



INSTITUTO DE
FORMACIÓN
SUPERIOR

APUNTES DE CATEDRA

CIENCIAS SOCIALES

Contenido

PROGRAMA DE LA MATERIA	2
DESARROLLO DEL PROGRAMA	3
UNIDAD I	3
Psicología social.	3
UNIDAD II	7
Construcción de lazo social- la subjetividad	7
Características de la socialización	9
Teoría del vínculo.	21
UNIDAD III	23
UNIDAD IV	23
Definiciones de adulto.	23
La psicología de la vejez	24
Las etapas de la vida	24
Vejez y muerte.	29
Patologías de la tercera edad.	32
Demencia (desde Medline plus)	34
Demencia senil	36
La demencia senil: un duelo familiar.	37
Enfermedad de Alzheimer	40
Delirio	40
UNIDAD V	43
Personalidad.	43
Trastornos de la personalidad	45
Sistema.	48
Crisis	57
Resiliencia	69
UNIDAD VI	87
Tipos de grupos	88
Desarrollo grupal	88
Liderazgo.	97
Características de un líder	101
Funciones de un líder	101
Cultura y diversidad en salud (inuits, kari `ñas, mapuche, saharuies)	104
Modelo biomédico y modelo biopsicosocial	110

PROGRAMA DE LA MATERIA

UNIDAD I: Introduccion a la Psicología.

Concepto y breve historia de la Psicología. Escuelas de Psicología: Estructuralismo, Funcionalismo, Psicología de la Gestalt, Conductismo, Psicoanálisis, Psicología Humanista.

La Psicología como ciencia. Objeto Formal y material de la Psicología. Metodos de Estudio. Psicología social. Encuadre teórico. Delimitación de su campo. Relación con las demás ciencias.

UNIDAD II: Psicología Evolutiva. Infancia-Niñez.

Psicología del desarrollo y sus métodos. Desarrollo pre-natal y recién nacido. Infancia y niñez. Desarrollo físico, motor y cognitivo (J. Piaget) desarrollo moral, del lenguaje y social. Construcción del lazo social. Proceso de socialización. La construcción de la subjetividad.

UNIDAD III: Psicología Evolutiva. Adolescencia.

Cambios físicos y cognitivos en el adolescente. Desarrollo social y de la personalidad. Los 3 duelos fundamentales del adolescente. El tiempo y la sexualidad en la adolescencia. “La adolescencia normal y sus síntomas”. “Las Culturas adolescentes”.

UNIDAD IV: Psicología evolutiva Adulto-Vejez.

Concepto de adulto desde distintas perspectivas. Teorías de las crisis normativas. La vejez desde la creencia común, lo biológico y la psicología. Funciones afectivas, psicológicas y cognitivas. Inteligencia y Sabiduría. Estereotipos. Patologías de la tercera edad: Alzheimer, Demencia. Muerte.

UNIDAD V: Personalidad y Conducta.

La conducta como fenómeno central en la Psicología. Áreas de la conducta. Conducta y situación. Campo y conducta. Conducta y Personalidad. Trastornos de personalidad. Noción de sistema. Sistema social y sistema de personalidad. La influencia social: conformidad, obediencia y conducta desviada.

Crisis: concepto y abordajes. Primeros Auxilios Psicológicos. Resiliencia

UNIDAD VI: Instrumentos Psicológicos para el Personal de Salud.

Grupos. Estructura y dinámica. Los Grupos sociales, Familia y comunidad. Liderazgo. Poder. Autoridad. Diversidad cultural en salud: tradiciones, valores, costumbres prácticas y creencias sociales en la construcción social de la salud. Necesidades humanas y salud. Modelos de “cura” en las prácticas sociales. La complejidad en las Instituciones y los grupos sociales.

DESARROLLO DEL PROGRAMA

UNIDAD I

Morris Charles, "Introducción a la Psicología", Pearson educación, Cap. 1, Cap. 9

Psicología social.

Podemos darnos cuenta que esta es una disciplina que empezó a ser reconocida y desarrollada como tal a comienzos del siglo XX en Estados Unidos.

Psicología social: definición

La psicología social es una rama dentro de la psicología que analiza los procesos de índole psicológica que influyen al modo en que funciona una sociedad, así como la forma en que se llevan a cabo las interacciones sociales. En suma, son los procesos sociales los que modulan la personalidad y las características de cada persona.

También se suele describir a la psicología social como la ciencia que infiere acerca de los fenómenos sociales, tratando de desentrañar las leyes y principios por los que se rige la convivencia entre humanos. Así pues, esta rama de la psicología se encarga de investigar las distintas organizaciones sociales, intentando extraer patrones de conducta de las personas que conforman el grupo, sus roles y el conjunto de situaciones que modulan su comportamiento.

