guarden relación con el tema planteado, y que permitan juzgar sobre los enfoques dados al problema y crear patrones de comparación evitando posibles errores dentro del estudio. Arias refiere que:

Los antecedentes de la investigación se refieren a los estudios previos relacionados con el problema planteado, es decir, investigaciones relacionadas anteriormente y guardan una vinculación con el objetivo de estudio. En este punto se deben señalar además de los autores y el año en que se realizan los estudios los objetivos y principales hallazgos.

Contreras, en su trabajo especial de grado titulado: "diseño de un programa motivacional para el personal administrativo y obrero de la Facultad de Ciencias de la Educación de la Universidad de Carabobo, Valencia": La importancia de la participación para propiciar la satisfacción de los trabajadores y como una vía para lograr los cambios, para que se sientan más interesados por las tareas que realizan y cual el sentido de pertenencia. El propósito de esta investigación fue el diagnóstico de los niveles motivacionales y la misma arrojó como resultados que existen insatisfacciones y desmotivaciones laborales.

La relación que tiene esta con el trabajo de investigación es que al motivar al personal se logra un mejor resultado en las labores realizadas y el personal sentirá la necesidad de demostrar su potencial con la creatividad en su rutina de trabajo.

Rodríguez, realizó una investigación titulada: "factores motivadores que influyen en el desempeño laboral del personal de enfermería de sala de partos del Hospital Central Universitario "Dr. Antonio Pineda" Barquisimeto Estado Lara. El objetivo de esta investigación fue determinar los factores motivadores que influyen en el desempeño laboral del personal de enfermería de sala de parto del Hospital antes mencionado. El diseño de la investigación es descriptivo de campo. La población

estuvo conformada por 60 enfermeras con características de licenciadas y técnico superiores que representan el 100% de la población total. La muestra estuvo conformada por cincuenta y siete elementos muestrales que representan el 80% de la población. Los resultados evidenciaron que el factor motivador el 70% de los elementos muestrales utilizaron la opción siempre el amor a la labor que realizan contribuye positivamente en el desempeño laboral, y un 20% de los elementos muestrales tomaron la opción casi siempre, el amor a la labor que realizan contribuye positivamente en el desempeño laboral, pero sin embargo queda limitado por el ambiente en que se desenvuelve carente de necesidades básicas y con poco reconocimiento, remuneración injusta y sin ninguna recompensa pública.

Las investigaciones antes señaladas se relacionan con el presente estudio, ya que hacen referencia a los factores intrínsecos y extrínsecos que influyen en el desempeño laboral para el personal de enfermería, siendo estos factores los que conforman la variable en estudio.

Lira, ejecutó una investigación titulada "nivel de motivación y desempeño laboral del profesional de enfermería en la Dirección Estatal de Programas de Salud del Estado Guárico". Esta investigación se encontró enmarcada en la modalidad de campo, descriptivo de corte transversal, la cual estuvo conformada por una población de enfermeras. Para la obtención de la información requerida aplicó un cuestionario estructurado en dos partes, datos socio demográficos y en otra parte satisfacción y desempeño laboral, con escala tipo Likert que dan respuesta a las variables del estudio.

Los resultados señalaron que el 100% de los elementos muestrales son mayores de 35 años de sexo femenino. En cuanto a los factores que influyen a la satisfacción laboral se considera que el 75% del personal de enfermería se encuentra motivado, y consideran que el clima laboral donde se desenvuelve al igual que la relación entre sus jefes es necesario para alcanzar la satisfacción laboral. El personal de enfermería posee un nivel de satisfacción alto 75% en lo concerniente al desempeño laboral en la función administrativa es alto, medio en la función docente y bajo con un 25% en la función de la investigación.

Esta investigación guarda relación con el presente estudio porque se enfoca al tema de la satisfacción laboral del personal de enfermería y uso de la metodología cuantitativa de la investigación.

**Aspectos Básicos de la Motivación.** En la actualidad, existe una serie de factores que son determinantes durante el desempeño laboral como: trabajo con gran demanda de atención y responsabilidad, liderazgo inadecuado, rotación de turnos, jornada de trabajos excesivos, actividades físicas corporales excesivas que influyen negativamente en el rendimiento laboral y bienestar del individuo y que se manifiestan por síntomas físicos, emocionales, cognitivos y del comportamiento, que repercuten en las actividades diarias del personal de enfermería de cuidado directo. Al respecto, Marcano, señala que:

La motivación es un término amplio utilizado en psicología para comprender las condiciones o estados que activan o dan cuerpo al organismo que llevan a una

conducta dirigida hacia determinados objetivos, es decir, la motivación es la que permite impulsar a un individuo hacia un objetivo o meta determinado.

La comprensión de la motivación del comportamiento exige el conocimiento de las necesidades humanas. La teoría de las relaciones humanas constata la existencia de ciertas necesidades fundamentales. Al respecto Chiavenato, señala:

Se verificó que el comportamiento humano es determinado por causas que, muchas veces, escapan al propio entendimiento y control del hombre. Estas causas se llaman necesidades o motivos: son fuerzas conscientes o inconscientes que llevan al individuo a un determinado comportamiento.

Es decir, la motivación se refiere al comportamiento que es causado por necesidades dentro del individuo y que es orientado en función de los objetivos que puedan satisfacer esas necesidades. Los trabajadores del Departamento de Enfermería (Área Hospitalización) comprende entiendo este hecho mencionado antes y sienten que no se le satisface plenamente sus necesidades de autorrealización.

Los motivos o impulsos llamados así frecuentemente pueden ser en su mayoría innatos en su naturaleza o aprendidos. En ese sentido, Marcano, señala: que "cualquiera que sea su origen, los motivos son despertados cuando inician una actividad dirigida hacia determinadas finalidades o incentivos que han sido relacionados con los motivos particulares comprendidos a través del aprendizaje.

Estos motivos pueden ser de dos tipos, los que se originan con las necesidades psicológicas y los procesos de autorregulación del organismo y los sociales, los cuales son adquiridos en el proceso de sociabilización y se forman sobre la base de las relaciones interpersonales. La motivación posee ciertas características que facilitan su estudio y estas se dividen en general y específicos. Marcano, señala entre las características generales se encuentran:

- La complejidad, donde una conducta o acto específico, tiene una causalidad múltiple.
- Algunas motivaciones no son reconocidas por el propio individuo.
- Las motivaciones cambian de tiempo en tiempo; a pesar de que la persona pueda continuar comportándose de la misma forma.
- Las motivaciones son varias, es decir, un individuo puede aspirar a muchas metas.

Entre las características específicas se pueden apreciar:

- La energía: cuanto mejores sean los impulsos, deseos, o necesidades, la energía aumentará ya sea interna o externamente logrando la capacidad de producir la conducta.
- La persistencia: ésta durará hasta que la necesidad éste satisfecho o el sujeto agote las fuerzas y caiga postrado y vencido.

- La variabilidad: consiste en el ingenio que desplaza el sujeto para alcanzar la meta.
- La fuerza: la cual está dada, por la privación y los hábitos

A través de estas características se puede observar que la motivación involucra impulsos y acciones complejas y variadas; que se originaron de la motivación misma y de la personalidad de cada sujeto; de allí que cada individuo posea motivaciones diferentes.

**Bases de la Motivación.** El estudio de la motivación humana se fundamenta en tres tipos de basamentos estos son: tipo psicológico, filosófico y social. Con respecto a las bases psicológicas, existen ciertas teorías que han colaborado con el estudio de la motivación, entre ellas están:

**Teoría de las Necesidades Humanas según Maslow.** Una de las más conocidas teorías sobre la motivación es la teoría de la jerarquía de las necesidades propuesta por el psicólogo Abraham Maslow. Maslow concibió las necesidades humanas bajo la forma de una jerarquía, la cual va de abajo hacia arriba, y concluyó que una vez satisfecha una serie de necesidades, éstas dejan de fungir como motivadores.

Las necesidades humanas básicas que Maslow colocó en orden ascendente de importancia son las siguientes:

- Necesidades fisiológicas. Estas son las necesidades básicas para el sustento de la vida humana, tales como alimentos, agua, calor, abrigo y sueño. Según Maslow, en tanto estas necesidades no sean satisfechas en el grado indispensable para la conservación de la vida, las demás no motivarán a los individuos.
- Necesidades de seguridad. Son las necesidades para librarse de riesgos físicos y del temor a perder el trabajo, la propiedad, los alimentos o el abrigo.
- Necesidades de asociación o aceptación. En tanto que seres sociales, los individuos experimentan la necesidad de pertenencia, de ser aceptados por los demás.
- Necesidades de estimación. De acuerdo con Maslow, una vez que las personas satisfacen sus necesidades de pertenencia, tienden a desear la estimación tanto propia como de los demás. Este tipo de necesidad produce satisfacciones como poder, prestigio, categoría y seguridad en uno mismo.
- Necesidad de autorrealización. Maslow definió ésta como la necesidad más alta de su jerarquía. Se trata del deseo de llegar a ser lo que es capaz de ser; de optimizar el propio potencial y de realizar algo valioso.

Los trabajadores del Departamento de Enfermería del Área Hospitalización sienten que esta necesidad no está completamente reflejada, ya que no se lo toma en cuenta a la hora de ser reconocidos por la labor realizada. De allí que no sienten esa satisfacción de poder, logro, prestigio, ni iniciativa a las responsabilidades extras.

**Teoría del Doble Factor de Herzberg.** El enfoque de las necesidades de Maslow fue considerablemente modificado por Frederick Herzberg y sus colaboradores. Éstos se propusieron formular en su investigación una teoría de dos factores de la motivación. En un grupo de necesidades se encontrarían cosas tales como políticas y administración de la compañía, supervisión, condiciones de trabajo, relaciones interpersonales, salario, categoría, seguridad en el empleo y vida personal. Herzberg y sus colaboradores determinaron que estos elementos eran exclusivamente insatisfactorias, no motivadores. En otras palabras, su existencia en alta cantidad y calidad en un entorno de trabajo no provoca insatisfacción. Su existencia no es motivadora en el sentido de producir satisfacción; su inexistencia, en cambio, resultaría en insatisfacción. Herzberg denominó a éstos factores de mantenimiento, higiene o conexo de trabajo.

Herzberg incluyó en el segundo grupo ciertos satisfactores (y por lo tanto motivadores), relacionados todos ellos con el contenido del trabajo. Entre ellos se encuentran, el logro, el reconocimiento, el trabajo interesante, el avance y el crecimiento laboral. Su existencia produce sensaciones de satisfacción o no satisfacción (no insatisfacción). Los satisfactores o insatisfactorias identificados por Herzberg se asemejan a los factores propuestos por Maslow.

El primer grupo de factores (las insatisfactorias) no motivarán a las personas en una organización; no obstante, deben estar presentes, pues de lo contrario surgirá insatisfacción. Herzberg determinó que los factores del segundo grupo, o factores del contenido del trabajo, son los verdaderos motivadores, ya que pueden producir sensaciones de satisfacción. En cada caso de concederle validez a esta teoría de la motivación, es evidente que los administradores deben brindar considerablemente atención al mejoramiento del contenido del trabajo.

Pero tampoco la investigación de Herzberg se ha visto exenta de cuestionamientos. Algunos investigadores han objetado sus métodos, los que, en su opinión, tendían a prejuzgar los resultados. Se piensa, por ejemplo, que la conocida tendencia de la gente a atribuir buenos resultados a sus esfuerzos y a culpar a los demás de resultados deficientes indujo prejuicios en los hallazgos de Herzberg. Otros investigadores han llegado por métodos distintos a conclusiones que no apoyan su teoría.

Los trabajadores del Departamento de Enfermería del Área Hospitalización sienten que esta teoría planteada por Herzberg es muy cierta que el hombre mueve no solo por salario, seguridad; sino más bien para crecer, ser reconocido y obtener el logro de ser el mejor.

**Teoría de Motivación McClelland.** McClelland contribuyó a la comprensión de la motivación al identificar tres tipos de necesidades básicas de motivación. Las clasificó como necesidad de poder necesidad de asociación y necesidad de logro. Se han efectuado ya numerosas investigaciones sobre métodos de prueba de individuos en relación con estos tres tipos de necesidades, además de lo cual el propio McClelland y sus colaboradores han abundado en sus investigaciones, en particular sobre la necesidad de logro.

Estos tres impulsos (poder, asociación y logro) son de especial importancia para la administración, puesto que debe reconocerse que todos ellos permiten que una empresa organizada funcione adecuadamente.

- Necesidad de Poder: McClelland y otros investigadores han confirmado que las personas con una gran necesidad de poder se interesan enormemente en ejercer influencia y control. Por lo general tales individuos persiguen posiciones de liderazgo; son con frecuencia buenos conversadores, si bien un tanto dados a discutir; son empeñosos, francos, obstinados y exigentes, y les gusta enseñar y hablar en público.

- Necesidad de Asociación: Las personas con una gran necesidad de asociación suelen disfrutar enormemente que se les tenga estimación y tienden a evitar la desazón de ser rechazados por un grupo social. Como individuos, es probable que les preocupe mantener buenas relaciones sociales, experimentar la sensación de comprensión y proximidad, estar prestos a confortar y auxiliar a quienes se ven en problemas y gozar de amigables interacciones con los demás.

- Necesidad de Logro: Los individuos con una gran necesidad de logro poseen un intenso deseo de éxito y un igualmente intenso temor al fracaso. Gustan de los retos, y se proponen metas moderadamente difíciles (aunque no imposibles). Son realistas frente al riesgo; es improbable que sean temerarios, puesto que más bien prefieren analizar y evaluar los problemas, asumir la responsabilidad personal del cumplimiento de sus labores y les gusta obtener específica y expedita retroalimentación sobre lo que hacen.

Tienden a ser infatigables, les gusta trabajar por muchas horas, no se preocupan excesivamente por el fracaso en caso de que éste ocurra y por lo general prefieren hacerse cargo de ellos mismos de sus asuntos. Esta necesidad de poder que quizás poseen estos trabajadores no la manifiestan, ya que no será recompensado o visto por los superiores; la necesidad del logro se aprecia por el deseo de superación a nivel personal que cada quien manifieste; pero no benefician a la organización ya que no demuestran su iniciativa o potencial; el trabajo se hace con un solo fin el de la remuneración monetaria.

**Tipos de Incentivos o Motivadores.** Existen muchas formas de motivar a los trabajadores entre estos están aquellos relacionados con las metas personales, como lo son: oportunidades de ascenso, mayor responsabilidad, promoción, progreso, realización y un trabajo interesante siendo estos factores que hacen del trabajo una actividad agradable y estimulante significativa. Los trabajadores del Departamento de Enfermería necesitan estos incentivos que los motiven a alcanzar sus metas personales (autorrealización). Según Ramírez (1996),

La eficiencia de la motivación variará de alguna manera de acuerdo con el tipo de empleado que contrate la administración y con el tipo de trabajo que se le asigne"; es decir, no todas las personas van a sentir el mismo grado de necesidad de ser motivados ya que este varía de acuerdo a las características particulares de cada individuo.

Existen muchos tipos de incentivos para motivar a los trabajadores, estos incentivos motivacionales se encuentra el refuerzo, siendo éste uno de los métodos básicos para modificar el comportamiento deseado. Existen dos tipos de refuerzo uno positivo y otro negativo. El reforzamiento positivo, consiste en añadir algo agradable a la vida de un individuo por el hecho de haber realizado una actividad deseable. El refuerzo negativo, es aquel en el que se suprime algo agradable con el fin de fortalecer una respuesta.

En fin lo deseable en el funcionamiento de la organización es que la gerencia logre diseñar las estrategias adecuadas para motivar con éxito a los trabajadores; Davis, señala al respecto: "La toma de la equidad, plantea que la motivación depende de cómo la gente piense que se le ha reconocido su desempeño ". Esto se logra proporcionando los incentivos más adecuados". El plan de acciones y estrategias dirigidas al Departamento de Enfermería del Área Hospitalización, también desea diseñar estrategias adecuadas para motivar a los trabajadores de dicho departamento esto es con el fin de que exista productividad y creatividad en el grupo de trabajo.

**Responsabilidad ante uno mismo.** El ser responsable con uno mismo es una característica que debe poseer la enfermera ya que entorno gira alrededor de este valor. Es por ello que, citado Huber la define: "como el hecho de aceptar una tea, es la obligación con sigo mismo de realizarlas. En relación a la responsabilidad ante uno mismo, refiere que:

Es aquella actitud de una persona que, en sus acciones, considera el conjunto de las previsible consecuencias, y se pregunta cuáles son desde el punto de vista del contenido de valor de la realidad las consecuencias mejores en conjunto, y entonces actúa en consecuencia; y eso, aunque tenga que realizar lo que, aisladamente considerado, deberíamos considerar como malo

### **5.9 la comunidad del paciente.**

De esta forma, Hospitales apuesta por esta iniciativa para transformar la gestión de los aspectos no asistenciales de los procesos oncológicos generando un cambio en la percepción de la enfermedad por parte del sistema sanitario. "El objetivo es la reducción del sufrimiento propio y del entorno social relacionado con el cáncer (sufrimiento derivado de la soledad, la exclusión, y la incomprensión de las necesidades reales). Para lograrlo un grupo de pacientes, formado y seleccionado por el equipo sanitario, orienta a los pacientes nuevos en aspectos no asistenciales, pero si vivenciales, así como en distintas actividades participativas, incluyendo la asesoría y mejora de los procesos hospitalarios", señala el Dr. García-Rico.

El personal sanitario que conforma la 'Comunidad de Pacientes' está compuesto por un oncólogo médico, una DUE y una psicooncóloga, que han seleccionado y formado a un grupo de pacientes, que se denominan 'Pacientes Guía', que serán los encargados de orientar a los nuevos pacientes. En total la 'Comunidad de Pacientes' está conformada por unas 30 personas. "El equipo sanitario ejerce como coordinador de la Comunidad ejerciendo de nexo tanto entre los 'Pacientes Guía' y los pacientes y familiares. Los 'Pacientes Guía' son los ejes centrales que sostienen

el proyecto, son ellos los que acompañan a los pacientes y familiares en los encuentros personales, los que proponen y planifican talleres y otras actividades, y los que organizan y dirigen los grupos de mejora de procesos realizados con los distintos servicios hospitalarios implicados en la asistencia a pacientes y familiares”.

## **6. PSICOLOGIA MEDICA.**

### **6.1 El problema de la relación mente cuerpo.**

La relación mente-cuerpo es un tema que se ha discutido ampliamente en círculos filosóficos, no así en el ámbito psiquiátrico en donde la relación mente-cerebro ha cobrado una relevancia especial con el desarrollo de las neurociencias.

El psiquiatra en su práctica diaria utiliza conceptos y ejecuta procedimientos que cubren ambos términos de esta relación: se habla de trastornos funcionales y de trastornos orgánicos, se realizan técnicas psicoterapéuticas para fortalecer la autoestima y el sentido de autonomía, se prescriben drogas psicotrópicas para modificar la situación de los neurotransmisores en diversas áreas del cerebro, se habla de entendimiento psicológico y de causalidad física, etc.

En la teoría y en la práctica, los psiquiatras hablan de la unidad de la mente y el cerebro, sin embargo, el carácter de esta relación no es explícitamente formulada y, es frecuente notar que se aluda a ella de diversas maneras, con distintos supuestos, lo que resulta en una situación confusa, tanto en la práctica clínica, como en la presentación de los resultados de las investigaciones de las neurociencias.

En el siglo XX se generó un progresivo aumento de la explicación biológica de las enfermedades mentales. Al comienzo de esa centuria, lo que se solía explicar por medios psicológicos encuentra su razón en la genética, en los tumores y accidentes vasculares cerebrales, en las infecciones, en las endocrinopatías, etc. Siguen unas décadas de psicologización de la psiquiatría y, luego, se desencadena, a fines de ese siglo, una eclosión de información biológica derivada de las investigaciones de laboratorio, de la biología molecular, de la psicofarmacología y de las nuevas técnicas de neuroimagen cerebral. Las explicaciones psicológicas terminan siendo relegadas y, casi eliminadas del discurso psiquiátrico. A pesar de haberse establecido un sistema axial de diagnóstico con una dimensión psicosocial, la Psiquiatría Biológica polarizó la disciplina, usando esquemas conceptuales y diseños de investigaciones, correspondientes al punto de vista del materialismo, especialmente del materialismo reductivo; con este proceso, el desarrollo teórico e investigacional de la Psiquiatría Biológica ha tendido a perpetuar su propia perspectiva. Esta situación ha generado considerables consecuencias de orden práctico y teórico; intereses político-sociales han utilizado esta constricción generada por el monismo biológico, para fragmentar y cambiar el papel profesional del psiquiatra que se ha convertido en un simple técnico, ha alterando la relación

médico-paciente tradicionalmente central en la intervención psiquiátrica y, ha impedido un desarrollo amplio e integral de la especialidad.

Es por lo tanto, muy importante familiarizarse con la conceptualización de las relaciones mente-cerebro y las dificultades que ésto implica. No es posible lograr una conclusión definitiva y universalmente aceptada sobre este tema, por su complejidad y las múltiples implicaciones que posee. No obstante, es preciso clarificar en lo posible esta relación para facilitar la comunicación y el progreso de las distintas especialidades que contribuyen a la práctica de la psiquiatría y, la integración de los hallazgos de las neurociencias con la situación clínica del paciente.

En el presente trabajo se hace un bosquejo de algunas de las diversas y complejas posturas filosóficas que intentan clarificar la relación mente-cerebro. La presentación de este tema corresponde, en verdad, a los expertos en estas materias, pero dada la urgente necesidad por conocerlo que enfrentan los psiquiatras en el momento actual, me aventuro a presentarlo, con cautela y con consciencia de sus limitaciones.

## **6.2. Dualismo de substancia.**

El dualismo de substancia o, como se le conoce habitualmente, dualismo cartesiano, proviene de René Descartes filósofo francés del siglo XVII. Descartes en su afán por lograr un conocimiento claro y evidente, llega con el método de la duda metódica, a una certeza, clara y distinta, de la cual ya no puede dudar -ni siquiera con la hipótesis de la existencia de un genio maligno que lo pudiera engañar, incluso con las verdades matemáticas- se trata del hecho que, al dudar, piensa y, si piensa, luego existe Yo pienso: luego yo existo; soy una cosa pensante que no requiere de nada material: “De manera que ese yo, es decir el alma, por la cual yo soy el que soy es enteramente distinto del cuerpo...”: la cosa pensante.

También, en forma clara, pero no primariamente como el alma, se muestra a Descartes el mundo físico, pero con una propiedad diferente, la extensión: la substancia extensa (res extensa). La res cogitans y la res extensa se definen cada una por exclusión de la otra: lo pensante no es extenso y, lo extenso no piensa. Las dos cosas difieren en varios sentidos, la cosa extensa, queda reducida al espacio y al movimiento, por lo que posee propiedades como color, forma, y es accesible a otras personas. En cambio, la res cogitans no está ubicada en el espacio, no posee las propiedades descritas para la cosa extensa y, es privada; solo tiene acceso a ella la persona que piensa.

Esta conceptualización de lo que hay en el universo -dos substancias completamente distintas- con propiedades tan diferentes, enfrenta el serio problema de la relación entre ellas -mente-cuerpo-, cómo la decisión de caminar, por ejemplo,

hecha en la interioridad de la persona; en la cosa pensante, se pone en acción, movilizándolo en la cosa extensa, con el dualismo es como vivir en dos mundos apartes. Descartes mismo no encontró una solución a esta dificultad, postuló que la mente y el cuerpo se unen en interacción en la recóndita glándula pineal. Esta explicación contradice las leyes de la física, es filosóficamente muy dudosa y, en el mundo actual, a la luz de las neurociencias, es claramente inadecuada.

El dualismo cartesiano que divide nítidamente la mente del cerebro ha tenido una importante influencia en el modo como se ha desarrollado la psiquiatría y ciencias afines; esto se refleja, por ejemplo, en la separación de la psiquiatría de la neurología y en la clasificación de los trastornos mentales en “funcionales” y “orgánicos”, popular hasta no hace mucho tiempo atrás. Pero esta separación de mente y cerebro como dos sustancias independientes, dificulta la conceptualización de sus interacciones y se ha hecho problemática con la creciente evidencia aportada por las investigaciones biológicas. Los estudios de neuroimagen cerebral indican que las enfermedades mentales mayores -por años consideradas funcionales (esquizofrenia y psicosis maníaco-depresiva)- muestran perturbaciones cerebrales comprobables, que las circunstancias vitales estresantes afectan la integridad de estructuras cerebrales y, que, incluso, la psicoterapia, modifica la neuroimagen de los estados depresivos. La mente y el cerebro interactúan íntimamente, su división no parece ya ser tan clara y distinta. Pero la interfase de lo mental y lo físico permanece en la oscuridad.

Si se pudiera encontrar cómo interactúan estas dos sustancias cartesianas, la unión de la psicología y de las neurociencias no sería problemática. Se ha propuesto que estas sustancias completamente separadas no interactúan, solo aparecen paralelamente (“paralelismo”), como en un estado de “armonía preestablecida”, su aparente interacción es solo una ilusión. Esta tesis tropieza con serias dificultades filosóficas y científicas y, no tiene vigencia actual.

Recientemente se ha intentado resolver algunas de las dificultades planteadas por el dualismo con un análisis del concepto de causalidad y sus implicaciones metafísicas, señalando que el evento causal debe ser entendido en el contexto en que se da y que posibilita su causalidad; con este tipo de análisis y, considerando a los contenidos perceptuales como exploratorios del mundo, se muestra la causalidad de los procesos mentales. Los procesos neurológicos coexistentes en la conducta por ej. ir al refrigerador, abrir la puerta y sacar una cerveza] que realiza a un deseo [beber una cerveza], no poseen la determinación necesaria -para ser considerados causales del logro del deseo, ya que las circunstancias que rodean la realización de éste, pueden ser distintas [caminar más lento o más rápido; o estar más lejos o más cerca del refrigerador, etc.], cambiando los estados neurológicos

de la conducta; lo que permanece determinante es el estado mental, por lo que se le atribuye el papel causal (ver detalles de este análisis en referencia).

El problema de la relación mente-cerebro desaparecería si se pudiera argumentar exitosamente que el dualismo no existe. Un idealismo extremo solucionaría el problema planteado por el dualismo sosteniendo un inmaterialismo en el que el ser de los objetos queda reducido a su percepción, pero no todo el movimiento idealista adhiere a esta tesis extrema. El idealismo - en distintas formas y dosis- prevalece durante los siglos XVII y XVIII, luego con el desarrollo del positivismo y de la ciencia, se va imponiendo una solución materialista al problema del dualismo. El materialismo postula la materia como lo único primariamente existente en el universo, de este modo, las neurociencias operarían sin problema alguno, sin preocupación de los estados mentales; este tipo de pensamiento tiene considerable popularidad entre filósofos y neurocientíficos.

Pero, si se pudiera argumentar en favor de la imposibilidad de eliminar o reducir la mente a la materia, ésto significaría que la ciencia -evidencia empírica-, no sería capaz de proveer un entendimiento completo de ella, o sea, el estudio del cerebro no podría entregar una comprensión acabada de la mente.

#### **Otras formas de dualismo incluyen:**

**Dualismo de propiedades.** El dualismo de propiedades sostiene que lo mental y lo físico son dos clases diferentes de propiedades metafísicas que se pueden predicar de un mismo objeto (persona). Un ser humano es más que cerebro y mente, lo que permite que la persona enfrente directamente sus experiencias, y pueda formar ideas acerca de ellas sin tener que recurrir a ninguna explicación causal neuronal. Las justificaciones de las ideas acerca de las experiencias no dependen solo de los aspectos físicos (cerebrales), sino que también de los rasgos no físicos (mentales) que se dan en la experiencia misma. Esta teoría desconecta el problema del conocimiento (de las experiencias) del proceso causal de los acontecimientos físicos neuronales, evitando así, convertir al ser humano en un espectro ilusorio dependiente de la materia.

En la tesis del dualismo de propiedades la mente ya no es producto de lo físico, sino que ambos tienen un origen común. Esta doctrina une mente y cerebro, pero no queda claro como estas propiedades interactúan; algunos dualistas de propiedades recurren al reduccionismo materialista al intentar explicar esta interacción. Pero el dualismo de propiedades tiene que enfrentar la dificultad ontológica de explicar como se produce la emergencia de propiedades tan dispares de un tronco común. Ante esta dificultad, ha reemergido el pansiquismo (lo mental y lo material coexisten de alguna manera en toda la realidad) como una posible teoría explicativa de la aparición de dos propiedades tan distintas. El pansiquismo no es una teoría

especialmente atractiva para los filósofos actuales, aunque hay autores que lo consideran seriamente.

**Dualismo explicatorio.** El dualismo explicatorio se aleja de lo ontológico de lo que son las cosas para limitarse a los procedimientos de entendimiento, este acercamiento es más bien epistemológico, o sea, cómo conocemos o explicamos los fenómenos. No se intenta mostrar lo que son la mente ni el cerebro, ni como se relacionan, sino que se postula que para conocer al ser humano se requieren dos tipos diferentes y complementarios de explicaciones de los sucesos mente-cerebro. Una que puede llamarse psicológica o mental y el otro material o biológica. El conocimiento de las cosas inanimadas ofrece solo una explicación de lo que ellas son y cómo funcionan; en cambio, el conocimiento de los seres animados y, particularmente el hombre, no se puede lograr en su totalidad con un solo tipo de explicación, requiere, por las manifestaciones de su ser, una explicación dual. El dualismo explicatorio se acerca a un acercamiento pluralista (ver Comentario)

**El epifenomenalismo** es una doctrina filosófica que enfrenta el problema de la mente-cerebro partiendo inicialmente del dualismo e intenta resolverlo, transformando la mente en un subproducto inerte de la materia.

**El epifenomenismo** nace en el siglo XIX, acepta el dualismo cartesiano, lo supone correcto y trata de explicar la relación entre las dos sustancias: mente y cerebro. Esta teoría propone que los procesos mentales son causados por sucesos físicos: la actividad neuronal. Estos sucesos físicos tienen como causa eficiente otros sucesos físicos, la mente no tiene ningún papel causal en este proceso, ésta es solo un epifenómeno de la actividad neuronal.

**El epifenomenalismo.** se basó inicialmente en el dualismo cartesiano, pero relegó a la mente a ser una sustancia banal, un epifenómeno inerte de la materia.

**Los epifenomenalistas.** posteriores abandonan el dualismo ontológico, y se hacen explícitamente monistas materialistas, conservando la mente como una especie de “secreción” insubstancial y pasiva de la materia.

**El epifenomenalismo.** es insostenible la solución cartesiana de la acción de la mente sobre el cuerpo a través de la glándula pineal, produciendo en ella pequeños cambios en su forma, porque para que se produzca un cambio es necesario un movimiento, y éste se debe a una fuerza física; si la mente produjera este cambio habría una violación de la causa eficiente física, premisa básica de la teoría epifenomenista.

**El epifenomenismo,** argumenta que el hecho de que los sucesos de la vida mental -pensamientos, sensaciones, deseos, etc.- ocurran regular y concomitantemente con la conducta, no es una razón suficiente para postular que estos fenómenos

mentales provocan la conducta; ambos sucesos, el fenómeno mental y la acción conductual, pueden tener una causa común subyacente: procesos neuronales.

**Los epifenomenalistas**, nos dicen, que hay numerosas asociaciones que aparecen regularmente, pero no tienen relación causal, por ejemplo: la caída del barómetro asociado con las tormentas, el hecho que ocurran regular y concomitantemente no significa que la caída del barómetro cause las tormentas. Un ejemplo que ilustra la tesis del epifenomenalismo se puede ver cuando se toca inadvertidamente una estufa caliente, de inmediato la mano es retirada antes de experimentar el calor y el dolor; las señales nerviosas viajan de la mano al sistema nervioso que reacciona de inmediato con el comando motor de retirar la mano de la estufa; en el proceso, se informa, además, a la mente de lo que está ocurriendo. Este ejemplo parece en verdad válido para los casos extremos, pero no en otros, el acto reflejo puede ser interrumpido por un acto voluntario. Se citan otros ejemplos de situaciones más complejas como las realizadas en algunas investigaciones neurofisiológicas que indican que la toma de conciencia, de mover un dedo siguiendo una orden de hacerlo, ocurre después de que el cerebro se prepara para iniciar la actividad motora, esto determinado con un electroencefalograma. Estos resultados han recibido serias críticas y permanecen en controversia.

Una objeción que se hace al epifenomenalismo es que al asignar causalidad solo a los procesos físicos, los procesos mentales inertes causalmente, no serían capaces de generar el conocimiento de las propias experiencias mentales. Porque para que se genere este conocimiento, la experiencia mental debe causar el conocimiento de la misma y, esta causalidad, no cabe en el epifenomenalismo.

La consecuencia del epifenomenalismo es que toda la vida mental, incluyendo los complicados argumentos que se hacen para atacar o defender al epifenomenalismo, no tienen ningún significado, porque no tienen injerencia causal; los procesos mentales y conductuales ocurren, porque son el producto de la causalidad neuronal (física) (reduccionismo causal). El epifenomenalismo nos convierte en espectros ilusorios producto de la causalidad material. El epifenomenalismo se defiende de este ataque sosteniendo que los estados mentales que se consideran efectos de estados mentales anteriores tienen la propiedad de saber que esos estados mentales anteriores ocurrieron, pero esto no implica causalidad (la causalidad ocurre solo a nivel físico, los estados mentales son solo epifenómenos). Se ha criticado, también, la pasividad atribuida al epifenómeno, señalado que si algo “es” (el epifenómeno), tiene poderes causales (Samuel Alexander citado en 8h).

Si el epifenomenismo fuera verdadero, la mente y la conciencia, siendo inertes, no tendrían razón de ser desde una perspectiva estricta de la evolución y, la historia de la humanidad hubiera ocurrido sin que nadie, nunca y en ninguna parte estuviera consciente de ello; una conclusión tan anti-intuitiva que se puede decir con Searle,

se trata de una: reductio ad absurdum .

La causalidad del epifenomenalismo ocurre “de abajo hacia arriba”, es decir, desde lo material a lo psicológico, y no en el sentido contrario; ésto no da cabida a la acción causal de la mente sobre el cerebro. El psiquiatra clínico no estaría dispuesto a aceptar el esquema del epifenomenalismo; los fenómenos psicológicos tienen para él, una importancia primaria como para pensar que la vida mental sea un simple epifenómeno inerte de la materia.

El epifenomenismo, como se señaló, se inicia aceptando la dualidad cartesiana, pero se aleja posteriormente de ella, para entregarse exclusivamente al materialismo. Al epifenomenalismo siguen otras tesis materialistas que intentan superar el dualismo y las dificultades del epifenomenalismo. En éstas, la mente es explicada por las teorías de la materia (identidad teórica) o, simplemente se elimina (materialismo eliminativo), con lo que mente y cerebro son, de alguna manera, lo mismo: materia; así, estando al mismo nivel, la interacción mente-cerebro no ofrece ninguna dificultad. Ambas posturas filosóficas rechazan el epifenomenalismo, sin embargo, al describir los estados mentales y aparecer tan distintos a los estados neuronales, el epifenomenalismo inevitablemente se esboza.

### **6.3. Identidad teórica**

Identidad se refiere a mismidad, por ejemplo, se habla de identidad cuando hay varios nombres para designar una misma cosa. La teoría de la identidad teórica sostiene que el poder explicativo de la razón posibilita establecer una relación en términos de identidad entre los estados y procesos de la mente y los estados y procesos del cerebro revelados por las neurociencias y, no, una simple correlación.

La doctrina de la identidad teórica debe explicar por qué unos estados cerebrales causan estados mentales y otros no. señala que si no hay una conexión explicativa específica entre procesos neurales y procesos mentales, no hay razón para no poder imaginar la posibilidad de inventar una máquina o, imaginar criaturas extraterrestres con una estructura mental diferente a la nuestra, que tengan estados mentales. Ante estas críticas la tesis de identidad teórica sostiene que los juicios de identidad entre la mente y el cerebro son de carácter contingente, ésto es, se aceptan, porque las ciencias los proponen como verdad, pero cambian con las respuestas que éstas van generando en su desarrollo. Se debe señalar, no obstante, que las ciencias no prueban relaciones de identidad, solo establecen relaciones de ‘causalidad’. Además, esta contingencia, que otorga variabilidad y flexibilidad a la teoría, amenaza, el concepto mismo de identidad que requiere de estabilidad para ser tal; esta inestabilidad se hace muy patente con el estudio de la historia de las ciencias, que según, muestra que el progreso científico ocurre por cambios “revolucionarios”; las nuevas teorías simplemente desplazan a las anteriores

Un ejemplo de identidad teórica es la temperatura -caliente, frío- y la explicación ofrecida por los científicos: energía media de las moléculas. De acuerdo a esta teoría, no tendría sentido decir que el movimiento molecular causa la temperatura, el movimiento molecular es la temperatura. En el caso de la relación mente-cerebro, la mente es explicada científicamente por la actividad cerebral y es identificada con esta explicación.

No hay evidencia científica adecuada que apoye la identidad teórica de tipo, éste es, la identificación de un proceso neuronal específico para cada proceso psicológico genérico; teóricamente podría especularse que, aunque no exista todavía evidencia empírica que apoye la identidad teórica de tipo, ésta es razonablemente posible. Sin embargo, la 'realizabilidad múltiple' -un mismo estado mental generado por distintos estados neuronales- (ver: funcionalismo), causa problemas a las explicaciones de la identidad teórica, pero no ha logrado desbancarla totalmente (ver referencia 6). Se acepta que, tal vez, haya alguna evidencia para apoyar la identidad teórica de es, identidad para el individuo, o particular, de un género o categoría (un perro particular de la categoría de perro) (8i). Pero la identidad teórica para el caso particular, con posibilidad de cambio neuronal, intra e interindividual, dificulta la generalización y el propósito mismo del acercamiento de identidad teórica: proceder identificando la relación mente-cerebro con la actividad cerebral, marginando a la mente; una respuesta que se ha dado a esta objeción es que no se trata de actividad neuronal bruta, sino que de "función" neuronal, con ésto se pasa de la identidad teórica, al funcionalismo (ver funcionalismo).

La teoría de la identidad teórica al proponer las explicaciones de las neurociencias como fundamento de los fenómenos mentales, olvida las diferencias radicales de las propiedades de ambos estados -mente-cerebro-. Viola así, la Ley de Leibniz, que exige para establecer identidad entre dos estados, que ambos compartan las mismas propiedades.

Además, puede agregarse de acuerdo con Leibniz "Porque no hay en la Naturaleza dos Seres que sean perfectamente el uno como el otro, y donde no sea posible encontrar una diferencia interna, o fundamental en una denominación intrínseca.". Dicho de una manera y perspectiva diferente, para que haya una identidad de tipo se requeriría que el cerebro y la mente fueran isométricas, lo que no es el caso). Además, al decir, por ejemplo: "el relámpago es una descarga eléctrica", se identifica relámpago con descarga eléctrica, sin embargo se tiene que reconocer una diferencia de significado de relámpago y de descarga eléctrica, porque para saber que algo es un relámpago hay que mirar, y para saber que es una descarga eléctrica, hay usar la experimentación y una teoría. Además, la reducción a la teoría científica en vigencia no elimina la presencia del dato primario de la conciencia. Para

el dato primario consciente es irreductible a otra cosa, este autor señala que para hacer este tipo de reducción se requiere la distinción entre apariencia y realidad; por ejemplo: apariencia: el sol cae en el horizonte; realidad: la tierra rota frente al sol.

Para esta diferenciación no se da en el caso de la consciencia en el que la apariencia y la realidad son una misma cosa: “si conscientemente parece que estoy consciente, entonces estoy consciente”.

La teoría de la identidad teórica y, en general las teorías materialistas, enfrentan el serio problema de explicar la subjetividad o, ‘consciencia’, de las sensaciones, las vivencias visuales, auditivas, de dolor, etc. Esta subjetividad o, consciencia, se ha denominado en el vocabulario filosófico como “qualia”, y representa un verdadero desafío a las explicaciones de la teoría de la identidad teórica (y de todas las tesis materialistas que eliminan o reducen la subjetividad a lo físico), por éso se dice que la qualia -o -”el problema de la consciencia”- constituye una “hendidura” en los intentos de explicación unitaria materialista: ésto es, como explicar en términos naturalistas la generación de la consciencia desde la “mera materia”, y como ésta se conecta necesariamente con los procesos neuronales para influir en la conducta. La subjetividad, o consciencia, (que se da en primera persona: al que la experimenta) y la conducta (que se da en tercera persona: al observador) son dos fenómenos distintos, ésto se ilustra si se concibe a un grupo de personas con alteración de la percepción visual de colores que al mirar un objeto rojo para los individuos normales, lo ven “verde” y, al mirar un objeto verde lo ven “rojo”, no fallan en la prueba discriminativa de colocar lápices verdes y rojos en cajas separadas. La conducta puede ser explicada por complejos procesos neurológicos, pero no la subjetividad.

La teoría de la identidad teórica es materialista reductiva (la teoría de la mente es reducida a -explicada por- la teoría de la materia), su popularidad ha disminuido por las dificultades mencionadas y por ignorar la acción de la mente sobre el cerebro. No acepta la causalidad “de arriba hacia abajo”, ya que la mente es identificada con la actividad cerebral, y es allí -en el cerebro- donde ocurren las interacciones de la vida humana en su totalidad.

Así planteada la relación de causalidad, la tesis de la identidad teórica no resulta atractiva para la psiquiatría, sostiene que los estados mentales tienen una ontología en primera persona (se dan a los que los experimentan) y no pueden ser reducidos a nada que se de en tercera persona (se dan a un observador), porque al hacer ésto, se deja de lado lo que se quiere explicar, la consciencia.

De la tesis de la identidad teórica emerge el materialismo eliminativo que intenta resolver los problemas del dualismo que se filtra como epifenómeno en la teoría de la identidad teórica, simplemente eliminando la mente de la ecuación (materialismo no reductivo).

#### 6.4. Materialismo eliminativo

El materialismo eliminativo se basa en dos supuestos: las concepciones populares de nuestros estados mentales, lo que se ha llamado “psicología popular” (esquema conceptual del sentido común que empleamos para entender, predecir y explicar la conducta de otros seres humanos y animales) es confusa, defectuosa y definitivamente falsa en su explicación de la conducta humana; y, esta psicología popular, será reemplazada por las teorías, más claras, efectivas y verdaderas de la neurociencia futura. Conceptos usuales como, pensar, creer, valorar, serán reemplazados por conceptos neurofisiológicos.

Para el materialismo eliminativo los estados mentales -las experiencias de los objetos físicos ordinarios e incluso nuestros estados interiores- no son dados directamente, si no que son formaciones teóricas. Al concebir a la psicología popular como teoría, no puede escapar de ser comparada con otras teorías acerca del tema, particularmente, en este caso, las provenientes del campo de las neurociencias. Los filósofos que adscriben a este movimiento piensan que las explicaciones -teorías- de las neurociencias, por su excelencia, desplazarán a las teorías que constituyen la psicología popular. el principal exponente de este movimiento filosófico, sostiene que: “nuestro entendimiento común y, aún nuestra introspección, podrán, entonces, reconstruirse en el esquema conceptual de la neurociencia completa, una teoría que se puede esperar sea mucho más poderosa que la psicología del sentido-común que desplaza, y más substancialmente integrada en la ciencia física”.

La teoría es materialista (o fisicalista, como muchos filósofos prefieren, ya que hay entidades físicas que difícilmente pueden denominarse materiales) al postular que la ciencia del cerebro podrá últimamente explicar la conducta, y es eliminativa al vaticinar la desaparición de la psicología popular, que será reemplazada por una ontología post-neurocientífica. El desarrollo de la neurociencia mostrará que no hay, ni creencias, ni deseos, como los caracteriza el sentido común. Estos filósofos profesan un desmesurado optimismo en la capacidad de la ciencia para proveer conocimientos, sin análisis de las limitaciones y supuestos del método científico. Los materialistas eliminativos no adscriben a la teoría de las propiedades emergentes (ver más adelante), aunque aceptan una forma benigna de esta teoría en el sentido que las propiedades de un artefacto no son solo la suma de sus partes.

La mayoría de los argumentos para sostener al materialismo eliminativo están dirigidos a señalar las fallas de la psicología popular para desarrollar una teoría explicativa de la conducta. Para Churchland, por ejemplo, la psicología popular es básicamente una teoría con un conjunto de leyes de sentido común y, como tal, es susceptible de análisis. Así planteada la situación de la psicología popular, el conocimiento de la mente de otros individuos es, de acuerdo a esta psicología y a este autor, una hipótesis explicatoria, cuya función “en conjunto con las leyes de la psicología popular, es proveer explicaciones/predicciones/entendimiento de la

continuidad de la conducta de los individuos”. Del mismo modo, la introspección, sería “una respuesta conceptual a los estados internos de uno mismo” y, toda respuesta conceptual, es contingente a la teoría que la enmarca.

Los estados mentales intencionales (dirigidos a un objeto) o, como también se les denomina, “actitudes proporcionales”, -tradicionalmente irreductibles a las propiedades de lo físico- tampoco escapan al análisis de Churchland; según este autor, la teoría de la estructura de los estados intencionales es la misma estructura que en la teoría de las ciencias físicas (Churchland se refiere a la “actitud numérica” que aparece en el esquema conceptual de la física: “tiene la masa de n...tiene la velocidad de n...tiene la temperatura de n...etc.” En las actitudes proposicionales se ve lo mismo: “cree que p...piensa que p...teme que p...etc.” Tanto n como p se pueden sustituir, una por un número y la otra por una proposición concreta; en ambas se pueden estudiar las relaciones que surgen y, más aún, son susceptibles de cuantificación).

Para los materialistas eliminativos la teoría de la psicología popular es una teoría empírica, por lo que se debe evaluar con respecto a la efectividad explicatoria, a sus posibilidades de desarrollo y a su coherencia y continuidad con otras teorías bien establecidas en disciplinas vecinas, como la biología y las neurociencias.

La psicología popular, según Churchland, falla en numerosas áreas como: el explicar la diferencia de capacidad intelectual entre individuos, la naturaleza y dinámica de las enfermedades mentales, la facultad de la imaginación creativa, etc. y, muy especialmente, en el aprendizaje y, particularmente, el aprendizaje no lingüístico.

En lo que se refiere a la evolución y progreso de la psicología popular, Churchland considera que ésta está en un lamentable estado de estagnación e incapacidad de generar ningún programa de investigación. Tampoco la psicología popular es realmente parte del ímpetu de las numerosas disciplinas que avanzan en la elaboración de una síntesis de conocimiento acerca del ser humano, sus categorías intencionales permanecen aisladas, sin posibilidad visible de reducirse a ese gran cuerpo de conocimientos e investigación. La posición de Churchland implica una concepción de ciencia unificada a partir de la física en la que la psicología sería eliminada por ineficiente e incapaz de integrarse a las neurociencias.

Se ha criticado esta postura unitaria señalando que una ciencia a un nivel inferior (físico) no puede reemplazar a otra en un nivel superior (psicológico o social), una teoría de un nivel reemplaza a otra del mismo nivel, pero no de un nivel distinto. (8ª)

Churchland espera que el desarrollo de las neurociencias generará una teoría integrativa, compleja que dará las bases para una nueva racionalidad que reemplazará la racionalidad proveniente de la psicología popular y de la lingüística.

Incluso este autor piensa que el desarrollo científico será de tal envergadura que desentrañará las estructuras mismas encerradas en el cerebro, de las cuales la psicología popular solo refleja una fracción. Este potencial podría no solo generar una nueva racionalidad, sino que también, un nuevo lenguaje y un nuevo sistema de comunicación entre los seres humanos.

Un argumento proveniente de las neurociencias que ha tenido especial importancia en el desarrollo de la teoría del materialismo eliminativo está basado en el desarrollo de las neurociencias cognitiva y computacional. Central a estas es la concepción de la neurona como un sistema computacional, -un transformador vector a vector- con “in put” de actividad: -frecuencia de potenciales de acción- que es transformada en el sistema y despachada como “out put” por el axón. La frecuencia de potencial de acción puede matematizarse con los recursos de los sistemas dinámicos, de tal manera, que se hacen objetivamente manejables. puede ser modificado por la neurona, cambiando las condiciones de la sinápsis: plasticidad sináptica. El aprendizaje ocurre precisamente por esta capacidad de plasticidad que modifica el in y consecuentemente el, en cada intento de realizar una tarea determinada; con ésto disminuye el margen de error del sistema y se logra el aprendizaje.

Con esta conceptualización proveniente de las neurociencias, los promulgadores del materialismo eliminativo, intentan reemplazar las nociones de cognición representativa y la computación subyacente a ella, de tipo lógico semántico, que utiliza la psicología popular. Se ha señalado que este reemplazo con eliminación de teorías de la psicología popular, tal vez, pueda tener cierto sentido, pero hay muchos otros aspectos de la cognición que no pueden ser reemplazados por una teoría científica vigente, y para los cuales la psicología popular tiene teorías muy razonables como para la intencionalidad de ciertas cogniciones.

Las pretensiones -especulativas- del materialismo eliminativo van aún más allá de la eliminación de la psicología popular, pretende que las teorías científicas señaladas, servirían de base a la misma filosofía de las ciencias, ofreciendo una teoría que fundamentaría el desarrollo de las teorías en las ciencias: teoría de las teorías. sigue a Quine , que sostiene que no puede haber una filosofía primera que provea sustento a cualquier otra actividad de investigación, por lo que la epistemología no puede ser separada de las ciencias naturales; para, la epistemología, se conformaría por la influencia de las neurociencias y cumpliría su papel normativo, guiando a las demás teorías que se elaboran para la actividad en el mundo y su comprensión; la epistemología para este autor es naturalizada y normativa.

El gran problema que debe responder el materialismo eliminativo es que el desarrollo de las neurociencias no es suficientemente avanzado para proveer teorías capaces de substituir a la psicología popular, menos aún, capaces de fundamentar una teoría de las teorías, como especuló en sus primeros escritos.

Pero si las neurociencias avanzaran, como lo hacen, y lograran un alto nivel de sofisticación y detallismo en el conocimiento de las bases biológicas de la vida psicológica, aún quedaría la subjetividad (qualia) de la experiencia mental - arbitrariamente eliminada- sin explicación convincente. En un sentido similar hay que agregar que el materialismo eliminativo no acomoda bien la causalidad “de arriba hacia abajo”, porque elimina el arriba (la mente), una opción no atractiva para la psiquiatría.

El materialismo eliminativo se basa en la esperanza de que en un futuro se desarrollarán teorías científicas que desplazarán las teorías de la psicología popular, pero ésta es una esperanza que se formula dentro del ámbito actual de la psicología popular, considerada superficial, insuficiente y falsa; cabe preguntarse si estas debilidades también afectan el carácter y la validez de esta esperanza.

Otra crítica que se hace al materialismo eliminativo es su falta de análisis del concepto de teoría y de explicación; algunos críticos insisten que los contenidos mentales se dan espontánea y directamente, y no constituyen una teoría propiamente tal. Debe aceptarse que estos estados mentales no son ajenos a las creencias y al ambiente cultural en que se desenvuelve el ser humano, pero no son el producto de una actividad intelectual consciente y dirigida para lograr entendimiento y unidad, ni están sometidas a una constante comprobación experimental como lo son las teorías científicas. Pero, si en realidad, la psicología popular no fuera más que una teoría probada falsa por los resultados de las neurociencias, y la misma consciencia fuera explicada por bases neurofisiológicas y la aparente libertad del hombre no fuera más que un sutil mecanismo de f ¿no seríamos más que autómatas ilusos en un mundo sin sentido ni significado? Una conclusión difícil de aceptar.

Se ha señalado también que si se adscribe a un realismo científico como vulgarmente se entiende (teoría científica=realidad), como lo hiciera al comienzo de sus escritos, no se podría defender esta postura filosófica con el advenimiento de una nueva teoría científica ‘verdadera’ que elimina las anteriores como falsas. Frente a esta crítica, ha suavizado su concepción de las teorías: verdadera vs. falsa, para aceptar grados de validez en las distintas teorías. Pero con ésto se abre a un pluralismo que se aleja de su concepción inicial de la unicidad de las ciencias (básicamente derivadas de la física). Hay que agregar que una teoría puede ser errada o falsa, pero aún está referida a ‘algo en el mundo’ con lo que la crítica del materialismo eliminativo a la psicología popular como falsa pierde fuerza y se abre al pluralismo.

Las pruebas empíricas que las neurociencias proveen al materialismo eliminativo son muy escasas en la actualidad. Donde este movimiento filosófico encuentra más evidencia es en los cuadros psiquiátricos en los que el estado mental se puede

explicar por un daño orgánico o alteración cerebral que se hace evidente en pruebas de neuroimagen. En el terreno de la psicología normal se debilita por las razones ya mencionadas. sostiene que la debilidad de esta teoría se hace más evidente en el terreno en que es más fuerte, en el patológico: hay creciente evidencia que muestra que la patología psiquiátrica tiene múltiples causas que van desde el espectro psicosocial al puramente biológico, necesitando un modelo explicatorio multifactorial para comprender adecuadamente la génesis de estos trastornos.

Una forma de materialismo eliminativo que es pertinente mencionar en esta revisión por el impacto que causó en un momento en la práctica de la psicología clínica y de la psiquiatría, es la teoría conductual de. Este autor rechaza categóricamente la psicología popular como precientífica y falsa, y la reemplaza por su psicología conductual. Pero este acercamiento conductual extremado bloquea muchas posibilidades de desarrollo y de investigación para la psicología, por lo que ha sido relegado más bien a la historia de esta disciplina.

Otra teoría materialista de gran aceptación es el funcionalismo. En esta tesis el énfasis está en la función generada por los sistemas neuronales. Se podría decir que esta tesis se aleja un tanto de un monismo materialista, para incorporar otro nivel: la función.

#### Funcionalismo

El funcionalismo postula que la mente es una organización de los estados internos -mentales- sin referencia directa a los estados físicos -cerebrales- que la constituyen. Las propiedades de la mente difieren de las propiedades de la materia, en virtud del papel causal y funcional que poseen. Algo es un deseo o una creencia en virtud de lo que hace, de sus relaciones causales y, no en virtud de los estados materiales que componen su sistema.

Los estados mentales son estados físicos neuronales, definidos como 'mentales' por sus relaciones causales, no por su constitución física. El sistema de organización causal, sus efectos e interacciones genera la conducta física. se trata de un proceso meramente físico que no tiene ningún componente mental propiamente tal. Una creencia consiste enteramente en estas relaciones causales, y como tal, es solo una parte de un conjunto de relaciones causales ("organización funcional") y es definida por su posición en este conjunto.

Los estados mentales se ven como estados funcionales y, los estados funcionales son estados físicos, definidos como funcionales en virtud de sus relaciones causales. En una computadora, el programa puede ser considerado como una organización funcional de la máquina (hardware).

El funcionalismo intenta conciliar la premisa básica de la causalidad física eficiente

(sin necesidad de la intervención mental) con la intuición que se tiene de la eficacia de los procesos mentales en la generación de respuestas. Para el funcionalismo, el supuesto básico de la psicología, la sociología y la biología es que el objeto de su estudio es el como funcionan las cosas, y no de que están hechas.

La analogía utilizada por el funcionalismo para explicar los rasgos esenciales de la tesis es un artefacto compuesto de numerosas piezas, como una bomba aspirante-impelente. Hay distintos tipos de bombas construidas con diferentes diseños y materiales, pero que cumplen con la propiedad de mover el agua. Para que estas propiedades se hagan efectivas, se necesitan las propiedades parciales de los componentes de la bomba y, que ésta esté en el medio adecuado para que se realice su propiedad o función. De manera análoga, la mente es la propiedad de distintos sistemas neuronales y sus propiedades respectivas, que integrados generan la propiedad mente, que es más que la suma de las propiedades de los componentes y, depende de todo el sistema neuronal y del cuerpo, además del ambiente en el que su propiedad se proyecta. Así, un pensamiento, por ejemplo, la creencia en la verdad de una proposición, se realiza por distintos estados neuronales en distintas personas o en la misma persona en momentos diferentes. Una creencia tiene los efectos que habitualmente se le atribuyen, porque tiene base neuronal, y ésta está en conexión con todo el sistema nervioso.

La mente es la función del cerebro, no importa que estados físicos la constituyen; un ejemplo concreto de esta teoría en psiquiatría lo constituye un estado depresivo que puede ser el resultado de diferentes estados cerebrales (endocrinopatías, alteraciones metabólicas, etc.). Así planteada la relación de la función con el cerebro se da la paradójica ironía -para el materialismo- de poder estudiar la mente (función) independientemente de la materia (cerebro).

El funcionalismo ha encontrado un apoyo fundamental en la teoría de la realizabilidad múltiple: un estado o suceso mental dado puede ser producido por una amplia variedad de situaciones físicas (cerebrales), por lo que el conocimiento de un solo tipo de este sistema de situaciones cerebrales (físicas) no permite entender la naturaleza fundamental de la mente; un estado psicológico es autónomo de los mecanismos cerebrales que lo producen.

Se ha argumentado, sin embargo, en base a observaciones hechas en otras ciencias, especialmente la química, que la tesis del funcionalismo y el de la realizabilidad múltiple, son lógicamente diferentes, una no implica a la otra (8e), con lo que se debilita uno de los pilares de sostén del funcionalismo. A esto se podría agregar que la neurobiología tampoco aporta un apoyo sólido a la realizabilidad múltiple, incluso para el caso de la depresión mencionado más arriba, y citado con frecuencia en la literatura pertinente, se podría argumentar que los distintos estados

cerebrales provocan una depresión que no es realmente (semiologicamente) igual para los diferentes estados biológicos que la generan.

Hay distintos tipos y variaciones de funcionalismo, uno de los más conocidos es el funcionalismo de los inputs y outputs o funcionalismo computacional de representaciones.

Para este tipo de funcionalismo, la esencia de un sistema funcional radica en el papel que juega en relacionar los inputs a los outputs y sus relaciones con otros sistemas funcionales. Esta tesis se basa fundamentalmente en la analogía de “la-mente-como-una-computadora”, por lo que una explicación psicológica es como proveer un programa computacional para la mente. Los funcionalistas computacionales describen los estados mentales como “procesamiento de información” La actividad mental así concebida, es susceptible de análisis, hasta el punto de encontrar procesos elementales y simples como los de una computadora digital.

Para el funcionalismo computacional es fundamental el supuesto que la mente y la computadora operan como una máquina diseñada para realizar cierto tipo de operaciones lógicas (máquina de Turing que consta de: una cinta magnética dividida en casilleros, un cabezal que puede leer, borrar y escribir cero o uno (positivo o negativo) en los casilleros, puede mover la cinta un casillero a la derecha o a la izquierda y, un programa de instrucciones [cada instrucción especifica la condición y la acción a realizar si se cumple la condición]; , y, que la operación de ese equivalente a lo que puede lograr el cerebro humano, suponiendo un número finito de posibles estados cerebrales.

Pero hay serias dificultades en asumir que la mente opera como una máquina de Turing, entre otras, se supone que la mente es computabilizable, y, que los estados mentales son finitos; además, el significado de equivalencia entre la operación realizada por la máquina y la actividad mental, no es suficientemente clara y distinta para ser evidente. La máquina de Turing provee en realidad, solo una noción general de computación, pero no aclara la noción de equivalencia, ni provee una razón para justificar la descripción funcional de la mente. Desde el punto de vista lingüístico, los programas computacionales, de acuerdo, no son ni semánticos, ni sintácticos, ni simbólicos (características de los procesos cognitivos); no hay ningún rasgo intrínseco a la física de los computadores que haga sus operaciones, simbólicas o sintácticas, éstas son atribuciones que hacen los hombres a los programas de computación y, al cerebro, cuando éste se describe como un computador; la sintaxis, rasgo formal típico del trabajo computacional “es una noción esencialmente relativa a un observador [externo al sistema.

Por lo tanto “ no hay modo que pueda descubrir que algo [cerebro] es intrínsecamente un computador digital, porque su caracterización como tal, es

siempre relativa a un observador que asigna una interpretación sintáctica a los puros rasgos físicos del sistema podríamos descubrir en la naturaleza objetos que tienen la misma forma que las sillas y que podrían usarse como tales; pero no podríamos descubrir objetos en la naturaleza que estén funcionando como sillas, excepto en relación a un agente que las considere o use como que los programas de computación se describen formal o sintácticamente, pero la mente tiene contenidos mentales intrínsecos con sentido y significado (semántica). Se puede programar un computador para reconocer símbolos chinos, pero no se puede decir que entiende el idioma chino, esto se basa en la verdad lógica que la sintaxis no (relaciones formales o simbólica [símbolos chinos]) es lo mismo que la semántica, ni es suficiente para reemplazarla, ni entenderla: la sintaxis no es intrínseca a la semántica.

Se han hecho críticas al funcionalismo desde la perspectiva de las neurociencias. La concepción de la mente como un computador no coincide con el tipo de interacción neuronal que se observa en las investigaciones, la actividad de estas células, no se puede reducir a una simple acción de tipo digital, las descargas neuronales no son necesariamente todo o nada, hay variaciones y modulaciones variadas en la neurotransmisión. La actividad cerebral tiene una complejidad abrumadora comparada a la simpleza de la máquina de Turing, específicamente diseñada para realizar una función específica.

Otro tipo de funcionalismo es el funcionalismo adaptativo. Esta teoría se enmarca en la biología evolutiva e intenta explicar la conducta y la constitución de los estados cognitivos como conductas particulares, estructuras cognitivas y capacidades jugando un papel funcional adaptativo en situaciones y contextos particulares. Para entender una conducta o capacidad, debe reconocerse el papel de las condiciones bajo la cual emerge y la función que desempeña. El contenido cognitivo de los procesos mentales depende más de las condiciones a las que la persona debe adaptarse que de la pura teoría representacional.

El funcionalismo rechaza la tesis del materialismo eliminativo para el que la 'psicología popular' es una teoría empírica, refutable por la experiencia. El funcionalismo propone una organización abstracta de la situación mental y acepta un carácter normativo (establecer estándares de causalidad, de racionalidad, de comparabilidad) en la actividad mental, especialmente en la actividad lingüística. Sin embargo, no queda claro cómo es posible esta propiedad normativa, si esta organización depende, aunque sea indirectamente, de los estados funcionales neuronales, cómo se realiza la operación de conectar y desconectar interruptores cerebrales con tal sutileza y precisión que se genere un estado mental con significados coherentes y significativos al nivel interpersonal. Hay que tener presente que la actividad neuronal se realiza por procesos eléctricos y químicos que nada tienen que ver con el significado -semántica- de los estados mentales.

El funcionalismo goza de popularidad a pesar de los problemas señalados. El funcionalismo computacional tiene el atractivo de ser matematizable y la aparente ventaja de generar analogías que podrían ayudar al entendimiento de la mente; una vez aceptados los supuestos iniciales y, concebida la mente como un computador, se puede aplicar la teoría computacional para su comprensión. El funcionalismo adaptativo tiene el atractivo de engarzarse en la teoría biológica de la evolución, pero con ello entra a compartir una variedad de teorías y una nutrida controversia, por ejemplo, señala que, hablar de “función biológica”, o “propósito”, es inadecuado; la ‘función’ es atribuida por el observador, la biología no es normativa, ni teleológica.

El funcionalismo no explica cómo se produce el salto de lo funcional meramente biológico, molecular, iónico, celular, etc., a lo mental propiamente tal, sea esta concebida en forma computacional o adaptativa. No se trata de un epifenómeno, porque la mente tiene autonomía y, aún, es normativa de acuerdo al funcionalismo; tampoco se trata de una identidad teórica total. La mente depende de la materia de un modo no convincentemente explicado, y tiene propiedades diferentes a las del cerebro, aunque tampoco se trata exactamente de una teoría de emergencia de propiedades.

El funcionalismo se acerca a una especie de pluralismo materialista; lo que parece corroborarse con la existencia de un grupo de funcionalistas de tipo computacional que se han descrito como computacionales metafísicos, éstos le dan un carácter ontológico a estructuras causales que identifican con estados mentales que se realizan por una vasta variedad de sistemas físicos, por ejemplo caracteriza la mente como una cosa abstracta “independiente de cualquier concreción física”. Esta postura conduce a un dualismo.

Las teorías que eliminan o desplazan la mente y la reducen a una función del cerebro o a las leyes físicas y químicas que gobiernan la materia tienen problema al tratar de explicar, la subjetividad, la voluntad y la libre elección de la mente humana. Cómo la combinación de interruptores cerebrales activados, o de átomos y moléculas sujetos ciegamente a sus leyes, pueden tomar decisiones que van del mínimo acto de voluntad a las meditadas decisiones de orden intelectual y moral que hace el ser humano. Una teoría que intenta superar esta dificultad que presenta la mente con sentimientos, reflexión y voluntad es la teoría de las propiedades emergentes

#### Teoría de las propiedades emergentes

La teoría de las propiedades emergentes sostiene que con el aumento de la complejidad creciente de la materia se generan propiedades no previsibles con anterioridad. Esta teoría propone que el aumento de complejidad de la materia, producto de las reacciones químicas y físicas que siguen sus propias leyes, se llega a un estado en que emergen propiedades no previstas al comienzo de las

reacciones. De la combinación de átomos y moléculas orgánicas surge la vida, y de la complejidad de la materia en el cerebro, emerge la mente, así como de la combinación del oxígeno y del hidrógeno surge el agua con relaciones estructurales y propiedades no previamente previstas: la viscosidad y la humedad.

Las propiedades emergentes, aunque dependiente de los niveles 'inferiores', tienen autonomía de éstos y se rigen por sus propias leyes, no anulando las leyes de los estados previos. Sin embargo, la analogía utilizada para ilustrar la teoría de las propiedades emergentes, el O y el H y las propiedades emergentes de viscosidad y liquidad, no es exactamente esclarecedora, porque existen teorías físico-químicas que explican estas propiedades, pero en el caso de la mente, no hay teorías neuronales que la expliquen. Para Searle, la teoría de la emergencia de propiedades es una teoría reduccionista de tipo, no se trata de un reduccionismo ontológico, ya que la mente (consciencia) es lo que es, pero su causa radica en la actividad neuronal. El fenómeno mental no puede ser reducido ontológicamente a la actividad neuronal que lo causa, porque, por ejemplo, el dolor, si se redujera a lo neurológico, dejaría de tener su propiedad subjetiva (consciencia de) que lo constituye: que duele. La consciencia es para Searle parte de la realidad del mundo.

En los círculos filosóficos que adscriben al fisicalismo o materialismo y a la idea de propiedades emergentes utilizan un término introducido por Davidson: superveniencia ("supervenience") -desarrollo inesperado-. Este término usado en la filosofía de la mente se refiere a que las características mentales son de algún modo dependientes o, supervenientes, de las características físico-neuronales, de tal manera que, dos sucesos físicos idénticos no difieran en el suceso mental o, que un suceso mental no puede cambiar si no hay una alteración en el estado físico-neuronal. Esta superveniencia es transitiva, es decir pasa de un nivel a otro, pero las propiedades resultantes no necesitan ser idénticas a las del estado de las que supervienen. Searle, sin embargo, no acepta este concepto de superveniencia, para él se trata de una simple causalidad: el fenómeno mental es causado por la actividad neuronal; el concepto en cuestión, solo confunde la relación mente cerebro.

La superveniencia psicofísica satisface a los filósofos que sostienen la doctrina de las propiedades emergentes, pero, al tener una cadena de causalidad de "abajo hacia arriba" no logra explicar las interacciones causadas por el nivel superior (psicológico) sobre el inferior; esta deficiencia constituye una seria debilidad en la capacidad explicatoria de la teoría.

Además, la evidencia empírica en apoyo de esta relación de dependencia -superveniencia- es muy limitada en el sentido de que un cambio en el pensamiento ('el día está caliente y húmedo', a, 'qué interesante es aquel tronco caído') no se

acompaña de un cambio tangible en la actividad neuronal; ni un cambio en la actividad neuronal necesariamente produce un cambio de pensamiento. Searle rechaza el concepto de superveniencia, habla solo de causalidad y deposita en las neurociencias la responsabilidad de encontrar dónde y cómo se produce este proceso.

Las explicaciones que ofrece la tesis de la emergencia de propiedades al problema de la relación de la mente-cerebro son además, oscuras: no hay una teoría satisfactoria acerca de la emergencia de propiedades, ni de la superveniencia.

Según Ferrater Mora el término 'explicación', en sentido general y ateniéndose a su etimología designa el proceso mediante el cual se des-envuelve lo que estaba envuelto, se hace presente lo que estaba latente; lo que aparecía oscuro y confuso aparece claro y detallado. Sin embargo, las propiedades de la mente son completamente diferentes a los compuestos orgánicos, a las corrientes iónicas, a los neurotransmisores, etc., por lo que resulta difícil, si no imposible, explicar las vivencias, la voluntad, el sufrimiento y la dinámica de la vida humana con la teoría de la propiedades emergentes.

El dilema que enfrentan la teoría de la emergencia de propiedades, y todas las tesis materialistas integralistas (materialistas que aceptan de alguna forma los fenómenos mentales) que son también "emergentistas" (la mente -la conciencia- surge [emerge] de la materia), radica en explicar cómo ocurre esta emergencia de condiciones no mentales o, en aceptar una posición de tipo "panpsiquista", es decir, la mente, de algún modo, forma parte fundamental de la estructura del mundo.

### **6.5. Procesos mentales consciente inconsciente**

El cerebro humano es el a piso más elevado en la jerarquía funcional del sistema nervioso central. Es una masa blanca y gris compuesta de mil millones de células nerviosas. Es el centro de control de todo su cuerpo.

El le permite moverse, pensar, aprender, acordarse de hechos y percibir cualquier cosa. La información se transporta entre su cerebro, su cuerpo y el exterior por una enorme red de nervios similares a hilos eléctricos. Cuando información alcanza su cerebro, éste los clasifica y decide si una acción debe tenerse en cuenta. Si es el caso, el se encarga de dirigir esta acción a su cuerpo.

Usted utiliza su cerebro para todos los gestos que usted hace y para registrar todo lo que ve, oye, siente, prueba y toca. Las células de su cerebro almacenan y memorizan las informaciones como una computadora. Un cierto numero de celulas mueren cada día, razón por la cual los « seniors » tienen, por ejemplo, mucho mal a acordarse de acontecimientos recientes.El cerebro se divide en dos partes que forman un conjunto indisociable ya que funcionan el uno con el otro.

El cuerpo calloso que se encuentra entre los dos hemisferios sirve para filtrar y transmitir los mensajes.

Cada hemisferio tiene una especificación. Si usted es diestro, el hemisferio izquierdo se encarga de traducir toda percepción de la realidad en representaciones lógicas, semánticas y fonéticas, se comunica con el exterior sobre la base de esta codificación lógica y analítica, además; racionaliza las percepciones sensorias y se adapte de la lengua verbal y conceptual del mundo que nos rodea.

El hemisferio derecho a la capacidad de definir el mundo a partir de un elemento: configuraciones, estructuras complejas a partir del uso de la imaginación y de la creatividad; sintetiza y designa una visión global. Es la inteligencia emocional expresando por la lengua verbal y no verbal, crea los símbolos y los sueños.

El hemisferio izquierdo tiene la capacidad de definir un todo a partir de un elemento: configuraciones, estructuras complejas a partir del uso de la imaginación y de la creatividad; sintetiza y designa una visión global. Es la inteligencia emocional expresándose por la lengua verbal y no verbal, crea los símbolos y los sueños.

Nosotros tenemos la facultad de pasar del consciente al inconsciente eso se inscribe en el funcionamiento de nuestro cerebro. Todos los aprendizajes se efectúan en el inconsciente y frecuentemente a sin nuestro conocimiento.

En el contexto de la hipnosis, nosotros hablaremos del espíritu consciente y del subconsciente.

**El Consciente**, asume todo lo que es racional; lógico, analítico, abstracto y verbal. Usted lo utilice por todas las sus tareas diarias.

El le permite tomar decisiones, de reflexionar, elegir sus actividades o sus actos, de hacer comparaciones o suposiciones, razonar, analizar y de hacer la síntesis. La palabra consciente tiene aquí un significado literal en el sentido donde usted es consciente de utilizar su espíritu para hacer algo.

**El Subconsciente** se encuentra a la parte inferior del límite máximo de la conciencia, es una especie de piloto automática; es la parte de su cerebro que engloba todo lo que es Inconsciente, espontáneo, transe y no verbal. Es la fuente del instinto y de la supervivencia y la intuición. Usted lo utiliza sin darle cuenta. El regulariza las funciones biológicas como el sistema inmunitario, la respiración (es necesario pensar por respirar).

**El espíritu Inconsciente** guarda en memoria los conocimientos, los aprendizajes, las competencias, los recuerdos, incluso los que usted no se acuerda ya. Este inconsciente es dinámico e influye constantemente el comportamiento y la experiencia, el no razona, y está a las órdenes de su consciente.

Es la parte de la inconsciente dinámica e influye sobre el comportamiento y la experiencia, no razona, está a los órdenes de su consciente. Es la parte del iceberg sumergida, el contiene el polo pulsional de la personalidad dirigido por el principio del placer. El implica también los procesos para los mecanismos que se mantienen

fuera de la conciencia. El es también el de los mecanismos de defensa y de las soluciones que usted imagina para solucionar un problema.

Su comportamiento respondería a razones, de deseos no formulados de manera inteligible, sin que se tenga conciencia de estas elecciones. Así pues, los sentimientos que guían sus comportamientos obedecen a las motivaciones de su inconsciente.

El inconsciente es el del libido y de la energía psíquica; su contenido es de una parte hereditarios y de otra parte, « refoles » y adquiridos. Es el ámbito del instintivo, de lo biológico.

Cada mal, o casi, se origina en el cerebro. Nosotros creamos esquemas de pensamientos que dirigen nuestra vida y afectan a nuestros comportamientos y a nuestro cuerpo.

Así, es en el inconsciente que se forjan las angustias, síntoma que es el sustituto de una satisfacción pulsional que no tener lugar para existir. Lo que habría debido ser placer pasa a ser déplaisir.

**La ansiedad** es una emoción parte integral de nuestra vida.

## **6.6. Los delirios y alucinaciones**

Delirio, como una falsa creencia basada en una inferencia incorrecta relativa a la realidad externa, que es firmemente sostenida, a pesar de que casi todo el mundo cree y a pesar de cuanto constituye una prueba o evidencia incontrovertible y obvia.

El delirio no es una enfermedad sino un síntoma. Aunque es característico de las psicosis, no pertenece ni es de ninguna en concreto, pudiendo aparecer tanto en enfermedades como mentales.

Debido a los cambios en el cerebro, las personas con demencia muchas veces pueden experimentar alucinaciones, delirios o paranoia. Es importante entender la diferencia entre estos términos. Una alucinación es una falsa percepción de los objetos o acontecimientos y es de naturaleza sensorial. Cuando las personas con el Alzheimer tienen una alucinación, ven, oyen, huelen, saborean o sienten algo que en realidad no está ahí. Los individuos pueden ver insectos arrastrándose sobre sus manos o pueden escuchar a la gente hablando con ellos y pueden responder a esas voces. En contraste, un delirio se define como una falsa idea, a veces originada en una interpretación errónea de la situación. Por ejemplo, cuando las personas con demencia tienen un delirio, pueden pensar que los familiares están robándoles o que la policía los está siguiendo. Esta especie de delirio sospechoso a veces se denomina paranoia. Es importante recordar que las alucinaciones y los delirios pueden o no ser molestos para la persona con demencia. No todas las alucinaciones son aterradoras y no todos los delirios son paranoicos por naturaleza.

**Intervenciones no médicas** Las intervenciones que no son de naturaleza médica a menudo son la mejor forma de ayudar a alguien que experimenta alucinaciones. Para determinar la mejor manera de ayudar, comience con una evaluación sobre la naturaleza de la alucinación.

**Responda con precaución** Sea cauteloso y conservador al responder a las alucinaciones o delirios de la persona. Si ellos no le causan problemas a usted, ni a la persona u otros miembros de la familia, en general es mejor ignorarlos. Evite discutir con la persona sobre lo que él o ella ve, oye o cree. A menos que el comportamiento se vuelva peligroso, puede que no tenga que intervenir. Ofrezca tranquilidad Tranquilice a la persona con palabras amables y toques suaves. Por ejemplo, podría decir: "no te preocupes, aquí estoy. Yo te protegeré. Yo me ocuparé de ti" o "sé que estás preocupado. ¿te gustaría que tome tu mano y camine contigo un rato?". Dar palmaditas suaves puede dirigir la atención de la persona hacia usted y reducir los síntomas. También busque razones o sentimientos detrás de la alucinación o el delirio y trate de averiguar lo que significan para la persona. Por ejemplo, podría responder con palabras como estas: "parece como si estuvieras preocupado" o "sé que esto es aterrador para ti." Distriga a la persona Sugierle a la persona que venga con usted a dar un paseo o que se siente a su lado en otra habitación. Las aterradoras alucinaciones y los delirios a menudo desaparecen cuando se está en áreas bien iluminadas en donde otras personas estén presentes. También puede tratar de desviar la atención de la persona con su actividad favorita, como escuchar música, dibujar, mirar un álbum de fotos o contar monedas.

**Responda honestamente** Tenga en cuenta que la persona muchas veces puede preguntar sobre la alucinación o el delirio. Por ejemplo: "¿Lo ves?", podría responderle: "Yo sé que ves algo, pero yo no lo veo". Así usted no niega que la persona ve o escucha, ni inicia una discusión. Evalúe la realidad de la situación Si la persona está teniendo una alucinación, pídale a la persona que apunte hacia la zona en la que él o ella ve u oye algo. El resplandor de una ventana puede verse como nieve para la persona y los cuadrados oscuros en suelo de baldosas pueden parecer agujeros peligrosos. Modifique el entorno Si la persona mira las cortinas de la cocina y ve un rostro, posiblemente pueda quitar, cambiar o cerrar las cortinas. Encienda más luces para reducir las sombras que podrían lucir aterradoras. Si la persona insiste en que él o ella ve a una persona extraña en el espejo, es posible que la persona no reconozca su propio reflejo. Si la persona tiene delirios sobre gente que le roba, tenga algunos duplicados de los elementos a la mano para darle a la persona uno de reemplazo si algo se pierde.

## **6.7. La base neuronal y endocrina de las emociones**

En el amplio espectro de la conducta del humano, las emociones han representado un tema interesante para el análisis, en primer lugar debido a que controlan conductas complejas en el humano como la motivación y el aprendizaje, y en segundo lugar porque la mayoría de las enfermedades psiquiátricas más devastadoras (por ejemplo: depresión, esquizofrenia y trastornos afectivos)

involucran desordenes emocionales. Las respuestas emocionales que conocemos en los humanos son una variedad de felicidad, sorpresa, enojo, miedo y tristeza. Todas ellas presentan dos características comunes: la primera se refiere a una respuesta motora visceral y la segunda a una respuesta motora estereotipada somática. Con base en los objetivos de este artículo, nos enfocaremos a describir la segunda característica. La respuesta somática involucra principalmente movimiento de los músculos faciales, acompañada de elementos subjetivos difíciles de describir, pero que se encuentran preservados universalmente en las diferentes culturas, y que por lo tanto nos permiten identificar las emociones de los demás. La sensibilidad que presenta una persona hacia las emociones de otra y la sensibilidad para entender la dinámica de interacción con esa segunda persona es llamada empatía. La empatía es la capacidad cognitiva que tiene una persona para sentir lo que siente otra; ello puede llevar a una mejor comprensión de su comportamiento o forma de tomar decisiones. Se trata de la habilidad para entender las necesidades, sentimientos y problemas de los demás, para ponerse en su lugar y responder correctamente ante sus reacciones emocionales. La empatía incluye el conocimiento y el uso de las emociones para comprender a las personas, el mundo que nos rodea e incluso la naturaleza. El conjunto de núcleos cerebrales que regulan las emociones forman el Sistema Límbico (área ventral tegmental, núcleo accumbens, hipocampo, núcleos septales laterales, corteza frontal). Recientemente, otras estructuras han sido adicionadas al sistema límbico tradicional. Éstas son la amígdala y la corteza orbito-frontal. El sistema límbico junto con las estructuras de la corteza frontal, procesan los estímulos emocionales y los integran a funciones cerebrales complejas, las cuales incluyen: decisiones racionales, expresión e interpretación de conductas sociales e incluso la generación de juicios morales, entendiéndose estos últimos como los actos mentales que afirman o niegan el valor moral frente a una situación o comportamiento. El desarrollo antropológico del sistema límbico, la amígdala y las áreas corticales orbito-frontales está estrechamente relacionado con el desarrollo general del cerebro a lo largo de la escala filogenética del ser humano. Incluso este patrón se conserva con ciertas consideraciones en otros animales, como los primates. En específico, los primates podrían generar empatía debido principalmente a las coincidencias neuroanatómicas que presentan con el ser humano. En los animales, el desarrollo del lóbulo frontal está limitado por un proceso de neurogénesis regulado por factores

## **6.8. Exploración de la personalidad**

En el terreno de la psicología normal se debilita por las razones ya mencionadas. sostiene que la debilidad de esta teoría se hace más evidente en el terreno en que es más fuerte, en el patológico: hay creciente evidencia que muestra que la patología psiquiátrica tiene múltiples causas que van desde el espectro psicosocial al puramente biológico, necesitando un modelo explicatorio multifactorial para comprender adecuadamente la génesis de estos trastornos.

Una forma de materialismo eliminativo que es pertinente mencionar en esta revisión por el impacto que causó en un momento en la práctica de la psicología clínica y de la psiquiatría, es la teoría conductual de. Este autor rechaza categóricamente la psicología popular como precientífica y falsa, y la reemplaza por su psicología conductual. Pero este acercamiento conductual extremado bloquea muchas posibilidades de desarrollo y de investigación para la psicología, por lo que ha sido relegado más bien a la historia de esta disciplina.

Otra teoría materialista de gran aceptación es el funcionalismo. En esta tesis el énfasis está en la función generada por los sistemas neuronales. Se podría decir que esta tesis se aleja un tanto de un monismo materialista, para incorporar otro nivel: la función.

### Funcionalismo

El funcionalismo postula que la mente es una organización de los estados internos -mentales- sin referencia directa a los estados físicos -cerebrales- que la constituyen. Las propiedades de la mente difieren de las propiedades de la materia, en virtud del papel causal y funcional que poseen. Algo es un deseo o una creencia en virtud de lo que hace, de sus relaciones causales y, no en virtud de los estados materiales que componen su sistema.

Los estados mentales son estados físicos neuronales, definidos como 'mentales' por sus relaciones causales, no por su constitución física. El sistema de organización causal, sus efectos e interacciones genera la conducta física. se trata de un proceso meramente físico que no tiene ningún componente mental propiamente tal. Una creencia consiste enteramente en estas relaciones causales, y como tal, es solo una parte de un conjunto de relaciones causales ("organización funcional") y es definida por su posición en este conjunto.

Los estados mentales se ven como estados funcionales y, los estados funcionales son estados físicos, definidos como funcionales en virtud de sus relaciones causales. En una computadora, el programa puede ser considerado como una organización funcional de la máquina (hardware).

El funcionalismo intenta conciliar la premisa básica de la causalidad física eficiente (sin necesidad de la intervención mental) con la intuición que se tiene de la eficacia de los procesos mentales en la generación de respuestas Para el funcionalismo, el supuesto básico de la psicología, la sociología y la biología es que el objeto de su estudio es el como funcionan las cosas, y no de que están hechas.

La analogía utilizada por el funcionalismo para explicar los rasgos esenciales de la tesis es un artefacto compuesto de numerosas piezas, como una bomba aspirante-

impelente. Hay distintos tipos de bombas construidas con diferentes diseños y materiales, pero que cumplen con la propiedad de mover el agua. Para que estas propiedades se hagan efectivas, se necesitan las propiedades parciales de los componentes de la bomba y, que ésta esté en el medio adecuado para que se realice su propiedad o función. De manera análoga, la mente es la propiedad de distintos sistemas neuronales y sus propiedades respectivas, que integrados generan la propiedad mente, que es más que la suma de las propiedades de los componentes y, depende de todo el sistema neuronal y del cuerpo, además del ambiente en el que su propiedad se proyecta. Así, un pensamiento, por ejemplo, la creencia en la verdad de una proposición, se realiza por distintos estados neuronales en distintas personas o en la misma persona en momentos diferentes. Una creencia tiene los efectos que habitualmente se le atribuyen, porque tiene base neuronal, y ésta está en conexión con todo el sistema nervioso.

La mente es la función del cerebro, no importa que estados físicos la constituyen; un ejemplo concreto de esta teoría en psiquiatría lo constituye un estado depresivo que puede ser el resultado de diferentes estados cerebrales cerebrales (endocrinopatías, alteraciones metabólicas, etc.). Así planteada la relación de la función con el cerebro se da la paradójica ironía -para el materialismo- de poder estudiar la mente (función) independientemente de la materia (cerebro).

El funcionalismo ha encontrado un apoyo fundamental en la teoría de la realizabilidad múltiple: un estado o suceso mental dado puede ser producido por una amplia variedad de situaciones físicas (cerebrales), por lo que el conocimiento de un solo tipo de este sistema de situaciones cerebrales (físicas) no permite entender la naturaleza fundamental de la mente; un estado psicológico es autónomo de los mecanismos cerebrales que lo producen.

Se ha argumentado, sin embargo, en base a observaciones hechas en otras ciencias, especialmente la química, que la tesis del funcionalismo y el de la realizabilidad múltiple, son lógicamente diferentes, una no implica a la otra (8e), con lo que se debilita uno de los pilares de sostén del funcionalismo. A esto se podría agregar que la neurobiología tampoco aporta un apoyo sólido a la realizabilidad múltiple, incluso para el caso de la depresión mencionado más arriba, y citado con frecuencia en la literatura pertinente, se podría argumentar que los distintos estados cerebrales provocan una depresión que no es realmente (semiológicamente) igual para los diferentes estados biológicos que la generan.

Hay distintos tipos y variaciones de funcionalismo, uno de los más conocidos es el funcionalismo de los inputs y outputs o funcionalismo computacional de representaciones.

Para este tipo de funcionalismo, la esencia de un sistema funcional radica en el papel que juega en relacionar los inputs a los outputs y sus relaciones con otros

sistemas funcionales. Esta tesis se basa fundamentalmente en la analogía de “la-mente-como-una-computadora”, por lo que una explicación psicológica es como proveer un programa computacional para la mente. Los funcionalistas computacionales describen los estados mentales como “procesamiento de información” La actividad mental así concebida, es susceptible de análisis, hasta el punto de encontrar procesos elementales y simples como los de una computadora digital.

Para el funcionalismo computacional es fundamental el supuesto que la mente y la computadora operan como una máquina diseñada para realizar cierto tipo de operaciones lógicas (máquina de Turing que consta de: una cinta magnética dividida en casilleros, un cabezal que puede leer, borrar y escribir cero o uno (positivo o negativo) en los casilleros, puede mover la cinta un casillero a la derecha o a la izquierda y, un programa de instrucciones [cada instrucción especifica la condición y la acción a realizar si se cumple la condición]; , y, que la operación de ese equivalente a lo que puede lograr el cerebro humano, suponiendo un número finito de posibles estados cerebrales.

Pero hay serias dificultades en asumir que la mente opera como una máquina de Turing, entre otras, se supone que la mente es computabilizable, y, que los estados mentales son finitos; además, el significado de equivalencia entre la operación realizada por la máquina y la actividad mental, no es suficientemente clara y distinta para ser evidente. La máquina de Turing provee en realidad, solo una noción general de computación, pero no aclara la noción de equivalencia, ni provee una razón para justificar la descripción funcional de la mente. Desde el punto de vista lingüístico, los programas computacionales, de acuerdo, no son ni semánticos, ni sintácticos, ni simbólicos (características de los procesos cognitivos); no hay ningún rasgo intrínseco a la física de los computadores que haga sus operaciones, simbólicas o sintácticas, éstas son atribuciones que hacen los hombres a los programas de computación y, al cerebro, cuando éste se describe como un computador; la sintaxis, rasgo formal típico del trabajo computacional “es una noción esencialmente relativa a un observador [externo al sistema.

Por lo tanto “ no hay modo que pueda descubrir que algo [cerebro] es intrínsecamente un computador digital, porque su caracterización como tal, es siempre relativa a un observador que asigna una interpretación sintáctica a los puros rasgos físicos del sistema podríamos descubrir en la naturaleza objetos que tienen la misma forma que las sillas y que podrían usarse como tales; pero no podríamos descubrir objetos en la naturaleza que estén funcionando como sillas, excepto en relación a un agente que las considere o use como que los programas de computación se describen formal o sintácticamente, pero la mente tiene contenidos mentales intrínsecos con sentido y significado (semántica). Se puede programar un computador para reconocer símbolos chinos, pero no se puede decir que entiende

el idioma chino, ésto se basa en la verdad lógica que la sintaxis no (relaciones formales o simbólica [símbolos chinos]) es lo mismo que la semántica, ni es suficiente para reemplazarla, ni entenderla: la sintaxis no es intrínseca a la semántica.

Se han hecho críticas al funcionalismo desde la perspectiva de las neurociencias. La concepción de la mente como un computador no coincide con el tipo de interacción neuronal que se observa en las investigaciones, la actividad de estas células, no se puede reducir a una simple acción de tipo digital, las descargas neuronales no son necesariamente todo o nada, hay variaciones y modulaciones variadas en la neurotransmisión. La actividad cerebral tiene una complejidad abrumadora comparada a la simpleza de la máquina de Turing, específicamente diseñada para realizar una función específica.

Otro tipo de funcionalismo es el funcionalismo adaptativo. Esta teoría se enmarca en la biología evolutiva e intenta explicar la conducta y la constitución de los estados cognitivos como conductas particulares, estructuras cognitivas y capacidades jugando un papel funcional adaptativo en situaciones y contextos particulares. Para entender una conducta o capacidad, debe reconocerse el papel de las condiciones bajo la cual emerge y la función que desempeña. El contenido cognitivo de los procesos mentales depende más de las condiciones a las que la persona debe adaptarse que de la pura teoría representacional.

El funcionalismo rechaza la tesis del materialismo eliminativo para el que la 'psicología popular' es una teoría empírica, refutable por la experiencia. El funcionalismo propone una organización abstracta de la situación mental y acepta un carácter normativo (establecer standards de causalidad, de racionalidad, de comparabilidad) en la actividad mental, especialmente en la actividad lingüística. Sin embargo, no queda claro cómo es posible esta propiedad normativa, si esta organización depende, aunque sea indirectamente, de los estados funcionales neuronales, cómo se realiza la operación de conectar y desconectar interruptores cerebrales con tal sutileza y precisión que se genere un estado mental con significados coherentes y significativos al nivel interpersonal. Hay que tener presente que la actividad neuronal se realiza por procesos eléctricos y químicos que nada tienen que ver con el significado -semántica- de los estados mentales.

El funcionalismo goza de popularidad a pesar de los problemas señalados. El funcionalismo computacional tiene el atractivo de ser matematizable y la aparente ventaja de generar analogías que podrían ayudar al entendimiento de la mente; una vez aceptados los supuestos iniciales y, concebida la mente como un computador, se puede aplicar la teoría computacional para su comprensión. El funcionalismo adaptativo tiene el atractivo de engarzarse en la teoría biológica de la evolución, pero con ello entra a compartir una variedad de teorías y una nutrida controversia, por

ejemplo, señala que, hablar de “función biológica”, o “propósito”, es inadecuado; la ‘función’ es atribuida por el observador, la biología no es normativa, ni teleológica.

El funcionalismo no explica cómo se produce el salto de lo funcional meramente biológico, molecular, iónico, celular, etc., a lo mental propiamente tal, sea esta concebida en forma computacional o adaptativa. No se trata de un epifenómeno, porque la mente tiene autonomía y, aún, es normativa de acuerdo al funcionalismo; tampoco se trata de una identidad teórica total. La mente depende de la materia de un modo no convincentemente explicado, y tiene propiedades diferentes a las del cerebro, aunque tampoco se trata exactamente de una teoría de emergencia de propiedades.

El funcionalismo se acerca a una especie de pluralismo materialista; lo que parece corroborarse con la existencia de un grupo de funcionalistas de tipo computacional que se han descrito como computacionales metafísicos, éstos le dan un carácter ontológico a estructuras causales que identifican con estados mentales que se realizan por una vasta variedad de sistemas físicos, por ejemplo caracteriza la mente como una cosa abstracta ‘independiente de cualquier concreción física’. Esta postura conduce a un dualismo.

Las teorías que eliminan o desplazan la mente y la reducen a una función del cerebro o a las leyes físicas y químicas que gobiernan la materia tienen problema al tratar de explicar, la subjetividad, la voluntad y la libre elección de la mente humana. Cómo la combinación de interruptores cerebrales activados, o de átomos y moléculas sujetos ciegamente a sus leyes, pueden tomar decisiones que van del mínimo acto de voluntad a las meditadas decisiones de orden intelectual y moral que hace el ser humano. Una teoría que intenta superar esta dificultad que presenta la mente con sentimientos, reflexión y voluntad es la teoría de las propiedades emergentes

#### Teoría de las propiedades emergentes

La teoría de las propiedades emergentes sostiene que con el aumento de la complejidad creciente de la materia se generan propiedades no previsibles con anterioridad. Esta teoría propone que el aumento de complejidad de la materia, producto de las reacciones químicas y físicas que siguen sus propias leyes, se llega a un estado en que emergen propiedades no previstas al comienzo de las reacciones. De la combinación de átomos y moléculas orgánicas surge la vida, y de la complejidad de la materia en el cerebro, emerge la mente, así como de la combinación del oxígeno y del hidrógeno surge el agua con relaciones estructurales y propiedades no previamente previstas: la viscosidad y la humedad.

Las propiedades emergentes, aunque dependiente de los niveles ‘inferiores’, tienen autonomía de éstos y se rigen por sus propias leyes, no anulando las leyes de los estados previos. Sin embargo, la analogía utilizada para ilustrar la teoría de las

propiedades emergentes, el O y el H y las propiedades emergentes de viscosidad y liquididad, no es exactamente esclarecedora, porque existen teorías físico-químicas que explican estas propiedades, pero en el caso de la mente, no hay teorías neuronales que la expliquen. Para Searle, la teoría de la emergencia de propiedades es una teoría reduccionista de tipo, no se trata de un reduccionismo ontológico, ya que la mente (consciencia) es lo que es, pero su causa radica en la actividad neuronal. El fenómeno mental no puede ser reducido ontológicamente a la actividad neuronal que lo causa, porque, por ejemplo, el dolor, si se redujera a lo neurológico, dejaría de tener su propiedad subjetiva (consciencia de) que lo constituye: que duele. La consciencia es para Searle parte de la realidad del mundo.

En los círculos filosóficos que adscriben al fisicalismo o materialismo y a la idea de propiedades emergentes utilizan un término introducido por Davidson: superveniencia ("supervenience") -desarrollo inesperado-. Este término usado en la filosofía de la mente se refiere a que las características mentales son de algún modo dependientes o, supervenientes, de las características físico-neuronales, de tal manera que, dos sucesos físicos idénticos no difieran en el suceso mental o, que un suceso mental no puede cambiar si no hay una alteración en el estado físico-neuronal. Esta superveniencia es transitiva, es decir pasa de un nivel a otro, pero las propiedades resultantes no necesitan ser idénticas a las del estado de las que supervienen. Searle, sin embargo, no acepta este concepto de superveniencia, para él se trata de una simple causalidad: el fenómeno mental es causado por la actividad neuronal; el concepto en cuestión, solo confunde la relación mente cerebro.

La superveniencia psicofísica satisface a los filósofos que sostienen la doctrina de las propiedades emergentes, pero, al tener una cadena de causalidad de "abajo hacia arriba" no logra explicar las interacciones causadas por el nivel superior (psicológico) sobre el inferior; esta deficiencia constituye una seria debilidad en la capacidad explicatoria de la teoría.

Además, la evidencia empírica en apoyo de esta relación de dependencia -superveniencia- es muy limitada en el sentido de que un cambio en el pensamiento ('el día está caliente y húmedo', a, 'qué interesante es aquel tronco caído') no se acompaña de un cambio tangible en la actividad neuronal; ni un cambio en la actividad neuronal necesariamente produce un cambio de pensamiento. Searle rechaza el concepto de superveniencia, habla solo de causalidad y deposita en las neurociencias la responsabilidad de encontrar dónde y cómo se produce este proceso.

Las explicaciones que ofrece la tesis de la emergencia de propiedades al problema de la relación de la mente-cerebro son además, oscuras: no hay una teoría

satisfactoria acerca de la emergencia de propiedades, ni de la superveniencia.

Según Ferrater Mora el término ‘explicación’, en sentido general y ateniéndose a su etimología designa el proceso mediante el cual se des-envuelve lo que estaba envuelto, se hace presente lo que estaba latente; lo que aparecía oscuro y confuso aparece claro y detallado. Sin embargo, las propiedades de la mente son completamente diferentes a los compuestos orgánicos, a las corrientes iónicas, a los neurotransmisores, etc., por lo que resulta difícil, si no imposible, explicar las vivencias, la voluntad, el sufrimiento y la dinámica de la vida humana con la teoría de las propiedades emergentes.

El dilema que enfrentan la teoría de la emergencia de propiedades, y todas las tesis materialistas integralistas (materialistas que aceptan de alguna forma los fenómenos mentales) que son también “emergentistas” (la mente -la conciencia- surge [emerge] de la materia), radica en explicar cómo ocurre esta emergencia de condiciones no mentales o, en aceptar una posición de tipo “panpsiquista”, es decir, la mente, de algún modo, forma parte fundamental de la estructura del mundo.

## **6.9. Psicoterapia**

La psicoterapia es efectiva para superar muchos problemas de carácter psicológico y para mejorar el bienestar. A pesar de los muchos estudios que avalan su eficacia, hay personas que, incluso necesitando ayuda, no son conscientes de que tienen el problema o evitan afrontar la realidad.

## **7. FISILOGIA NEGATIVA DE LAS EMOCIONES**

### **7.1 emociones negativas**

A pesar de la pujante aparición de la psicología positiva en los últimos años, el estudio de las “emociones negativas”, miedo-ansiedad, ira y tristeza-depresión, tuvo durante todo el siglo XX, y sigue teniendo, mucha fuerza en la investigación psicológica. También añadimos el asco, que en los últimos 15-20 años ha sido objeto de interés por parte de la comunidad científica. Un concepto relacionado es el de afectividad negativa, que puede ser entendida como un estado emocional transitorio o como una diferencia persistente en el nivel general de afectividad. La afectividad negativa es un rasgo que refleja la tendencia a experimentar emociones negativas a través del tiempo y de situaciones (Watson & Clark, 1984). Este rasgo se solapa con el neuroticismo y la ansiedad, incluyendo sentimientos subjetivos de tensión, preocupación, ansiedad, ira y tristeza. No obstante, parece necesario describir brevemente cada una de estas emociones. Miedo El miedo y la ansiedad son las emociones que han generado mayor cantidad de investigación y sobre las que se ha desarrollado un arsenal de técnicas de intervención mayor desde todas las orientaciones teóricas psicológicas.

La expresión patológica del miedo son los trastornos por ansiedad, que están relacionados con una respuesta de ansiedad desproporcionada e irracional ante un peligro inexistente. Es una de las reacciones que produce mayor cantidad de trastornos mentales, conductuales, emocionales y psicosomáticos. La distinción entre fobia y miedo podría concretarse en que la reacción de miedo se produce ante un peligro real y la reacción es proporcionada a éste, mientras que en la fobia la respuesta de ansiedad es desproporcionadamente intensa (o innecesaria) con la supuesta peligrosidad del estímulo. Para nuestro fin, no distinguiremos entre ambos términos. El miedo-ansiedad se define como una respuesta del organismo que se desencadena ante una situación de amenaza o peligro físico o psíquico, cuyo objeto es dotar al organismo de energía para anularlo o contrarrestarlo mediante una respuesta (conducta de huida o de agresión; Sandín & Chorot, 1995). Este mecanismo funciona de forma adaptativa y pone en marcha dicho dispositivo de alerta ante estímulos o situaciones que son potencialmente agresoras o amenazantes. Existe un continuo entre la ansiedad adaptativa y la ansiedad clínica, ambas tienen la misma fenomenología: cogniciones, neurofisiología y respuestas motoras de defensa o ataque. Sabemos que una cierta cantidad de ansiedad es necesaria para realizar ciertas tareas, para resolver problemas de un modo eficaz. Existe además una relación simétrica entre nivel de ansiedad (visto como nivel de motivación) y rendimiento (desarrollo de una tarea, mecanismo de resolución de problemas). Así, la relación entre ansiedad y rendimiento viene expresada por una curva en forma de U invertida. Según la ley de Yerkes-Dodson, formulada en 1908, un déficit de ansiedad conlleva una eficacia de acción baja, mientras que una ansiedad óptima ante determinados problemas propicia el aumento, de forma deseable, de la ejecución o eficacia. Sin embargo, la ansiedad excesiva o clínica actúa interfiriendo el rendimiento en todos los ámbitos del ser humano y se torna en clínica en las siguientes situaciones:

1. Cuando el estímulo presentado es inofensivo y conlleva una compleja respuesta de alerta.
2. Cuando la ansiedad persiste en el tiempo, superando lo meramente adaptativo, y los niveles de alerta persisten.
3. Cuando los niveles de alerta y la ansiedad interrumpen el rendimiento del individuo y las relaciones sociales. Como ya hemos dicho, se han empleado diversos términos para designar la ansiedad clínica, tales como miedo, fobia, etc. Sin embargo, existe cierto consenso a la hora de considerar estos términos como reacciones equivalentes en cierto modo, si bien por ejemplo, en el caso del primero, este fenómeno se produciría ante una situación de amenaza real, mientras que en el del segundo las fobias serían ante un peligro no real o sobredimensionado. En cualquier caso, a nivel operativo numerosos autores entienden que dichos términos tienen mucho en común. El análisis de las características principales de la ansiedad como emoción negativa tristeza Tradicionalmente se la ha considerado como una de las emociones desagradables, aunque no siempre se puede decir que es

negativa. Sobre ella existe gran variabilidad cultural, e incluso algunas culturas no poseen palabras para definirla. No obstante, la tristeza-depresión, al igual que cualquier otra emoción, tiene una función filogenética adaptativa para recabar la atención y el cuidado de los demás, constituir un modo de comunicación en situaciones de pérdida o separación, o ser un modo de conservar “energía” para poder hacer frente a ulteriores procesos de adaptación. Desde el punto de vista de la relación entre las emociones negativas y la respuesta de estrés, la experiencia de estado de ánimo triste dependería de la evaluación cognitiva realizada sobre la demanda situacional y los recursos que posee el sujeto para afrontar la situación, que en tal caso sería negativa y con frecuencia predominaría cuando el/los estresor/es se cronifica/n (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1983). Otro hecho bastante común es que la ansiedad suele aparecer asociada al cuadro depresivo. En estos casos los síntomas de tensión suelen interferir en la capacidad de disfrute del sujeto con respecto a las actividades agradables y se intensifican las desagradables. En tal caso, al igual que la ansiedad en su forma clínica, estos sentimientos podrían por su duración, frecuencia e intensidad transformarse en una depresión clínica e interferir en la capacidad adaptativa de la persona que los padece. Todo ello resulta coherente con la idea bastante aceptada en la actualidad de que el estrés tiene un importante papel en la génesis de la depresión (Lewinsohn, Gotlib & Hautzinger, 1997). En su forma clínica, la depresión es un trastorno del estado de ánimo caracterizado por una sensación de tristeza intensa superior a dos meses. Se produce por diversas causas: acontecimientos de la vida diaria relacionados con pérdidas o incapacidad para hacerles frente (indefensión), cambios químicos en el cerebro, efecto secundario de medicamentos, trastornos físicos o médicos. Los síntomas de la depresión no son los mismos en todos los individuos. La mayoría de sujetos dejan de tener interés por las actividades cotidianas; sienten fatiga o sensación de lentitud; tienen problemas de concentración, trastornos del sueño, sentimientos de culpa, inutilidad o desesperanza, aumento o pérdida de apetito o de peso, disminución del deseo sexual, ideación suicida, pensamientos negativos sobre sí mismos, etc. Por lo tanto, la depresión es el resultado final de la interacción de múltiples factores constitucionales, evolutivos, ambientales e interpersonales, que modifican las pautas de neurotransmisión entre los hemisferios cerebrales y el sistema límbico. En la tabla 2 se muestran las características principales de esta emoción. Ira La ira es considerada una emoción negativa por la mayoría de los teóricos de la emoción. Esta emoción puede ser concebida atendiendo a tres tipos de definiciones de la valencia emocional (Lazarus, 1991), es decir, las emociones se pueden entender como positivas o negativas en base a: 1) las condiciones que evocan la emoción, 2) las consecuencias adaptativas de la emoción o 3) la experiencia subjetiva de la emoción. Así, en primer lugar, la ira puede verse como negativa debido a las condiciones que evocan la emoción, ya que suele ser evocada por acontecimientos aversivos. En segundo lugar, la ira se puede calificar como positiva o negativa cuando es entendida desde el punto de vista de sus consecuencias adaptativas, dependiendo del resultado de una situación particular.

Finalmente, la ira se podría ver como positiva o negativa en función de la sensación subjetiva o evaluación de la emoción, dependiendo de si un individuo siente placer/gusto o displacer/aversión tras la experiencia subjetiva de ira. Respecto de otras características típicas de la ira, la tabla 3 muestra un resumen. El asco es una de las reacciones emocionales en las que las sensaciones fisiológicas son más

## **7.2 Emociones negativas y salud-enfermedad.**

Hasta aquí se ha hablado de las emociones como reacciones básicas adaptativas, pero tanto la ansiedad y la depresión, como la ira y el asco (si bien ninguna de ellas tiene su propia categoría diagnóstica en los manuales psiquiátricos, aun siendo condiciones con claras implicaciones clínicas), pueden evolucionar hacia condiciones clínicas, donde se pierde el carácter adaptativo de éstas y se convierte en un problema que interfiere y genera malestar significativo. Estas formas se corresponderían aproximadamente con los trastornos de ansiedad y afectivos del eje I del DSM IV y de la CIE-10, cuando nos referimos a los trastornos psiquiátricos, así como también a algunos de los factores psicológicos propuestos por las más recientes ediciones del DSM bajo la denominación de “Factores psicológicos que afectan a la condición médica con la categoría “Factores psicológicos y del comportamiento en trastornos o enfermedades clasificadas en otro lugar” cuando nos referimos a las manifestaciones emocionales desadaptativas asociadas a las enfermedades físicas. En resumen, siguiendo a Cano-Vindel y Miguel-Tobal podemos afirmar que las emociones influyen sobre la salud-enfermedad a través de su relación con diversos sistemas fisiológicos que forman el proceso “salud-enfermedad”, en especial cuando se convierten en trastornos clínicos, así como por medio de sus propiedades motivacionales para modificar las conductas “saludables” (ejercicio físico moderado, dieta equilibrada, descanso, ocio, etc.) y “no saludables” (abuso de alcohol, tabaco, sedentarismo) Pero no sólo la ansiedad.

## **7.3 Emociones negativas y Ansiedad.**

Cuando la frecuencia, intensidad o duración de la ansiedad como respuesta emocional es excesiva puede dar lugar a la aparición de afectaciones a la calidad de vida. En estos casos hablamos de ansiedad patológica o de un trastorno de ansiedad. La presencia de fuertes reacciones o estados de ansiedad no solamente va a estar en la base de los denominados trastornos de ansiedad, sino también asociada frecuentemente a la depresión y en general a los trastornos considerados tradicionalmente como neuróticos, a buena parte de los psicóticos y a una amplia variedad de los psicofisiológicos (American Psychiatric Association, 2000). Como puede observarse por esta amplia gama de problemas relacionados con la ansiedad, podríamos afirmar que ésta va a ser un elemento central en psicopatología y en buena parte de otros problemas relacionados con la salud, dando lugar a un considerable costo emocional y económico para cualquier sistema

sanitario. Los trastornos de ansiedad presentan la mayor prevalencia entre los trastornos mentales; No obstante, al margen de las categorías diagnósticas incluidas en estos manuales, la ansiedad como síntoma aparece relacionada con la mayoría de trastornos afectivos, psicóticos, etcétera. Depresión La depresión es un trastorno del estado de ánimo o trastorno afectivo. El estado de ánimo deprimido es una de las condiciones psicopatológicas más frecuentes de los seres humanos. El estado de ánimo puede entenderse como la tendencia básica del ser humano para aportar a los estados psíquicos un tono agradable o desagradable o como el estado emocional subjetivo del individuo Evidentemente, en la depresión el estado de ánimo estaría asociado al polo desagradable, la tendencia a la negatividad. La depresión, por tanto, debe entenderse como un trastorno del estado de ánimo que se manifiesta mediante un conjunto de síntomas característicos. Una de las características principales es el descenso del estado de ánimo, aunque el estado de ánimo deprimido no debe ser el único criterio a tener en cuenta para diagnosticar depresión. “Esta distinción es muy importante porque la depresión-síntoma está presente en la mayor parte de los cuadros psicopatológicos” (. La depresión como trastorno clínico es descrita comúnmente por las sensaciones.

#### **7. 4 Factores psicológicos La interpretación del sujeto.**

Un suceso en particular es más importante que el suceso en sí mismo. Es decir, las personas que tienden a evaluar negativamente todo lo que les ocurre a su alrededor tienden a ser personas depresivas. Factores sociales Existe una relación entre la depresión y ciertos factores sociales como la cultura, la raza y el apoyo social. Las personas depresivas, independientemente de que exista un factor biológico o no, tienen asociados problemas sociales desencadenantes de la enfermedad. Los acontecimientos vitales estresantes están reconocidos como precipitantes de los episodios de depresión mayor. Los acontecimientos adversos inesperados durante la etapa de la infancia son clasificados por el DSM-V como un potente conjunto de factores de riesgo que contribuyen a contraer un trastorno depresivo mayor en la edad adulta. También es necesario tener presente la susceptibilidad individual, el significado y la importancia de los cambios para cada individuo y la capacidad de este para enfrenarse a situaciones estresantes, así como su red de apoyo y su situación socioeconómica. Factores biológicos Dentro de este apartado, se incluyen factores genéticos y factores neuroquímicos, es decir, la alteración en el funcionamiento de los circuitos cerebrales. Factores genéticos Las personas que poseen un familiar de primer grado con un trastorno depresivo mayor, poseen un riesgo mayor (entre 2 y 4 veces más) de padecer este tipo de trastorno que la población general . Se considera que el 40-50% del riesgo de padecer depresión es genético, aunque no se han encontrado los genes específicos responsables. Hay algunos estudios de farmacogenética, que incluyen polimorfismos en distintas proteínas reguladoras de los sistemas de neurotransmisión serotoninérgica, incluyendo el transportador de serotonina o

incluso el factor neurotrófico derivado de cerebro (BDNF) que está estrechamente relacionado con procesos de neuroplasticidad y neurogénesis en el cerebro adulto . A pesar de la amplia investigación en este campo, los resultados no son del todo concluyentes. De este tipo de estudios se puede concluir que los factores genéticos son predisponentes, pero no condicionantes, es decir, puedes tener depresión sin que necesariamente otro miembro de tu familia la tenga . Factores neuroquímicos Aunque se desconoce con precisión las áreas y regiones cerebrales que pueden estar involucradas en la depresión, la teoría más ampliamente aceptada y en la que se basan la mayoría de los fármacos disponibles en clínica es la denominada “Hipótesis monoaminérgica de la depresión” según la cual en esta enfermedad hay un déficit de monoaminas a nivel del sistema nervioso central, fundamentalmente serotonina y/o noradrenalina. Estos sistemas están integrados en una red de circuitos neuronales que ayudan al procesamiento y regulación de emociones, así como los sistemas de gratificación y recompensa Por otra parte, la acción mantenida de factores estresantes contribuye a la aparición de la depresión. Este hecho apunta que el eje hipotálamo-hipofisario marcado por la hiperactividad del sistema y el sistema hipotalámico Melanin Concentrating Hormone (MCH) son sistemas que están fuertemente implicados en la patogenia de la enfermedad. En pacientes con depresión se objetiva un aumento de actividad glutamatérgica y una reducción de la función gabaérgica, así como el aumento en la producción de citocinas proinflamatorias. Finalmente, existe la posibilidad que se pierda la capacidad de plasticidad sináptica en respuesta al estrés como consecuencia de un deterioro en la expresión de factores neurotróficos, lo que propiciaría una reducción de la capacidad para mantener el nivel de neurogénesis que se aprecia en los pacientes adultos depresivos

## **7.5 emociones en el organismo.**

Las emociones ponen en alerta a todo el organismo para que funcione como un todo y pueda responder a los retos de la vida activando múltiples respuestas cardiovasculares, esqueletomusculares, neuroendocrinas y del sistema nervioso autónomo.

Según Damasio la ocurrencia de un proceso emocional se inicia, bien con la percepción de un objeto o situación, bien con el recuerdo de ese objeto o situación; en ambos casos, el resultado es la activación de los núcleos del troncoencéfalo, el hipotálamo y la amígdala. Luego, estas estructuras liberan hormonas de varios tipos en la corriente sanguínea, que se dirigen, por una parte, hacia diversas zonas del propio cuerpo, y por otra parte, hacia distintas zonas cerebrales.

Al mismo tiempo, estas estructuras envían, de modo simultáneo, señales electroquímicas mediante neurotransmisores, por una parte, hacia las glándulas adrenales, que liberarán hormonas con repercusión posterior en el cerebro, y, por otra parte, hacia otras regiones cerebrales, tales como la corteza, el tálamo, y los

ganglios basales, con lo cual se modificará el estado cognitivo y la forma de procesar la información.

## **7.6 Emociones negativas y salud física.**

En la actualidad existe consenso acerca de que los factores psicológicos pueden desempeñar un papel esencial en la historia natural de las enfermedades médicas. Factores como las conductas relacionadas con la salud, nuestros estados psicológicos o emocionales, las características personales y los modos de afrontamiento, han demostrado ser de especial relevancia en este sentido. Esta afirmación es coherente con la evidencia científica actual que indica que cualquier trastorno denominado físico u orgánico suele implicar igualmente, y a distintos niveles, alteraciones psicológicas, y viceversa. Entre estos factores psicológicos se encuentran el miedo, la tristeza y la ira como reacciones emocionales negativas, y sus diferentes formas clínicas: la ansiedad, la depresión y la ira persistente. En tal sentido, tradicionalmente las teorías del estrés psicosocial se han centrado más en las emociones negativas como la ira, el temor, la ansiedad, la vergüenza, la culpabilidad, la tristeza, la envidia, los celos y el asco, que en las positivas. Hoy en día hay datos suficientes para afirmar que las emociones negativas tienen un efecto negativo sobre la salud. Así, algunos autores afirman que las emociones positivas potencian la salud, mientras que las emociones negativas tienden a disminuirla. Por ejemplo, en periodos de estrés en los que tenemos que responder a unas altas demandas ambientales, desarrollamos reacciones emocionales negativas, y cuando nos encontramos bajo la influencia de estos estados emocionales negativos es más probable desarrollar enfermedades relacionadas con el sistema inmune, o adquirir determinados hábitos poco saludables, que a la larga pueden minar la salud. En cambio, las emociones positivas, como la alegría, ayudan a mantener, e incluso recuperar, la salud. Las emociones negativas que más se han estudiado en cuanto a sus relaciones con trastornos de salud son la ansiedad, la depresión y la ira. Una de las reacciones emocionales más investigada es sin duda la de la ansiedad, como estado emocional asociado a múltiples trastornos, especialmente los psicofisiológicos. Otra emoción negativa bastante estudiada es la ira, por su relación con los trastornos cardiovasculares. La tristeza-depresión, como emoción básica, se considera que es precursora de la depresión como patología, la cual cursa por lo general con altos niveles de ansiedad. Por último, el asco es una emoción muy poco estudiada en este sentido, pero ya existen algunas evidencias de su implicación en los procesos salud-enfermedad). Estamos preparados para desarrollar reacciones emocionales intensas, e incluso para repetirlas cuando sea necesario, sin que ello suponga un problema, pero a mediano plazo se pueden agotar nuestros recursos físicos, comportamentales, sociales o materiales, o alterarse algunas funciones asociadas a las reacciones emocionales, o en definitiva surgir algún problema asociado a las emociones. Lejos de la opinión mantenida por la investigación

psicosomática en sus inicios respecto del carácter causal de las emociones en las enfermedades, en la actualidad se admite que los factores psicológicos pueden ser causa necesaria pero no suficiente para la aparición de determinados trastornos. Se señala la multicausalidad y la interrelación entre los diversos factores causales como la explicación etiológica más plausible. Esta multicausalidad, centrada en considerar simultáneamente los factores genéticos, ambientales, psicofisiológicos, y principalmente el peso de la interacción como elemento de predisposición del individuo a padecer una determinada enfermedad, es el gran mérito de la investigación psicológica actual en este campo. Se han hipotetizado diversas vías para explicar las interrelaciones de los factores emocionales en el proceso de salud-enfermedad.

### **7.7 Las reacciones desadaptativas de ansiedad.**

De tristeza-depresión y de ira que alcanzan niveles demasiado intensos o frecuentes, cuando se mantienen en el tiempo, tienden a producir cambios en la conducta, de manera que se incrementa la probabilidad de que el sujeto adopte conductas perjudiciales para la salud (como las adicciones) y de que olvide los hábitos saludables (ejercicio físico, etc.). Por ejemplo, existe una relación positiva entre ansiedad y consumo de tabaco, así como entre tabaquismo y cáncer. En definitiva, estos estados y necesidades emocionales concretos pueden desempeñar un papel primordial en las prácticas de salud, como por ejemplo, el malestar emocional no ayuda a que la gente se implique en la realización de hábitos que favorezcan su salud tales como el no fumar, hacer ejercicio, desayunar, etc.).

Estas reacciones emocionales mantienen niveles de activación fisiológica intensos que podrían deteriorar nuestra salud si se cronifican. Las disfunciones fisiológicas consecuentes serían arritmias, aumento crónico de la presión arterial, dispepsias, dermatitis, dolor muscular, etc. Así, los pacientes con arritmias, hipertensión esencial, cefaleas crónicas, o diversos tipos de dermatitis, presentan niveles más altos de ansiedad, ira y activación fisiológica que la población general. En el nivel fisiológico, la evaluación de respuestas del organismo (como la tasa cardiaca) y el estudio de su relación con variables psicológicas ha dado lugar a una disciplina llamada psicofisiología, que arranca desde finales del siglo XIX. A su vez, el estudio de la patología de los sistemas fisiológicos que se activan en la emoción se inicia en los años cincuenta. Se supone que los trastornos psicosomáticos o psicofisiológicos (como algunos dolores de cabeza o de espalda, ciertas arritmias, los tipos de hipertensión arterial más frecuentes, algunas molestias gástricas, etc.) podrían estar producidos por un exceso en la intensidad y frecuencia de la activación de las respuestas fisiológicas del sistema que sufre la lesión o disfunción (cardiovascular, respiratorio, etc.). Se trataría de una disfunción de un sistema orgánico que está trabajando en exceso y mantiene esta actividad demasiado tiempo. A su vez, el trastorno produce más ansiedad y, por lo tanto, aumento de la actividad de ese sistema, elevando así la probabilidad de desarrollar y mantener un mayor grado de disfunción orgánica

Esta alta activación fisiológica puede estar asociada a un cierto grado de inmunodepresión, lo que nos vuelve más vulnerables al desarrollo de enfermedades infecciosas o de tipo inmunológico, o bien la supresión o control de estas emociones puede acarrear altos niveles de activación fisiológica y un cierto grado de inmunosupresión. En resumen, el sufrimiento de estados emocionales negativos persistentes puede afectar al funcionamiento del sistema inmunológico, del sistema endocrino-metabólico y, en general, de todas las funciones fisiológicas. A continuación señalaremos los trastornos sobre los que existe una mayor evidencia de influencia de las emociones negativas. Como se observará, la práctica totalidad de sistemas orgánicos aparecen relacionados con factores psicológicos que juegan un papel importante en el inicio, desarrollo y mantenimiento de enfermedades.

**Cáncer** Los enfermos oncológicos sufren reacciones psicológicas negativas ante la enfermedad de cáncer, tales como ansiedad, depresión, ira e incluso asco "patológico". Así, el impacto del diagnóstico producirá variadas reacciones psicológicas en el paciente en función de cómo es percibido. Por ejemplo, si para el afectado el diagnóstico significa amenaza para la propia vida, reaccionará con ansiedad; si representa pérdida de control sobre sí, experimentará depresión; y si lo percibe como una agresión y una injusticia, reaccionará con rabia. Además, los tratamientos mediante agentes quimioterapéuticos producen náuseas y vómitos no sólo por afectación neurológica sino también horas antes del tratamiento o ante situaciones, objetos o lugares que les recuerdan la situación, todo lo cual tiene bastante que ver con las sensaciones de asco. Se trata de un condicionamiento clásico a los efectos asociados al tratamiento químico que el enfermo generaliza. A medida que se acerca el día del tratamiento o recibe ciertos estímulos). En el 65% de los enfermos las náuseas y vómitos anticipatorios persisten a los seis meses. Pero también la relación entre el asco y el cáncer ha sido investigada en otros dos sentidos. Por una parte, se ha postulado el papel del asco en el diagnóstico precoz del cáncer de páncreas y del cáncer de pulmón. Por otra parte, se ha investigado hasta qué punto el origen de la fobia a la sangre/inyecciones, que tiene claros vínculos con el asco, se explica por la experiencia traumática con la quimioterapia o bien con otras variables. Estas manifestaciones psicológicas se encuentran asociadas a la gravedad de la neoplasia e influyen claramente en la respuesta a la enfermedad y en las expectativas de vida. Así, existen varias hipótesis que intentan explicar la influencia de los factores psicológicos en el comienzo y la progresión del cáncer, que van desde su influencia en la función inmunitaria, pasando por su influjo sobre hábitos como el tabaco y el alcohol, hasta el peso que estos factores psíquicos ejercen sobre el paciente para decidir el momento de solicitar atención médica.

## **7.8 Infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH).**

Los pacientes infectados por el VIH también presentan sintomatología ansiosa, como la excesiva preocupación, el miedo y la obsesión por ser portador del VIH o de presentar alguna de las llamadas enfermedades oportunistas, como el sida. La

persona seropositiva está sometida a numerosos estresores que pueden ocasionar trastornos de adaptación, de ansiedad y depresión, entre otros. Los síntomas más predominantes son la ansiedad generalizada, la hipocondría, los comportamientos obsesivos, los pensamientos depresivos, la culpabilidad y el autocastigo. Las pruebas para detectar el VIH son un importante estresor. Se ha descrito una prevalencia alta de ansiedad y depresión en pacientes en periodos anteriores a la realización de las pruebas, y descenso de dichos síntomas tras efectuarlas. Así, el 25% de los pacientes diagnosticados como “seropositivos” desarrollan tras las pruebas trastornos de adaptación y trastornos mixtos ansioso-depresivos, además de existir en ellos un riesgo de suicidio 36 veces superior al de la población no infectada. Por su parte, Teva, Bermúdez, Hernández y Buéla-Casal (2005) hallaron niveles de depresión, ansiedad e ira no expresada en pacientes con VIH, así como su asociación con los niveles de carga viral, grado de lipodistrofia y el estadio de infección. Por último, la asociación entre emociones negativas y VIH-positivo ha sido también abordada al analizar la eficacia de las intervenciones cognitivo-conductuales en la mejora de la salud mental y el funcionamiento inmunológico. Así, las intervenciones centradas en mejorar la sintomatología depresiva, ansiosa; de ira, estrés, y el conteo de células CD4, han mostrado mejoras significativas en depresión, ansiedad, ira y estrés, si bien la evidencia es limitada para los efectos en el conteo de células.

### **7.9 trastornos cardiovasculares.**

Varios estudios han mostrado que la depresión es un factor de riesgo significativo de enfermedad coronaria, infarto de miocardio y mortalidad cardíaca, así como también la ansiedad y el estrés (Fernández, 2003, pp. 100-101). También existe evidencia sobre la alta prevalencia de los trastornos psiquiátricos comórbidos con la enfermedad cardiovascular, concretamente con el episodio depresivo mayor (29%), trastorno dístímico (15%), trastorno depresivo mayor recurrente (31%), trastorno de estrés postraumático (29%) y trastorno de ansiedad generalizada (24%) (Bankier, Januzzi & Littman, 2004). Otro grupo de investigaciones han estudiado la asociación entre depresión y ansiedad con el pronóstico de pacientes cardíacos. Por lo tanto, la depresión se ha relacionado con una peor evolución de los pacientes coronarios, ya que predispone a nuevos infartos y a la aparición de trastornos del ritmo cardíaco (Carinci et al., 1997). Respecto a la ansiedad, no sólo el trastorno de ansiedad generalizada, sino también los trastornos fóbicos, se han asociado al aumento de riesgo cardíaco en diversas poblaciones. En resumen, algunas investigaciones han encontrado que la depresión está asociada con alta mortalidad, en tanto que la ansiedad se asocia con baja mortalidad (Herrmann, Brand-Driehorst, Buss & Ruger, 2000), si bien no se ha documentado una relación causal directa (Lespérance & Frasure-Smith, 2000). Otro de los factores asociados a los trastornos cardiovasculares relacionados con la “afectividad negativa” ha sido el complejo hostilidad-ira-agresión, o síndrome ira-hostilidad-agresión (ahi). Este síndrome ha recibido atención tanto como componente del patrón de conducta tipo

A como de forma aislada, siendo el que más se ha relacionado con la enfermedad cardiovascular, en especial el componente de hostilidad. El complejo o síndrome ahí está conformado por la ira, que es el componente emocional; la hostilidad, que hace referencia al componente cognitivo; y la agresividad, atinente al aspecto conductual (FernándezAbascal, Marín & Domínguez, 2003). Aunque el grado que alguien necesita para enojarse puede influir en el curso y el resultado de las enfermedades, la manera como se expresa/ maneja la ira tiene un impacto mucho mayor en el curso de la enfermedad y en el impacto. Al considerar cómo se manifiesta la ira, los investigadores han identificado tres estilos: supresión, expresión y control (anger-in, anger-out y anger-control). Anger-in es cuando la persona suele afrontar la situación reprimiendo la expresión verbal o física pero experimenta activación interna elevada, mientras que anger-out implica manifestaciones de conducta airadas, verbales o físicas, hacia otras personas u objetos, pero sin intención de producir daño. Por último, el control de la ira (Anger-Control) es un estilo que se caracteriza porque la persona intenta canalizar su energía emocional proyectándola hacia fines más constructivos, para llegar a una resolución positiva del conflicto (Spielberger, Reheiser & Sydeman, 1995). Ser capaz de expresar ira parece disminuir su impacto negativo en las funciones física y emocional. En cualquier caso, expresar ira puede tener consecuencias negativas como ser “socialmente inaceptable”, crear conflictos y activar consecuencias negativas percibidas. Por lo tanto, el estilo de control de la ira parece el más adecuado. En este sentido, Krantz et al. hallaron que la relación entre factores psicosociales como la ira y la hostilidad, los síntomas cardíacos y la enfermedad arterial coronaria (eac), probada angiográficamente en mujeres, consistía exactamente en que la alta expresión de la ira se asociaba a la presencia de eac, mientras que los rasgos de ira/hostilidad estaban asociados a un incremento de síntomas, sobre todo dolor torácico no asociado a angina en mujeres sin eac (Krantz et al., 2006). Mención aparte merece la hipertensión arterial primaria (hta) o esencial, por ser un factor de riesgo cardiovascular donde la ansiedad juega un papel importante. Es una alteración con etiología multicausal en la que uno o varios factores de riesgo están presentes para provocar una elevación de la presión arterial, siendo esos factores de riesgo principalmente conductuales. La Organización Mundial de la Salud ha reconocido el relevante papel que puede jugar el estrés en la hta, aunque también acepta la dificultad de cuantificar esa influencia en el desarrollo de esta enfermedad (Organización Mundial de la Salud, 1986). Entre los factores psicológicos que muestran mayor evidencia de correlación con la hipertensión se destacan la ansiedad y la ira en su desarrollo y mantenimiento, ya sea directamente por efectos sobre el sistema cardiovascular, o indirectamente por su influencia en los factores conductuales, tales como el hábito alimenticio, el ejercicio físico, etc. . Un perfil de sujeto hipertenso se caracteriza por su alto rasgo general de ansiedad, alta reactividad en los sistemas de respuesta cognitivo y fisiológico, y en menor medida en el sistema motor; y con reacciones de ansiedad intensas ante las situaciones de prueba o evaluación, las situaciones

potencialmente fóbicas, las habituales en su vida diaria y, en menor proporción, ante las situaciones interpersonales. En ese sentido, estudios recientes han evidenciado altos niveles de control de la ira y presencia de mecanismos de supresión de dicha emoción en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial (Gaviria et al., 2009), así como altos niveles de ansiedad y depresión entre estos pacientes, que se caracterizaron como factores de riesgo posibles de hipertensión

## **8. CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTES INTERNOS.**

### **8.1 teoría general del autocuidado.**

Dorothea Orem presentó la “Teoría de enfermería del déficit de autocuidado” como una teoría general compuesta por tres teorías relacionadas:5 la del autocuidado, que describe el porqué y el cómo las personas cuidan de sí mismas; la del déficit de autocuidado, que describe y explica cómo la enfermería puede ayudar a la gente, y la de sistemas de enfermería, que describe y explica las relaciones que hay que mantener. Para aplicar el modelo de Orem es necesario conocer cómo éste define los conceptos paradigmáticos de persona, enfermería, entorno y salud. De acuerdo con Dorothea Orem, El autocuidado es la capacidad que tiene una persona para realizar todas las actividades necesarias para vivir y sobrevivir. Orem contempla el concepto “auto” como la totalidad; incluye no sólo las necesidades físicas, sino también las psicológicas y espirituales; el concepto “cuidado” es la totalidad de actividades que una persona inicia para mantener la vida y poder desarrollarse de una forma normal. Orem define el autocuidado como: “La práctica de actividades que los individuos inician y realizan en su beneficio para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar.

### **8.2 proceso de atención enfermero.**

El proceso de atención de enfermería es un método sistemático que brinda cuidados humanistas eficientes centrados en el logro de resultados esperados, apoyándose en un modelo científico realizado por un profesional de enfermería. Originalmente fue una forma adaptada de resolución de problemas y se clasificó como una teoría deductiva en sí misma. Es un método sistemático y organizado para administrar cuidados individualizados, de acuerdo con el enfoque básico de que cada persona o grupo de personas responde de forma distinta ante una alteración real o potencial de la salud.6 Para la elaboración del plan de atención de enfermería fue importante tomar en cuenta la valoración del paciente; por lo tanto, se dio inicio con el análisis del déficit de autocuidado y el balance de autocuidado, de donde surgieron posteriormente los diagnósticos de enfermería. Una vez elaborados los diagnósticos de enfermería, se procedió a la etapa de planificación. En ésta, se plantearon los objetivos tanto para la enfermera como para el paciente, a corto, mediano y largo plazo, de acuerdo a la priorización. Ya planteados los

objetivos, se pasó a la implementación de las intervenciones de enfermería de acuerdo al sistema acorde con las necesidades del paciente

### **8.3 Epidemiología El trastorno depresivo.**

mayor se inicia a cualquier edad, pero hay más probabilidades de que este trastorno comience en la pubertad. La incidencia de esta enfermedad es del 5-6% de la población, con una prevalencia de entre un 5 y un 11% a lo largo de toda la vida . La probabilidad de padecer depresión es casi el doble en mujeres que en hombres5 siendo más grave la presentación de los síntomas en las mujeres: experimentan depresiones más prolongadas y/o recurrentes, a edades más tempranas y con una menor calidad de vida (aumento de peso, ansiedad y mayores manifestaciones físicas de la enfermedad). El riesgo de recurrencia de la enfermedad es mayor en pacientes cuyo episodio anterior fue grave, en las personas jóvenes y en las personas que a lo largo de su vida han presentado múltiples episodios de depresión. . Etiología Este trastorno mental es de origen multifactorial, su probabilidad de desarrollo está influenciado por varios factores de riesgo, entre los que se incluyen: factores psicológicos, sociales y los factores biológicos.

### **8.4 Diagnóstico de la enfermedad**

Algunos estudios señalan que sólo un 20% de los pacientes con un trastorno de depresión mayor son diagnosticados en el medio de la Atención Primaria .Este hecho se debe, principalmente, a que los síntomas psicológicos de la depresión como la falta de autoestima, la sensación de cansancio o la falta de concentración entre otros, no están incluidos dentro de la exploración habitual o se pasan por alto no dándoles importancia.

Según el DSM-V para el diagnóstico de la depresión mayor, el paciente debe presentar cinco (o más) de los siguientes síntomas durante el periodo depresivo de al menos dos semanas, representando un cambio respecto a las actividades previas del sujeto, acompañándose de un malestar clínico significativo y/o un deterioro social y laboral Con frecuencia, la depresión coexiste con otras enfermedades que pueden presentarse antes de la depresión, causar dicha depresión y/o puede ser el resultado de esta. Esta relación de bidireccionalidad, como explicábamos brevemente en la introducción, tiene un gran impacto en el deterioro de la salud, así como en la atención y tratamiento recibidos . Cuando la depresión se presenta junto con otras enfermedades físicas, el decremento en salud es superior al de la depresión sola, las enfermedades físicas aisladas e incluso al de las enfermedades físicas crónicas combinadas sin depresión. La prevalencia de la depresión en pacientes con enfermedades de base, es un 20% mayor que el del resto de la población. Esta elevada prevalencia se debe, en parte, a los efectos secundarios derivados de los tratamientos que reciben o de las secuelas que provocan algunas enfermedades y que tienen una gran influencia sobre el estado de ánimo de los pacientes . La depresión provoca un empeoramiento significativo del pronóstico de una enfermedad asociada a aquel paciente que la padece. Asimismo, este trastorno

mental influye negativamente en la adherencia al tratamiento, especialmente en las enfermedades crónicas, como por ejemplo la diabetes, donde una buena adherencia al tratamiento es fundamental. Depresión y riesgo de suicidio El suicidio es un importante problema de salud pública. Según cifras oficiales, el suicidio es la causa de muerte no natural más frecuente en España, por delante de los accidentes de tráfico. Cada año casi 1 millón de personas se quitan la vida según un estudio realizado por la OMS y otras muchas otras lo intentan. Se trata de un fenómeno global que afecta tanto a países pobres como a países con altos ingresos afectando tanto a hombres como a mujeres en una proporción según un estudio llevado a cabo por la Universidad de Los Ángeles, California<sup>20</sup>. En las mujeres hay mayor riesgo de intentos de suicidio y el riesgo de suicidio consumado es menor. La depresión mayor es uno de los factores asociados a la conducta suicida, además se posiciona como el mejor predictor de intentos de suicidio y suicidios llevados a cabo. Sin embargo, hay investigaciones que muestran que entre un 13% y un 40% de las personas que se suicidan no cumplen con los criterios diagnósticos de Trastorno por Depresión Mayor.

### **8.5 el papel de la enfermera en la depresión mayor**

El suicidio y los comportamientos suicidas normalmente son el resultado de problemas o situaciones personales que se perciben como imposibles de superar o manejar. El suicidio es multicausal, uno de los principales factores de riesgo es padecer una enfermedad psiquiátrica, que se identifica en un 90-95% de suicidios consumados. La persona que decide suicidarse no tiene por qué tener un trastorno mental. Sin embargo, la mayoría de los intentos de suicidio suelen tener de base algún trastorno mental.

tratamiento Los modelos escalonados de tratamiento permiten ajustar las intervenciones y el tratamiento al paciente en función de su estadio depresivo y su evolución. Estos modelos tienen una estructura piramidal de modo que el primer escalón estaría indicado para la depresión leve. En los casos en los que no se consiguiese los resultados esperados y aumentase la gravedad de la enfermedad, se pasaría al siguiente escalón asistencial

Tratamiento farmacológico La selección del fármaco se realiza en función del cuadro clínico del paciente y de su perfil de reacciones adversas. El principal problema del tratamiento con fármacos antidepresivos es que la respuesta terapéutica tarda entre 2-4 semanas en aparecer, y de 4-6 semanas para conseguir un pleno efecto terapéutico. Además, una proporción elevada de pacientes sigue sin responder a estos fármacos y presentan recaídas con frecuencia. Los fármacos antidepresivos no modifican el estado del ánimo en los individuos que lo toman, su efecto se basa en suprimir las ideas o sentimientos depresivos. Estos fármacos no son euforizantes y tampoco crean adicción, no obstante, pueden provocar una fase de excitación maníaca en algunos pacientes

Antidepresivos tricíclicos (ATC) - Son fármacos que inhiben, en mayor o menor medida, la recaptación de noradrenalina y serotonina y, además, bloquean los receptores de diversas aminas biógenas (colinérgicos, serotoninérgicos, alfa-drenérgicos, entre otros), contribuyendo a la aparición de múltiples reacciones adversas. Aunque actualmente no se consideran de primera elección todavía son ampliamente utilizados. El primer antidepresivo tricíclico que apareció en la clínica en la década de los 60 fue la imipramina, y a partir de ese momento mediante modificaciones de su estructura fueron apareciendo los antidepresivos tricíclicos que están actualmente en el mercado Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS) Como su propio nombre indica, estos fármacos inhiben selectivamente la recaptación de serotonina. Poseen una baja afinidad por los receptores aminérgicos y por tanto su perfil de reacciones adversa es más favorable, lo que los convierte en fármacos de primera elección. Dentro de este grupo se incluyen fármacos como la fluoxetina, paroxetina y citalopram, entre otros. Inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina Estos fármacos inhiben la recaptación de serotonina y noradrenalina, de forma similar a los antidepresivos tricíclicos, pero a diferencia de ellos afectan en menor medida a los receptores de aminas biógenas. Suelen ser además mejor tolerados que los tricíclicos. Los fármacos de elección dentro de este grupo son principalmente la venlafaxina y la duloxetina. Inhibidores selectivos de la recaptación de noradrenalina (ISRN) Solamente afectan a la noradrenalina inhibiendo su transportador y la incidencia de efectos secundarios es relativamente baja. Como único representante destaca la reboxetina. Otros antidepresivos Dentro de esta categoría se incluyen fármacos con mecanismos de acción muy variados como la trazodona, el bupropión y la mirtazapina. ii. INHIBIDORES DE LA MONOAMINOOXIDASA (IMAO) Fueron los primeros antidepresivos que aparecieron en clínica. Estos fármacos inhiben la monoaminoxidasa (MAO), lo que provoca una elevación inicial de serotonina y noradrenalina. Los IMAO se clasifican en dos grandes grupos: inhibidores irreversibles y no selectivos (tanilcipromina) e inhibidores reversibles y selectivos de la (moclobemida). Aunque no son ampliamente utilizados, se consideran fármacos de elección en casos resistentes cuando falla el tratamiento con los antidepresivos IRSS y otros antidepresivos. iii. OTROS ANTIDEPRESIVOS La agomelatina es un antidepresivo cuyo mecanismo de acción difiere notablemente de los anteriores antidepresivos. Actúa como agonista de los receptores de melatonina produciendo una resincronización de los ciclos circadianos que se encuentran alterados durante el curso de la depresión. Mejora la sintomatología depresiva y la calidad del sueño. El alprazolam es un fármaco ansiolítico que se utiliza en pacientes con sintomatología mixta entre ansiedad y depresión. Al tratarse de un benzodiacepina posee un riesgo de producir dependenci

## **8.6 Tratamiento con psicoterapia.**

En muchos casos de depresión leve o en otros tipos de depresión no siempre el tratamiento con psicofármacos es el tratamiento de elección. En muchos otros, se

ha demostrado que es más efectivo el tratamiento con antidepresivos si se complementa con la psicoterapia. Las terapias psicológicas que han demostrado ser una herramienta eficaz para el tratamiento de la depresión son las terapias conductuales, psicodinámicas de grupo y de familia y especialmente las terapias cognitivas. La terapia cognitiva es un tratamiento centrado en problemas concretos que intenta identificar y cambiar creencias, actitudes y conductas negativas para el individuo que provocan desadaptación y que contribuyen al sufrimiento emocional. Para llevar a cabo este tipo de intervención es necesario la voluntariedad de las personas que van a participar puesto que deberán colaborar activamente en el proceso. Esta terapia explica el desarrollo de los trastornos depresivos y el mantenimiento de los mismos en base a factores determinantes como, por ejemplo, las expectativas negativas respecto a sí mismo, los otros y el futuro, las actitudes o creencias disfuncionales, carencia de habilidades sociales, entre otros. Mediante este mecanismo se muestra al paciente cómo todos los pensamientos y sentimientos negativos están relacionados con nuestras acciones y cómo nos sentimos posteriormente: cada una de las partes puede afectar a las demás, provocando un sentimiento distinto. Partiendo de una misma situación, dependiendo como se interprete, da lugar a diferentes resultados. El esquema básico de la terapia cognitiva se puede simplificar como un triángulo en donde ubicaremos los pensamientos, acciones y sentimientos en cada vértice de dicho triángulo. Los pensamientos se relacionan con los sentimientos y emociones que tengamos y a su vez con las acciones que llevemos a cabo. Por ejemplo: un paciente que se encuentre depresivo puede pensar de sí mismo "no puedo hacer nada con esto". Este pensamiento hará que el paciente se frustre consigo mismo (sentimiento) y aparecerán sentimientos de ira. El resultado será que el paciente llora, se comportará de manera pasota lo que provocará falta de iniciativa al pensar que no puede realizar cierta actividad. La terapia cognitivo-conductual enseña al individuo a romper este círculo vicioso de sentimientos, pensamientos y acciones negativas que hacen que el individuo se sienta mal y pueda llegar a crear situaciones que le hagan sentirse aún peor. Los beneficios del tratamiento perduran en el tiempo y muestra muchas ventajas respecto a otras terapias psicológicas.

Terapia electroconvulsiva

En los últimos años se ha demostrado la eficacia de otros tratamientos en el manejo de la depresión mayor, como el de la terapia electroconvulsiva (TEC). Se considera una de las alternativas para los casos de depresión resistente al tratamiento. Sin embargo, una proporción elevada de pacientes (50%) sigue sin responder a ella y, además, presenta recaídas con frecuencia y/o no suele tolerar sus efectos adversos, principalmente trastornos de la memoria. Según queda reflejado en un estudio realizado por Erika Martínez-Amorós et al (2012), el efecto terapéutico de la terapia electroconvulsiva depende de la producción de una convulsión generalizada del paciente con una duración adecuada bajo sedación con un anestésico de corta duración. En España, el anestésico más utilizado es el propofol y pentotal

Investigaciones recientes en este campo Otro método no invasivo para el tratamiento de la depresión resistente al tratamiento consiste en la estimulación

magnética transcraneal, aunque se encuentra todavía en fase experimental y que ha mostrado también cierto grado de efectividad en el tratamiento del trastorno por estrés postraumático y el trastorno obsesivo-compulsivo.

### **8.7 Papel de Enfermería.**

En los últimos años las demandas en atención primaria en salud mental han aumentado notablemente. La depresión es una de las enfermedades mentales con mayor prevalencia en atención primaria, entre un 13.9-29% de los pacientes atendidos en la consulta de atención primaria presentan dicho trastorno. Prevención y promoción de la salud mental El ámbito de la atención primaria es un ámbito idóneo para prevenir la aparición de enfermedades mentales por varias razones principales:

1. Es el nivel asistencial más cercano a la población.
2. Es una institución social con un contacto continuo de personas a lo largo del año y de la vida de cada uno de ellos
3. Los pacientes consultan de forma repetida y continuada a los profesionales de atención primaria en los que depositan su confianza.

Los trastornos emocionales que no se detectan precozmente por los médicos de atención primaria tienen una peor evolución. El personal de enfermería de los centros de salud juega un papel relevante, fundamental en la prevención de los trastornos mentales y en la promoción de una buena salud mental de la población a la que atiende. Cantabria con casi 200 centros de salud repartidos a lo largo de todo el territorio permitantener una cobertura óptima, permitiendo llevar un seguimiento a los pacientes más individualizado desde dos ámbitos: el propio de la comunidad y el familiar. Este hecho facilita por un lado la continuidad de los cuidados y por otro genera un mayor impacto en las actividades de prevención y promoción de la salud mental que se lleven a cabo. De esta forma se evitará la perpetuación futura de trastornos psicosociales graves y, en ocasiones, irreparables. La enfermera evaluará las necesidades de tipo preventivo de los individuos de la comunidad a la que atiende, centrando la atención en los grupos más vulnerables: niños, adolescentes, mujeres, familias con problemas y ancianos<sup>28</sup>. El enfoque de la prevención se centrará en los factores de estrés que provocan la desadaptación de los grupos de personas anteriormente mencionados. Sus actuaciones van dirigidas a preservar y mantener la máxima autonomía del paciente depresivo, la atención y soporte a sus familias y potenciar su reinserción social y labora.

### **8.8 Las actividades de promoción de la salud mental.**

Se centran principalmente en la creación de condiciones individuales, comunitarias y del entorno que permiten un desarrollo óptimo (tanto psicológico como psicofisiológico) para mejorar la calidad de vida de

todos los individuos de la población. Es necesario reducir los factores de riesgo que favorecen la aparición de dichos trastornos y la promoción de factores de protección relacionados con el trastorno mental de la depresión, con el objetivo final de reducir su prevalencia e incidencia. Hay evidencia científica que demuestra la eficacia de los programas de prevención y promoción de la salud mental. Según se menciona en el artículo de Eva Jané-Llopis (2004), existen varios experimentos que demuestran la eficacia de estas intervenciones: un programa

escolar redujo la aparición de nuevos casos de depresión tras un año realizando una intervención de promoción. Tras el estudio, solamente el 14.5% del grupo experimental se le diagnosticó depresión en comparación con el 25.7% de los adolescentes del grupo control. La prevención de las enfermedades mentales como la depresión, no debe reducirse única y exclusivamente a la actividad clínico-asistencial. Estas actividades se deben desarrollar de manera conjunta junto con medidas educativas e informativas, asistenciales, tecnológicas y legislativas y jurídicas para promover salud mental a través de diferentes esferas.

**Valoración inicial** En la consulta de enfermería de atención primaria, en donde la enfermera tiene contacto directo con todos los pacientes de su cupo, deberá reconocer los pacientes potencialmente depresivos mediante la entrevista personal, identificando signos y síntomas de características depresivas. A todos esos pacientes se les deberá pasar el Inventario de Depresión de Beck para confirmar o no las sospechas. Este cuestionario es una herramienta eficaz para identificar problemas psicosociales de cada individuo y su nivel de depresión. El Inventario de Depresión de Beck (BDII) es un instrumento autoadministrado. En cada ítem la persona que rellena el cuestionario tiene 4 opciones entre las que tiene que elegir una frase que describa su estado de ánimo durante las últimas dos semanas. Cada uno de los cuatro ítems se valora de 0 a 3 puntos en función de la alternativa escogida y en base a la gravedad de la misma y, tras sumar directamente la puntuación de cada ítem, se obtiene una puntuación total que varía de 0 a 63 puntos. La puntuación mínima se correspondería en un rango con puntuaciones entre 0-13. A partir de 14 puntos sería el corte para considerar depresión leve hasta los 20 puntos, entre los 20 y los 28 depresión moderada y mayor que 29 depresión grave. A partir de 14 puntos se deberá derivar al paciente a la consulta del médico para que valore la necesidad de prescribir un tratamiento adecuado. La enfermera propondrá incluirle dentro de los programas grupales psicoeducativos y deberá llevar un seguimiento de la evolución del paciente mediante controles rutinarios sobre su estado de depresión en su consulta de enfermería.

**Relación terapéutica** La relación terapéutica es aquella que se establece entre la enfermera y el paciente. Se puede afirmar que esta relación es una relación profesional, que se basa en la interacción persona-enfermera cuyo objetivo primordial es la recuperación del paciente. Un mecanismo indispensable para el manejo de la depresión es crear con el paciente una relación de confianza que será clave para poder aplicar los cuidados que necesite. Mediante esta relación

la enfermera llegará a conocer a su paciente y a establecer un vínculo con él para poder proporcionar unos cuidados de manera eficaz e individualizados, adaptados a las necesidades de cada paciente y de su situación vital. La relación terapéutica enfermerapaciente se convertirá en un cuidado, ya que aporta al paciente un fuerte apoyo emocional. Es de gran importancia la adquisición por parte de enfermería de conocimientos necesarios para participar de forma efectiva en dicha relación, así como habilidades y actitudes para generar una relación de ayuda que sea eficaz. Las cualidades que debe de tener toda relación terapéutica con el respeto mutuo, la empatía por el prójimo y el reconocimiento Toda relación terapéutica se establece entre dos agentes sociales distintos, los cuales, aportan diferentes puntos de vista, diferentes valores, cualidades y vivencias. Es por ello que toda observación que realice la enfermera condicionará la eliminación de cierta información mediante selección del contenido que más importante le parezca, siempre hay una interpretación inevitable del discurso del otro . Los principales elementos de los factores personales en el profesional sanitario son: orientación teórica, uso del lenguaje, variables individuales y las variables socio-culturales. El enfoque individual que tiene el observador y oyente al seleccionar determinada información y descartar otra se conoce como orientación teórica. La empatía es un requisito indispensable a la hora de iniciar la relación terapéutica. Esta cualidad permitirá a la enfermera acceder al mundo interior del paciente y percibir con claridad el significado que tiene para el paciente su existencia vital. Durante la relación enfermera-paciente no se deben realizar juicios de valor, hay que hacerle saber que se evaluará la situación inicial en base a sus valores y experiencias vitales. Esto contribuirá a que el individuo active sus propias estrategias de afrontamiento para superar la situación . Las variables socio-culturales más conocidas son la etnia, el género y la edad aunque también influyen la clase social, los ingresos económicos, la situación política del país... entre otros muchos. Dentro de las variables individuales, el nivel de adaptabilidad de la enfermera a contextos nuevos es una de las más importantes. Esta debe tener una gran capacidad de retrospectión, conocerse a sí misma muy bien y ser rígida en el mantenimiento de los esquemas y valores propios . Cada relación terapéutica es única y depende exclusivamente de las personas que las conforman. Cada persona tiene sentimientos, pensamientos y formas de actuar distintas, es por ello que esta relación se tendrá que adecuar a las personas que forman dicha relación, al contexto y momento . El ámbito de la atención primaria es el idóneo para establecer una relación terapéutica puesto que se genera en un ambiente conocido y cómodo para el paciente. Además, la accesibilidad a los profesionales sanitarios y el conocimiento de la familia y del contexto que aportan los profesionales del centro de salud favorecen la coordinación con los dispositivos especializados y los servicios sociales, tan importante en este tipo de pacientes . Desde los centros de salud, la enfermera deberá dedicar tiempo a conocer al paciente: en su consulta podrá llegar a comprender el universo personal del paciente, determinar y confirmar qué resulta importante o significativo para él y escuchar la historia personal del propio paciente<sup>36</sup> . Uno de los problemas

subyacentes que se nos presenta es la influencia de lo personal en lo profesional ya que la empatía produce una proximidad afectiva que se debe regular para no perder la distancia terapéutica necesaria. La enfermera no deberá experimentar la misma situación personal del paciente para poder comprender cómo se siente, así como tampoco es necesario que esté de acuerdo con la actitud que posea, simplemente debe comprender sus sentimientos y emociones que subyacen bajo el comportamiento que adopta. La relación terapéutica enfermera-paciente en el ámbito de la salud mental es fundamental para poder realizar intervenciones enfermeras eficaces, para poder trabajar con el paciente y ayudarlo en el transcurso de su enfermedad. De esta relación no sólo sale beneficiado el paciente, sino también la enfermera puesto que esta relación supone para ella una experiencia y crecimiento personal

**Papel de Enfermería: hospitalización psiquiátrica Síndrome serotoninérgico** Los pacientes polimedicados con tratamiento con fármacos que inhiben la recaptación de serotonina poseen un riesgo mayor de padecer el “Síndrome serotoninérgico” caracterizado por la triada clínica de alteración del status mental, trastornos disautonómicos y alteraciones neuromusculares. Este síndrome se produce por una sobre-estimulación de receptores de serotonina, centrales y periféricos. Normalmente, el cuadro sintomático se resuelve tras suspender el fármaco vinculado a su producción pasadas 24 horas. Hay ocasiones en que los pacientes progresan en fallo multiorgánico y mueren. Los criterios diagnósticos para el Síndrome serotoninérgico son: Aumento de dosis o inicio reciente de un agente serotoninérgico a un tratamiento preestablecido, y la presencia de 4 síntomas mayores o 3 síntomas mayores y dos menores. Estos síntomas no deben ser el resultado de un trastorno psiquiátrico previo al inicio del tratamiento con el agente serotoninérgico ni a una intensificación del mismo. No debe haber sido introducido un tratamiento antipsicótico, ni aumentadas sus dosis antes de la presentación de los síntomas. Se deben excluir causas infecciosas, metabólicas, endócrinas o tóxicas. Si se sospecha que el cuadro de inestabilidad puede ser producido por el síndrome serotoninérgico se debe avisar al facultativo y controlar la frecuencia del pulso y la presión arterial del paciente en todo momento. En todos los pacientes de riesgo se debe detectar signos y síntomas de inestabilidad fisiológica en lo que respecta a la evolución del estado del paciente e informar de los signos y síntomas tempranos de posible síndrome serotoninérgico.

**Adhesión al tratamiento** Una vez prescrito el tratamiento farmacológico por el facultativo, es importante que el paciente sea conocedor del tratamiento, que conozca sus posibles efectos secundarios y el modo de acción de los fármacos. Para ello, la enfermera es responsable de conocer los efectos secundarios y las interacciones de los medicamentos de todos los antidepresivos para enseñar al paciente acerca de su tratamiento y poder resolver todas sus dudas. La enfermera debe remarcar la importancia de una correcta adhesión al tratamiento, evitando la autodosificación y el abandono del tratamiento por propia iniciativa, así como alentar al paciente a informar de la aparición de efectos secundarios. En el inicio del tratamiento con

fármacos antidepresivos es necesario incrementar el apoyo a los pacientes que comienzan a tomar la medicación. Aunque la mayoría de los efectos secundarios de los fármacos antidepresivos disminuyen las primeras semanas, los efectos neficiosos son más lentos de aparecer. Este hecho puede provocar dos reacciones en el paciente: por un lado, el abandono del tratamiento por desesperanza y por otro, la intoxicación por sobredosificación, es por ello que el paciente diagnosticado de este trastorno, no debe de disponer libremente de altas cantidades de medicamento prescrito. Se deberán tomar precauciones especiales en el caso de que el tratamiento farmacológico elegido sea IMAO: Control rutinario de la tensión arterial para prevenir su aumento repentino. Cumplir con las restricciones alimenticias pautadas por el médico: evitar alimentos con alto contenido tiramínico.

Riesgo de suicidio Como hemos mencionado anteriormente, el trastorno de la depresión mayor es uno de los factores asociados a la conducta suicida. En el caso de que pacientes depresivos posean ideaciones suicidas o lo verbalicen deberán permanecer bajo vigilancia. Tan pronto como se detecte ideación suicida en el paciente, se deberá valorar el riesgo. La enfermera deberá evaluar sistemáticamente el riesgo de suicidio en todo paciente diagnosticado de depresión mayor. El personal de enfermería es la responsable de mantener la vigilancia, dependiendo del grado de peligro y del nivel de supervisión necesario, esta podrá llegar a ser continua, las 24 horas del día . El principal objetivo en este tipo de pacientes es mantener la seguridad del sujeto potencialmente suicida además de prevenir las lesiones autoinfligidas . Es necesario seguir una serie de actuaciones para proporcionar seguridad al paciente: Mantener al paciente en una habitación especial, solo y sin ningún tipo de estímulo. Guardar determinada distancia en el paciente. Reducir al mínimo la cantidad de tiempo destinada a la intimidad del paciente. Retirar cualquier objeto que pudiese servir para el intento autolítico: vasos de cristal, cordones, La enfermera deberá asegurarse que el paciente haya tomado todos los medicamentos prescritos. Cuando el riesgo de autolisis sea considerado como moderado-alto, la enfermera podrá establecer un contrato de "no suicidio". Este contrato es un compromiso formal por parte del paciente en el que se especifica detalladamente que no va a intentar hacerse daño o suicidarse en el tiempo pautado por ambos dos interesados, la enfermera y el paciente. En el caso de experimentar pensamientos, ideaciones o impulsos suicidas con cierta intensidad deberá contactar con el personal adecuado antes de llevar a cabo cualquier conducta destructiva. En un principio, el tiempo mínimo de contrato tendrá que ser de dos semanas, revisando dicho margen y ajustándolo adecuadamente a cada paciente.

### **8.9 Colaboración Atención Primaria-Salud Mental.**

Los modelos de atención colaborativa han sido aplicados para mejorar el abordaje de la depresión mayor en el ámbito de atención primaria. Estos modelos de colaboración, basados

en el Chronic Care Model, potencian la intervención de las llamadas care manager. Las care manager son enfermeras especializadas cuyo objetivo primordial es la mejora de la calidad de vida de las personas depresivas y el bienestar personal. Estas planifican planes de cuidados en función de las necesidades individuales de cada individuo y coordina las intervenciones de los profesionales que intervienen en el manejo de este tipo de pacientes. Un estudio reciente llevado a cabo por Carlos Calderón et al, 2015 resalta la vigente carencia de coordinación entre los distintos niveles de atención en el tratamiento y seguimiento de los pacientes diagnosticados de depresión mayor. Se ha demostrado que las estrategias que integran ambos niveles de atención, Atención Primaria y la atención especializada en salud mental, han demostrado ser más efectivas que aquellas que implican una sola actividad.

## CONCLUSIÓN

Al finalizar la investigación concluyo que una de las problemáticas de nuestro país en enfermería, es que no estamos tan encaminados hacia un tema de humanidad, que son las emociones, un tema muy importante en los pacientes dentro de su hospitalización. Y por lo tanto no estamos tan informadas y capaces de identificar y enfrentar problemas de este tipo.

Y que cada día somos rutinarias olvidandonos de algo muy importante, que es el estado emocional de nuestro paciente, ya que ellos esperan ser comprendidos y alguna de las veces expresar sus emociones. Nuestro deber en estos casos es que debemos saber como canalizar el miedo y el estrés que sufren ellos, una de las maneras para reducirlos, es la preparación psicológica, que a travez de ella nosotras como enfermera vamos dando la información y preparacion de nuestro paciente a todo lo que se le realizara con algún procedimiento, ya sea invasivo a no invasivo, bueno por muy pequeño que sea nosotras debemos de informar todo a nuestro paciente, y con todo derecho, que nosotras le correspondamos con toda franqueza y de manera repetuosa. Esta es una de las técnicas mas adecuadas para mantener el orden y por cualquier duda, nosotras estamos ahí para sacarlo de cualquier duda por muy insignificante que sea, y comunicar las cosas que sucederán y claro que por ende, la mayoría de las veces ganamos la confianza de ellos, y vemos claramente como se va disminuyendo el stres, eso habla de que estamos haciendo un buen trabajo. Obteniendo la confianza muchos de los pacientes nos cuentan sus expresiones emocionales y aunque nosotras le demos un tiempo pequeño de nosotras, ellos se sienten totalmente agradecidos y satisfechos, porque muchos de ellos no tienen con quien expresarse y por lo regular son emociones negativas, que por los años acumulados en el mismo lugar cada día al final es una gran demostración con alguna enfermedad. De ahí el origen de las enfermedades psicológicas.

Por lo tanto, el personal de enfermería requiere de una formación totalmente complementaria en su formación para que seamos muy capaces de resolver este tipo de problemas he identificar cuando alguno de nuestros pacientes ocupa de nuestra ayuda, y no podemos ayudarlo por casusa de nuestra falta de información y saber como dirigirnos a ellos. Siendo una de las problemáticas vigentes en nuestro país, que co mo bien sabemos Mexico no cuenta con un gran numero de enfermeras especializadas en psicología y psiquiatria, siendo las ciencias bases de nuestro problema a tratar. Una de las maneras mas sutiles de conllover a cabo nuestro problema es que estemos muy capacitadas y sobre informadas, de tal manera que lleguemos a identificar problemas autonómicamente con nuestro juicio critico enfermeril, y llevando acabo nuestro proceso de enfermería y crear un diagnostico de enfermería, la base fundamental apara de ahí partir con la clasificación de cuidados aplicados, y crear nuestro plan de enfermería y partir desde una base de procedimientos bien estructurada que hemos planeado para nuestro paciente de

Errores de esos no deberíamos de hacer, si no que nuestro trato debe ser digno hacia ellos y de calidad, y por lo tanto prepararnos y saber afrontar la situación para favorecer al cuidado que los pacientes que requieren de nuestra ayuda y que como todo paciente merece y espera ser tratado con dignidad y sobre todo como ser humano, que como bien sabemos, los humanos somos seres complementarios que no solo uncienza basta para nostras, si no, que son muchas para entender la complejidad del ser humano, y una de las partes mas interesantes es, esta parte que la llamamos es alma que muchos investigadores y científicos han tratado de estudiar esta parte que se dice que solo el ser humano la tiene, y no los animeles que es por la causa que nos hace ser diferentes y de pensamiento diferente a los demás, entonces parte de nuestra alma la tienen las emociones, que de su significado la palabra emocien es moveré, que es una acción que nos a ver mantenernos activos y es por ellas que nuestros gestos tienen un significado, como la emos reflejado es la sonrisa en la alegría, las lagrimas en tristeza una facie de desagrado el enojo o la frustacion, en fin son las causantes de definir a grandes rasgos nuestra farma de actuar.

Para dar a conocer la conclusión de nuestra investigación, cabe destacar que las encuestas aplicadas, la mayoría conoce sabe que son las emociones, y las sabes identificar, siendo una gran ventaja para nosotras y poder aplicar este encuestado, las preguntas fueron realizadas de una manera concreta de la respuesta como si y no, también a cada paciente se le explico que èrtenecia a un trabajo de investigación para el mismo hospital, y que este se aplicaba de manera incognita.

Finalmente, por parte de nuestro trabajo y de los cuidados que aplicamos, no son del todo malos, puesto que a los resultados un un 75%, refieren que son comprendidos y un 25%, ese porcentaje es el que debemos de disminuir, para que nuestros pacientes se sienten màs en confianza y su hospitalización no parezca que traumatica. Por otro la una buena noticia es que la moyoria de los pacientes no padece deprsion sólo correspondiendo a un 6%, y el 94% no lo padece, respecto a la hospitalización un 4% dice que tiene tristeza y un 96% no la tinene puesto que esta pregunta fue planteada para corroborar que tanto de tristeza llegaban a sufrir nuestros pacientes. Otra pregunta de gran importancia es acerca de la confianza, que ellos nos tienen a nosotras, y los siduientes pocentajes demuestran que un 35% dice que no tiene n confianza y un 75% dice que si nos tiene confianza uy que pueden decir las cosas sin pena. Siendo haci estos parcentajes de nuestra encuesta tenemos la visión de que se mejorar aplicandonos en nuestra área que como ya

conocemos las bases mencionadas para un buen desempeño en los cuidados de enfermería en pacientes internados con problemas emocionales.

Por ello hare énfasis, en la invitación de prepararnos y expresar empeño al tema psicológico y que en nuestra formación sea mas amplia de este tema, ya que nuestro trato será con calidad.

## 10. BIBLIOGRAFIA

### ➤ Bibliografía electrónica

<https://www.psicactiva.com/blog/que-son-las-emociones/>

<https://definicion.de/afeccion/>

<https://www.gob.mx/salud/hospitalgea/articulos/internamiento-hospitalario?idiom=es>

[https://www.google.com/search?ei=Yr2rXYTyEeLL0PEPy6WziAI&q=norma+oficial+del+tema+hemocional&oq=norma+oficial+del+tema+hemocional&gs\\_l=psy-ab.3..33i160.2766.29472..30051...2.2..0.346.7409.0j27j12j1.....0... 1..gws-wiz.....0..0i71j0i22i30j0i131j33i22i29i30.3z7T9a5iYw8&ved=0ahUKEwiEq5TU3KnAhXiJTQIHcvSDCEQ4dUDCAs&uact=5](https://www.google.com/search?ei=Yr2rXYTyEeLL0PEPy6WziAI&q=norma+oficial+del+tema+hemocional&oq=norma+oficial+del+tema+hemocional&gs_l=psy-ab.3..33i160.2766.29472..30051...2.2..0.346.7409.0j27j12j1.....0... 1..gws-wiz.....0..0i71j0i22i30j0i131j33i22i29i30.3z7T9a5iYw8&ved=0ahUKEwiEq5TU3KnAhXiJTQIHcvSDCEQ4dUDCAs&uact=5)

<https://www.psicologia-online.com/teorias-de-personalidad-en-psicologia-sigmund-freud-1104.html>

<http://www.scielo.org.co/pdf/res/n55/n55a15.pdf>

<https://kidshealth.org/es/teens/deal-chronic-illness-esp.html>

<file:///D:/Descargas/832-2364-1-PB.pdf>

<https://www.siicsalud.com/dato/sic/211/124800.pdf>

<https://psiquiatria.com/sin-categoria/el-problema-de-la-relacion-mente-cerebro-en-psiquiatria/>

<https://www.rvd-psychologue.com/es/consiente-incosciente.htm>

<http://psiquiatria.facmed.unam.mx/docs/mpc/Tema8.pdf>

[http://www.terapiabreveyeficaz.com.ar/Documentos/22Delirios\\_Ezquizofrenia\\_trastornos\\_psic\\_B3ticos.pdf](http://www.terapiabreveyeficaz.com.ar/Documentos/22Delirios_Ezquizofrenia_trastornos_psic_B3ticos.pdf)

<https://www.redalyc.org/pdf/1339/133912609008.pdf>

<https://luisderivera.com/wp-content/uploads/2012/02/1980-PATOLOGIA-PSICOSOMATICA.pdf>

<http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0256.pdf>

<http://www.psicologia.unam.mx/documentos/pdf/publicaciones/Historia de la Psicología Unidades 1 2 y 3 Alvarez Diaz y Monroy Nars.pdf>  
<http://www.psicologia.unam.mx/documentos/pdf/publicaciones/Historia de la Psicología Unidades 1 2 y 3 Alvarez Diaz y Monroy Nars.pdf>

<https://www.redalyc.org/pdf/1342/134213131007.pdf>

### ➤ bibliografía básica

<https://epdf.pub/el-libro-de-las-emociones-son-de-la-razon-sin-corazon.html>

<https://www.researchgate.net/publication/318129271> Concepto y definicion de la psicologia medica.

➤ **bibliografía complementaria**

[http://regulacion-emocional.online/?gclid=EAlaIQobChMI6daHmNfw6QIVhsDACH26awx-EAAYAiAAEgIxQ\\_D\\_BwE.](http://regulacion-emocional.online/?gclid=EAlaIQobChMI6daHmNfw6QIVhsDACH26awx-EAAYAiAAEgIxQ_D_BwE)

[https://www.justanswer.es/sip/medicina/?r=ppclga|10|Health%20-%20GCO%20-%20Search%20-%20LATAM|Medical%20Advice&JPKW=m%C3%A9dico%20m%C3%A9dico&JPDC=S&JPST=&JPAD=323340213779&JPMT=b&JPNW=s&JPAF=txt&JPCD=20190104&JPRC=1&JCLT=M%C3%A9dicos%20Online&JPOP=AES&mkwid=srHDF1r2n\\_dc&pcrid=323340213779&pkw=m%C3%A9dico%20m%C3%A9dico&pmt=b&plc=&cmpid=1632071949&agid=60289961177&fiid=&tgtid=kwd-11658418586&ntw=s&dvc=c&r=ppclga|10||&gclid=EAlaIQobChMI5eaOrNfw6QIVAdvACh3Hqg48EAAYBCAAEgK4ZfD\\_BwE.](https://www.justanswer.es/sip/medicina/?r=ppclga|10|Health%20-%20GCO%20-%20Search%20-%20LATAM|Medical%20Advice&JPKW=m%C3%A9dico%20m%C3%A9dico&JPDC=S&JPST=&JPAD=323340213779&JPMT=b&JPNW=s&JPAF=txt&JPCD=20190104&JPRC=1&JCLT=M%C3%A9dicos%20Online&JPOP=AES&mkwid=srHDF1r2n_dc&pcrid=323340213779&pkw=m%C3%A9dico%20m%C3%A9dico&pmt=b&plc=&cmpid=1632071949&agid=60289961177&fiid=&tgtid=kwd-11658418586&ntw=s&dvc=c&r=ppclga|10||&gclid=EAlaIQobChMI5eaOrNfw6QIVAdvACh3Hqg48EAAYBCAAEgK4ZfD_BwE)

[https://www.justanswer.es/sip/medicina/?r=ppclga|10|Health%20-%20GCO%20-%20Search%20-%20LATAM|Medical%20Advice&JPKW=m%C3%A9dico%20m%C3%A9dico&JPDC=S&JPST=&JPAD=323340213779&JPMT=b&JPNW=s&JPAF=txt&JPCD=20190104&JPRC=1&JCLT=M%C3%A9dicos%20Online&JPOP=AES&mkwid=srHDF1r2n\\_dc&pcrid=323340213779&pkw=m%C3%A9dico%20m%C3%A9dico&pmt=b&plc=&cmpid=1632071949&agid=60289961177&fiid=&tgtid=kwd-11658418586&ntw=s&dvc=c&r=ppclga|10||&gclid=EAlaIQobChMI5eaOrNfw6QIVAdvACh3Hqg48EAAYBCAAEgK4ZfD\\_Bw.](https://www.justanswer.es/sip/medicina/?r=ppclga|10|Health%20-%20GCO%20-%20Search%20-%20LATAM|Medical%20Advice&JPKW=m%C3%A9dico%20m%C3%A9dico&JPDC=S&JPST=&JPAD=323340213779&JPMT=b&JPNW=s&JPAF=txt&JPCD=20190104&JPRC=1&JCLT=M%C3%A9dicos%20Online&JPOP=AES&mkwid=srHDF1r2n_dc&pcrid=323340213779&pkw=m%C3%A9dico%20m%C3%A9dico&pmt=b&plc=&cmpid=1632071949&agid=60289961177&fiid=&tgtid=kwd-11658418586&ntw=s&dvc=c&r=ppclga|10||&gclid=EAlaIQobChMI5eaOrNfw6QIVAdvACh3Hqg48EAAYBCAAEgK4ZfD_Bw)

## 11. GLOSARIO

### A

#### ➤ **.Actitud**

Tendencia a actuar o pensar de determinada manera respecto a un fenómeno, situación o estímulo concreto, derivada de la experiencia o la transmisión de puntos de vista concretos respecto a dicha realidad.

#### ➤ **Aerofobia**

Fobia o miedo patológico e irracional a volar en avión.

#### ➤ **Afasia**

Dificultad o ausencia de la capacidad de comunicarse de forma efectiva de manera oral. Se trata de trastornos del lenguaje producidos por el daño de las áreas cerebrales vinculadas a esta habilidad. Se pueden afectar aspectos como la fluidez verbal, la comprensión, la imitación o la articulación.

#### ➤ **Agnosia**

Fallo o alteración en el reconocimiento de algún tipo de estimulación. Se percibe el estímulo a través de los sentidos, pero no se reconoce o la totalidad del estímulo una parte o aspecto concreto de éste. Puede darse en cualquier modalidad sensorial.

#### ➤ **Agorafobia**

Fobia o miedo irracional y de elevada intensidad a estar o permanecer en lugares o situaciones en los que no sea posible o resulte complicado escapar o recibir

ayuda en caso de necesidad, como por ejemplo ante lugares que reúnen a una gran cantidad de personas. Se suele identificar con el miedo a los espacios abiertos, aunque no se limita a ello.

➤ **Alogia**

Empobrecimiento y enlentecimiento del pensamiento. Alteración de la capacidad para formular pensamientos lógicos y conectados entre sí, así como de construir un discurso coherente. Es frecuente la presencia de bloqueos.

➤ **Alucinación**

Engaño perceptivo en el que se percibe un estímulo que no existe en el medio externo, generalmente estando convencido el sujeto que lo percibe de su veracidad. Pueden ser de cualquier modalidad sensorial e ir vinculadas o no a determinados estímulos.

➤ **Alucinación negativa**

Engaño perceptivo en el que el sujeto no es capaz de percibir un estímulo que sí existe en el mundo real. Por ejemplo, no es capaz de detectar su imagen en un espejo. A pesar de ello en muchos casos la conducta se ve alterada como si el individuo fuera consciente de la existencia del estímulo en cuestión.

➤ **Amnesia anterógrada**

Incapacidad para codificar y registrar nueva información en la memoria.

➤ **Amnesia retrógrada**

Incapacidad para recordar sucesos pasados, de mayor o menor gravedad.

➤ **Amnesia disociativa**

Amnesia de origen psíquico causada por la vivencia de un evento traumático o altamente estresante. Se trata de una amnesia retrógrada, circunscrita generalmente a lo autobiográfico.

➤ **Analgesia**

Ausencia o eliminación temporal de la capacidad de percibir dolor.

➤ **Anestesia**

Ausencia o eliminación temporal de la percepción sensorial. Puede referirse al tipo de producto empleado para producirla.

➤ **Anhedonia**

Ausencia o presencia disminuida de la capacidad de sentir gozo o placer, incluso ante estimulaciones previamente consideradas como placenteras.

➤ **Anorexia**

Pérdida de apetito, que puede ser causada por muy diversas circunstancias

➤ **Anorexia nerviosa**

Trastorno caracterizado por el rechazo de quien lo padece a mantener un peso corporal mínimo, presentando miedo a ganar peso y manteniendo una alteración de la percepción de la propia imagen corporal. Por tal de reducir el peso se come cada vez menos o se deja de comer las cantidades suficientes, recurriendo en algunos casos a conductas compensatorias como la provocación del vómito o dietas estrictas. Puede encontrarse un subtipo restrictivo y uno purgativo.

➤ **Ansiedad**

Estado de malestar o sufrimiento emocional ante la anticipación de una posible estimulación aversiva en el futuro, que genera reacciones cognitivas, fisiológicas y conductuales.

➤ **Ansiolítico**

Sustancia con efectos psicoactivos capaces de ayudar a regular, gestionar o eliminar un estado de ansiedad o angustia.

➤ **Antidepresivo**

Sustancia con efectos psicoactivos cuya acción es capaz de combatir estados de malestar emocional como los propios de estados depresivos.

➤ **Apatía**

Falta de motivación para actuar, ausencia o presencia disminuida de interés.

➤ **Apraxia**

Dificultad o ausencia de la capacidad de realizar y coordinar movimientos secuenciados.

➤ **Aprosexia**

Grado máximo de disminución de la capacidad de atención. Ausencia de atención y la capacidad de movilizarla.

➤ **Aptitud**

Capacidad de realizar de manera efectiva y con destreza un determinado tipo de acción.

➤ **Astenia**

Ausencia de energía. Fatiga y estado de debilidad que dificulta la realización de actividades.

➤ **Autoconfianza**

Según la teoría de Albert Bandura, la autoconfianza alude a la percepción de la propia capacidad para lograr determinados objetivos y llevar a cabo diversas acciones de forma exitosa. También conocida como autoeficacia.

➤ **Autoconcepto**

Conjunto de pensamientos y creencias sobre el propio yo que tiene cada individuo. Es el concepto o imagen que cada uno tiene de sí mismo.

➤ **Autoestima**

Es un término que se usa en psicología para designar la consideración y estima que cada individuo profesa hacia su propia persona. Se trata de la valoración que una persona hace de sí mismo en base a su autoconcepto.

**B**

➤ **Autoinstrucciones**

Conjunto de vocalizaciones internas dirigidas a uno mismo que son utilizadas para guiar la propia conducta a través de secuencias de instrucciones. Allecimiento del sujeto.

➤ **Benzodiacepinas**

Tipo de sustancia empleada tradicionalmente como ansiolítico. Actúan principalmente a través de la potenciación del ácido gamma-aminobutírico, que reduce el nivel de activación del cerebro. Se utilizan también en el tratamiento del insomnio y de otros problemas.

➤ **Bipolaridad**

El trastorno bipolar es un trastorno del estado de ánimo caracterizado por una alteración entre estados maníacos y depresivos. Puede ser tipo uno, en el que ha sucedido como mínimo un episodio maníaco, o tipo dos en el que no ha existido ningún episodio maníaco, pero sí un episodio hipomaníaco y uno o varios episodios depresivos.

➤ **Bradipsiquia**

Enlentecimiento del pensamiento.

➤ **Bulimia nerviosa**

Trastorno alimentario caracterizado por la presencia de atracones en los cuales se pierde el control de la ingesta, seguidos de sensación de culpa y conductas compensatorias realizadas con el fin de no engordar, como la provocación del vómito. La autoevaluación se encuentra sensiblemente vinculada a la apreciación de la figura corporal. Puede ser de tipo purgativo o no purgativo.

**C**

➤ **Catatonía**

Trastorno caracterizado por falta de movilidad, flexibilidad cética, oposición y negativismo, ecosíntomas, manierismos, perseveración, rigidez, mutismo y estupor.

➤ **Cerebro**

Órgano situado en el interior del cráneo, elemento central del sistema nervioso de la mayor parte de animales y especialmente los vertebrados. Tiene como principal función la dirección y gestión del conjunto de sistemas que forman el organismo. Si bien técnicamente se denomina cerebro a la parte superior del encéfalo, la corteza, generalmente se hace referencia con este término al conjunto del encéfalo.

➤ **Ciclotimia**

Trastorno del estado del ánimo caracterizado por la presencia de alteraciones del humor cambiantes entre la depresión (sin que esta cumpla los criterios para diagnosticar depresión mayor) y la euforia hipomaniaca, persistente de forma continua durante al menos dos años. Dichas fluctuaciones y los síntomas son menores que los propios de los trastornos bipolar, no pudiendo diagnosticarse éste.

➤ **Cognitivism**

Paradigma de la psicología centrado en la comprensión y el estudio de los procesos cognitivos que rigen y regulan el comportamiento humano a partir de una metodología científica y basada en la razón.

➤ **Coma**

Estado más profundo de pérdida de conciencia, en el que el sujeto no responde a ningún tipo de estimulación y que es debido a una lesión o alteración grave del funcionamiento cerebral. A pesar de ello existe actividad cerebral, con lo que la persona sigue con vida a pesar de que pueda precisar respiración y soporte vital artificial. El pronóstico es muy variable según lo que haya causado este estado.

➤ **Comportamiento**

Manera de actuar frente a determinada situación. Frecuentemente se emplea como sinónimo de conducta.

➤ **Compulsión**

Acto ritualizado que se lleva a cabo con el propósito de aliviar la ansiedad generada por un pensamiento o acto concreto. Su realización no supone una resolución del problema, sino que de hecho lo retroalimenta, de manera que el sujeto tiende a repetirlo de cara a producirse un alivio temporal.

➤ **Conducta**

Cualquier acto o acción realizado por un organismo, generalmente de manera intencional y voluntaria.

➤ **Conductismo**

Una de los principales paradigmas de la psicología. Se basa en la premisa de centrar la investigación exclusivamente en datos empíricos demostrables mediante la experiencia, empleando para ello el método científico. Analiza principalmente el único correlato directamente observable de la psique, la conducta. Esta se explica por la captación de las

propiedades de los estímulos y la emisión de las respuestas a estos, así como la asociación entre estímulos y respuestas. Puede ser modificada mediante el aprendizaje, sea de la propia estimulación o del reforzamiento o castigo de conductas.

➤ **Contratransferencia**

Proyección de un conjunto de sentimientos, reacciones y emociones por parte del terapeuta sobre su paciente, generados en base a la vinculación existente en la relación terapéutica.

➤ **Convulsión**

Contracciones violentas, bruscas e involuntarias de la musculatura, generada generalmente por una alteración de la actividad cerebral. Se trata de uno de los síntomas más visibles y conocidos de las crisis epilépticas.

➤ **Corteza cerebral**

Conjunto de tejido nervioso que forma la parte más externa y superior del encéfalo y que permite el análisis y la integración de las diferentes informaciones provenientes del medio, así como la adquisición y realización de diferentes habilidades y aptitudes como el habla, el pensamiento abstracto, la inteligencia o la capacidad de regulación de la conducta.

➤ **Coulrofobia**

Fobia o miedo irracional a los payasos, de causa desconocida.

➤ **Craving**

Ansiedad y angustia sentida por un sujeto debido a un fuerte deseo de consumir una sustancia.

➤ **Cuerpo calloso**

Estructura compuesta principalmente los axones de un gran número de neuronas, que mantiene interconectados los dos hemisferios cerebrales y permite la transmisión e integración de la información proveniente de ambos.

## D

➤ **Delirio**

Alteración del contenido del pensamiento. Se presenta una idea o creencia determinada que se vivencia como real y se caracteriza por ser de gran intensidad, irracional y resistente al cambio a pesar de pruebas contrarias a ella.

➤ **Delirium**

Estado de alteración del nivel de conciencia de gravedad variable, inicio súbito y corta duración que provoca una disminución de las capacidades intelectuales y la presencia de posibles alteraciones en la atención, la memoria, el habla, la percepción y la motricidad. Su origen se encuentra en una enfermedad, intoxicación o privación sensorial

➤ **Delirium Tremens**

Cuadro confusional agudo y potencialmente mortal derivado del cese brusco del consumo de alcohol en personas con dependencia a éste. Se trata de una de las formas de síndrome de abstinencia más graves y peligrosas. Son frecuentes las alteraciones del nivel de conciencia, alucinaciones visuales, estados febriles, convulsiones, estupor y labilidad emocional.

➤ **Demencia**

Trastorno neurodegenerativo, generalmente de origen biológico, que cursa con un deterioro progresivo de diferentes capacidades cognitivas tales como la memoria, el habla, la secuenciación de movimientos o la capacidad de raciocinio. Se diferencia del delirium en el deterioro progresivo en las capacidades mentales y la ausencia de alteraciones de conciencia.

➤ **Depresión**

Trastorno del estado de ánimo caracterizado por un estado de ánimo triste y/o irritable, la presencia de anhedonia y otros síntomas como desesperanza, sensación de indefensión, disminución de la capacidad de atención, y percepción de la realidad desde una perspectiva negativa en lo que se refiere al mundo, a sí mismos y al propio futuro.

➤ **Descarrilamiento**

Patrón de lenguaje en el que no existe un hilo conductor en el discurso. Existe una pérdida de asociaciones, construyendo oraciones desvinculadas entre sí y juntándolas sin sentido aparente.

➤ **Despersonalización**

Sensación de no estar en el propio cuerpo, sintiendo el cuerpo y la propia mente como algo extraño.

➤ **Desplazamiento**

Mecanismo de defensa basado en que la persona proyecta en una situación, estímulo o persona determinada los sentimientos y reacciones que le han provocado otras situaciones, estímulos o personas, sin que exista una vinculación entre ambos elementos.

➤ **Desrealización**

Sensación de irrealidad con respecto a lo que se vive. Se perciben las cosas, el entorno y/o las situaciones como extrañas e irreales.

➤ **Discapacidad intelectual**

Presencia de limitaciones más o menos severas en la interacción y adaptación al entorno debido a la presencia de una capacidad intelectual menor a la esperable por edad y nivel de desarrollo madurativo del sujeto.

➤ **Discinesia**

Trastorno neurológico que genera movimientos involuntarios y descontrolados, generalmente en la musculatura facial.

➤ **Dislalia**

Trastorno del habla en el que se producen dificultades en la articulación de fonemas, generando sustituciones de un fonema por otro, distorsiones, adiciones o incluso omisiones.

➤ **Disfemia**

También llamada tartamudez, se refiere a aquel trastorno de la fluidez del habla en el que el sujeto sufre un bloqueo en forma de espasmo que impide o interrumpe la formación de palabras. A menudo se acompaña de vergüenza y evitación a hablar en público.

➤ **Disociación**

Alteración de las capacidades mentales que supone una ruptura parcial o total entre diferentes aspectos de la psique, habiendo una separación entre el yo integrado y alguno de los diferentes aspectos o capacidades de la mente. Es frecuente ante sucesos traumáticos. Ejemplos concretos pueden ser la amnesia disociativa o el trastorno de personalidad múltiple.

➤ **Dispaurenia**

Presencia de dolor durante la realización del acto sexual, posteriormente a éste o incluso previamente a éste. Puede provocar una evitación de relaciones no solo sexuales sino también afectivas

➤ **Distimia**

Trastorno del estado de ánimo caracterizado por un bajo afecto positivo y un bajo nivel de energía que se dan de forma continua a lo largo del tiempo. Se mantiene un estado de ánimo triste durante al menos dos años de manera prácticamente diaria, siendo frecuente el aumento o pérdida de apetito, problemas de sueño, baja autoestima y sentimientos de desesperanza e indefensión, si bien de una gravedad menor a la propia de una depresión.

➤ **Droga**

Sustancia que al introducirse en el organismo puede alterar una o varias funciones de éste. Si hablamos de sustancias psicoactivas, las drogas se caracterizan por producir alteraciones en el funcionamiento cerebral pudiendo provocar sensaciones satisfactorias para el consumidor, si bien su consumo prolongado tiende a hacer que el organismo se acostumbre a ellas y genere tolerancia.

**E**

➤ **Ellis, Albert**

Psicólogo cognitivo de gran importancia a nivel mundial. Creador de la Terapia Racional Emotiva, que consideraba que los estados emocionales son generados por la interpretación de los fenómenos que vivimos. Por ello es necesario provocar un cambio en dicha interpretación si se quiere conseguir un cambio en el estado emocional del paciente.

➤ **Empatía**

Capacidad de percibir, detectar y compartir el estado de ánimo y/o la perspectiva de una persona, sabiendo ponerse en su lugar.

➤ **Eritrofobia**

Fobia o miedo intenso e irracional a sonrojarse en público y que otros se percaten de ello. Vinculado al miedo a ser juzgado por los demás.

➤ **Ergofobia**

Miedo patológico e irracional o fobia a presentarse en el propio puesto de trabajo. No impide necesariamente la incapacidad de mantener una ocupación laboral, pero lo dificulta. Las causas pueden ser múltiples.

➤ **Escisión perceptiva**

Desintegración y separación en diferentes elementos de aspectos de un mismo estímulo, que son captadas de manera separada. Por ejemplo se capta de forma separada sonido e imagen, o color y forma.

➤ **Esquizofrenia**

Trastorno de tipo psicótico caracterizado por la presencia de síntomas positivos como alucinaciones y delirios y/o negativos como empobrecimiento y alteración del lenguaje, dificultades de mantenimiento de la atención. Uno de los síntomas más conocidos es la presencia de alucinaciones generalmente auditivas. Existen diversos subtipos.

➤ **Estereotipia**

Realización de determinados movimientos, posturas o emisión de sonidos de forma repetitiva o ritualizada sin una finalidad específica.

➤ **Estrés**

Estado de intensa activación fisiológica que pretende actuar como mecanismo para afrontar una situación amenazante. Si se prolonga en el tiempo puede generar cansancio y agotamiento ante el desgaste provocado por el uso continuado de recursos energéticos tanto a nivel físico como mental.

➤ **Estupor**

Estado de alteración de conciencia del que resulta muy complejo salir, requiriendo de una estimulación muy potente para ello. Suele ir acompañado de inmovilidad y de la ausencia de movimiento voluntario.

➤ **Eutimia**

Estado emocional considerado normativo, sin grandes alteraciones y relativamente estable.

➤ **Exhibicionismo**

Parafilia caracterizada por la presencia de fantasías sexuales persistentes y la realización de actos consistentes en exhibir los genitales en público ante personas desconocidas, siendo la observación de la sorpresa o de la reacción de los demás el motivo de la excitación del sujeto.

➤ **Exposición**

Tipo de terapia que se basa en la confrontación del paciente con aquello que teme o le causa ansiedad, de cara a que este sea capaz de hacerle frente y disminuir progresivamente el nivel de temor que le causa. Suele emplearse en base a una jerarquía según lo que supone mayor o menor nivel de ansiedad al paciente, avanzando de manera más o menos paulatina.

➤ **Extraversión**

Rasgo de personalidad que se caracteriza por la centración hacia el mundo exterior, existiendo la tendencia a relacionarse con los demás y a interactuar con el entorno.

**F**

➤ **Fetichismo**

Tendencia a la presencia de fantasías sexuales recurrentes vinculadas al uso de objetos no animados. que provoca malestar o deterioro en algún ámbito vital del sujeto que lo sufre. Se trata de un tipo de parafilia.

➤ **Filia**

Gusto, preferencia o afición a determinadas situaciones o estímulos, a los cuales se tiende a acercarse. Se considera lo opuesto a la fobia.

➤ **Filofobia**

Fobia a enamorarse. Temor a vincularse afectivamente, en muchos casos derivado del miedo al abandono o a la humillación.

➤ **Fobia**

Miedo irracional, desproporcionado y de elevada intensidad a un estímulo o situación concreto que provoca la evitación (o deseo de evitación) conductual del estímulo. El estímulo temido genera ansiedad y angustia. La existencia de una fobia puede provocar una alteración en la vida habitual del individuo que lo padece.

➤ **Freud, Sigmund**

Padre del psicoanálisis. Este doctor vienés estableció el psicoanálisis como método de estudio del comportamiento, de explicación de la psique y de tratamiento de los problemas mentales. Centraba su teoría en la presencia de conflictos entre las diferentes estructuras psíquicas y la represión de las pulsiones e instintos inconscientes. Consideraba que psique estaba fundamentalmente

dirigida por la pulsión sexual o libido, elaborando diferentes teorías respecto al funcionamiento mental y el desarrollo psicosexual.

➤ **Frotteurismo**

Parafilia caracterizada por la presencia continuada de fantasías e impulsos sexuales vinculados a la idea de rozarse con personas desconocidas y en contra de su voluntad, impulsos que o bien se han llevado a cabo o bien generan malestar en el sujeto.

**H**

➤ **Heminegligencia**

Trastorno causado por alteraciones y lesiones neurológicas en el que el afectado tiene severas dificultades o tiene imposibilidad de captar la mitad del hemicampo, no siendo consciente de parte de su percepción y no pudiendo orientarse, responder o actuar en el lado opuesto al de la lesión cerebral.

**I**

➤ **Ilusión**

Percepción o interpretación distorsionada de un estímulo real existente aunque ambiguo.

➤ **Influencia**

Capacidad de de un sujeto para alterar el comportamiento o pensamiento de otro.

➤ **Introversión**

Rasgo de personalidad caracterizado por la centración en el mundo interior y en los procesos mentales propios, precisando de una menor activación proveniente del medio.

**L**

➤ **Locus de control**

Percepción por parte del individuo de la causalidad de los diferentes fenómenos que le acontecen. El sujeto atribuye los éxitos y fracasos a diferentes tipos de causas, pudiendo ser estas estables o inestables, globales o particulares, internas o externas. Esta atribución se vincula con la actitud que toma cada persona ante los diferentes sucesos e incluso se relaciona en gran medida con el autoconcepto y la autoestima.

➤ **Liderazgo**

Capacidad de guiar y dirigir la conducta de otras personas hacia un objetivo concreto, pudiendo gestionar la actuación de otras personas, estableciendo objetivos y motivando hacia su consecución.

➤ **Ludopatía**

Trastorno caracterizado por la presencia del impulso incontrolado y la necesidad de jugar a diferente tipo de juegos de azar. El sujeto es incapaz de resistir el impulso, empleando

como método para combatir el malestar y produciendo una adicción que altera el funcionamiento vital del sujeto y su entorno.

## **M**

### ➤ **Manía**

Estado de ánimo expansivo y altamente activado, con aceleración del pensamiento y del habla, elevada impulsividad que puede llegar a la irritabilidad y a la hostilidad. Característico del consumo de determinadas sustancias o bien de trastornos como el bipolar.

### ➤ **Modelamiento**

Tipo de terapia basada en el aprendizaje diferido en el que uno o varios sujetos actúan como modelos recreando una situación determinada, de manera que el paciente observa cómo realizar determinadas acciones o conductas para posteriormente ser capaz de llevarlas a cabo. Existen muy diversos tipos de modelamiento según el tipo de modelo, el nivel de participación del sujeto o los medios empleados.

### ➤ **Moldeamiento**

Método mediante el cual se intenta conseguir el establecimiento de una conducta determinada a través de la realización de conductas cada vez más aproximadas a la deseada, estableciendo pasos intermedios para lograrlo que irán siendo reforzados.

## **N**

### ➤ **Neurona**

Tipo de célula que forma la unidad básica del sistema nervioso, cuya interconexión permite la transmisión de impulsos electroquímicos a través del organismo con el fin de poder gestionar los diferentes sistemas que lo configuran.

### ➤ **Neuroticismo**

Rasgo psicológico que hace referencia al nivel de estabilidad o inestabilidad emocional de un individuo. Sujetos neuróticos tienen una emocionalidad lábil, caracterizándose por niveles elevados de ansiedad, y tensión y el rápido cambio de un estado emocional positivo a uno negativo.

## **O**

### ➤ **Obnubilación**

Estado de alteración de la conciencia en la que se hace difícil captar la atención del individuo, estando continuamente distraído y pudiendo existir alteraciones perceptivas. El sujeto está desorientado y confuso si se le saca de este estado.

### ➤ **Obsesión**

Pensamiento repetitivo e incontrolado que aparece de forma espontánea en la mente y procede a repetirse insistentemente, siendo percibido como inadecuado y altamente angustiante. Este pensamiento es vivido como propio a pesar no ser controlado, y

suele intentar evitarse a través de diversos mecanismos. Se trata del núcleo principal del trastorno obsesivo-compulsivo.

## **P**

### ➤ **Parafilia**

Presencia de fantasías persistentes de índole excitatorio hacia objetos de deseo atípicos que suelen incluir sujetos no humanos o no consintientes, objetos, o dolor, que producen malestar y sufrimiento y afectan al funcionamiento habitual de la persona que la padece o de terceros.

### ➤ **Pareidolia**

Fenómeno perceptivo a través del cual la persona percibe un patrón o forma reconocible a un estímulos ambiguos o poco definido, como por ejemplo formas en las nubes o percibir la forma de una cara en el humo o en manchas en una pared. No se trata de algo patológico.

### ➤ **Pedofilia**

Subtipo de parafilia en el que el objeto de atracción sexual de un sujeto es un niño o niña menor de edad, teniendo el sujeto al menos dieciséis años de edad y siendo como mínimo cinco años mayor que el objeto de deseos.

### ➤ **Proyección**

Mecanismo de defensa en el cual el sujeto identifica características propias en otros individuos, colectivos, objetos o entidades.

### ➤ **Pseudociesis**

Conocida también como embarazo psicológico. Se trata de un tipo de trastorno disociativo que provoca los síntomas propios de un embarazo sin que éste se haya producido realmente.

### ➤ **Psi**

Símbolo comúnmente relacionado con la psicología.

### ➤ **Psicoanaléptico**

Sustancia con efectos psicoactivos activadores, que provocan un aumento o aceleración del sistema nervioso.

### ➤ **Psicoanálisis**

Paradigma de la psicología centrado en el inconsciente y en la existencia de conflictos entre los instintos y su expresión externa. Se centra en gran medida en la parte profunda de la psique y su análisis, trabajando con elementos simbólicos. Asimismo también se focaliza en las vivencias pasadas de los pacientes, especialmente en aquellas ocurridas a lo largo del desarrollo. El psicoanálisis es considerado un marco teórico, una técnica de investigación y un método terapéutico.

➤ **Psicodisléptico**

Sustancia con efectos psicoactivos que genera una alteración en el funcionamiento del sistema nervioso, produciendo diferentes consecuencias y pudiendo alterar la percepción.

➤ **Psicógeno**

Hace referencia a algo cuyo origen o causa es psicológica y no orgánica.

➤ **Psicoléptico**

Tipo de sustancia depresora, que provoca una desaceleración o disminución en la actividad del sistema nervioso.

➤ **Psicópata**

Individuo caracterizado por la falta de empatía, encanto superficial, baja responsabilidad y cordialidad y dificultades para establecer metas a largo plazo, dando prioridad a la satisfacción inmediata de las propias necesidades, aunque sea a costa del perjuicio de los demás. Suelen presentar bajo nivel de obediencia a la autoridad y presentar comportamientos antisociales.

➤ **Psicótico, trastorno**

Tipo de trastorno caracterizado por la presencia de una ruptura o desajuste de la psique con la realidad, observándose comportamientos poco habituales y siendo frecuente la presencia de alucinaciones y delirios.

## R

➤ **Rapport**

Nivel de sintonía existente entre dos o más personas, refiriéndose generalmente a la relación existente entre paciente y terapeuta. Es necesario que el rapport sea positivo de cara a poder establecer una buena relación terapéutica.

➤ **Rasgo**

Característica de la persona consistente a través de las diferentes situaciones y que permanece estable a través del tiempo. Se trata de un elemento que permite establecer una tendencia a ser, ver el mundo o actuar de determinada manera.

## Regresión

Concepto de origen psicoanalítico que hace referencia a la vuelta a una fase del desarrollo anterior como mecanismo de defensa ante eventos estresantes.

➤ **Represión**

Principal mecanismo de defensa, consistente en la erradicación de los contenidos mentales que resultan inaceptables para el sujeto.

➤ **Resiliencia**

Capacidad de hacer frente a situaciones traumáticas de manera adaptativa, saliendo fortalecido de dichas situaciones.

➤ **Rol**

Papel o función asignado a una persona en una situación determinada. Supone una serie de expectativas respecto a la conducta de la persona a la cual se ha asignado con el rol en cuestión.

**S**

➤ **Sadismo**

Parafilia caracterizada por la excitación o obtención de placer a partir de la causación de dolor o humillación a otra persona.

➤ **Signo**

Elemento directamente observable para un observador externo. Se trata de un elemento objetivo que puede servir como indicador fiable de la existencia de un trastorno o problema.

➤ **Sinapsis**

Punto de interconexión entre dos o más neuronas. Se trata de un espacio intermedio en el que se produce la emisión y recaptación de los diversos neurotransmisores.

➤ **Sinestesia**

Aglutinación de sensaciones de diferentes modalidades en una misma percepción. Se fusionan y perciben de manera conjunta dos tipos de percepciones. Ante un sonido es posible percibir un color o ante una imagen oír un sonido, por ejemplo.

➤ **Síntoma**

Señal o indicio de carácter subjetivo de un estado anómalo o patológico. Deber ser referido por el propio sujeto para ser detectado, al no ser directamente observable.

➤ **Síntomas positivos**

Tipo de síntomas que se añaden al funcionamiento habitual del sujeto. Ejemplos de ello pueden ser las alucinaciones, los delirios o el comportamiento desorganizado. Típicos de la esquizofrenia y de los trastornos psicóticos.

➤ **Síntomas negativos**

Conjunto de síntomas que provocan una disminución en las capacidades habituales ya existentes en un sujeto. Por ejemplo, embotamiento afectivo o alogia. Suelen tener peor respuesta al tratamiento que los síntomas positivos y pueden causar deterioro a largo plazo.

➤ **Somatización**

Proceso inconsciente e involuntario mediante el cual un sujeto manifiesta corporal y fisiológicamente problemas psicológicos.

**T**

➤ **Taquipsiquia**

Aceleración del pensamiento. A menudo cursa con la incapacidad de seguir un hilo de pensamiento hasta su conclusión.

➤ **Terros nocturnos**

Trastorno del sueño que se producen durante la cuarta fase del sueño no REM, concretamente en la fase de sueño profundo. Se trata de una proyección onírica que causa una honda sensación de pavor en el sujeto, pudiendo el sujeto incorporarse, gritar o agitarse. Durante este episodio el sujeto puede ser difícil de despertar. Tras el episodio la persona no tiene ningún tipo de recuerdo respecto a lo sucedido.

➤ **Transferencia**

Proceso mediante el cual un paciente proyecta un conjunto de sentimientos, emociones y reacciones sobre su terapeuta, las cuales suponen la evocación de vínculos anteriores que se llevan a un nuevo objeto.

**Z**

➤ **Zoofilia**

Parafilia que consiste en la atracción sexual por animales no humanos, dándose esta de forma consistente y continuada en el tiempo y pudiendo consumarse o no dicha atracción.