¿Qué estudia exactamente la psicología social?

El objeto de estudio de la psicología social es, como hemos dicho, la influencia de las relaciones sociales sobre la conducta y los estados mentales de las personas. A este efecto, una de las teorías clave en esta disciplina es la del interaccionismo simbólico. Uno de sus antecesores, George H. Mead, desarrolló un profundo estudio sobre lenguaje, gestos y conducta, como productos de las relaciones interpersonales que permiten la vida en comunidad y, concretamente, sus interacciones personales cara a cara.

Obviamente, en nuestras sociedades existen organizaciones e instituciones constituidas alrededor de ciertos condicionantes socioculturales que son un producto de la interacción entre personas. Siendo así, no es difícil imaginar que existe una conciencia colectiva que nos facilita la comprensión de estas articulaciones sociales.

La psicología social, pues, estudia los procesos psicológicos y sociales observables, cosa que nos ayuda a entender cómo actuamos los individuos cuando formamos parte de grupos o sociedades. La psicología social también engloba el estudio de las actitudes personales y la influencia (bidireccional) con el pensamiento social.

Representantes e investigadores destacados de la psicología social

August Comte

Uno de los principales representantes de la psicología social por su relevancia en el surgimiento de esta disciplina, es el sociólogo francés Auguste Comte (1798 - 1857). Este investigador fue el pionero en plantear conceptos como la moral positiva y preguntarse acerca de varios aspectos que relacionaban el rol del sujeto en el sí de una sociedad y cultura, además de no abandonar su curiosidad por los fundamentos psicobiológicos que influyen también en la conducta humana.

Karl Marx

Otro de los autores precursores de la disciplina de la psicología social fue el filósofo, economista y sociólogo alemán Karl Marx (1818 - 1883). Este fructífero intelectual empezó a sugerir ciertos conceptos y elementos que servirían, posteriormente a su muerte, para establecer las bases de la psicología social. Por ejemplo, fue el precursor de una línea de investigación que relacionaba las influencias culturales, institucionales, religiosas, materiales y técnicas sobre la psicología del individuo.

Entre las aportaciones de Karl Marx a los inicios de la Psicología Social encontramos el hecho de remarcar que lo que pensamos y sentimos está históricamente construido, no surge de nuestro interior de manera aislada.

La escuela estadounidense: Mead, Allport y Lewin

A los dos intelectuales citados antes, podemos añadir la enorme influencia de los que, esta vez sí, se consideran los padres fundadores de la psicología social. Tres psicólogos estadounidenses: George Mead, Floyd Allport y Kurt Lewin.

El último de ellos, Kurt Lewin, es considerado el artífice de la denominada Psicología Social Moderna, escuela que a la postre construyó los cimientos sobre los que se edificaría la Psicología de la Gestalt. Es, además, el autor de la Teoría de Campo, que nos explica que las variaciones individuales de la conducta en relación a la norma están fuertemente condicionadas por la pugna entre las percepciones subjetivas del individuo y el ambiente psicológico en que se encuentra.

Así pues, Lewin concluye que el comportamiento humano solo puede ser cognoscible dentro de su propio entorno, en su ambiente. La conducta, entonces, debe comprenderse como una miríada de variables interdependientes.

Escuelas psicológicas que se nutren de la psicología social

Siendo la psicología social una subdisciplina amplísima que aborda múltiples procesos de interacción entre el individuo y la sociedad, no es de extrañar que muchas escuelas psicológicas hayan basado gran parte de sus enseñanzas y sus desarrollos a esta.

Por ejemplo. Podemos encontrar distintos abordajes en el psicoanálisis, el conductismo, la psicología postmoderna y la psicología de los grupos.

Psicoanálisis

El psicoanálisis, cuyo máximo representante es Sigmund Freud, es una de las escuelas más tradicionales. El psicoanálisis emplea algunos principios de la psicología social como la disciplina que inquiriere acerca de las pulsiones y represiones colectivas, que emergen del interior del inconsciente de cada persona para posteriormente influir en lo colectivo y condicionar lo social.

Sin embargo, hay que tener en cuenta que el psicoanálisis no forma parte de la psicología social ni se basa en la epistemología de la psicología científica en general.

Conductismo

Por otra parte, el conductismo concibe la psicología social en la medida en que nos aporta datos sobre la influencia social. El conductismo se focaliza en observar y analizar la conducta individual teniendo en cuenta la influencia del entorno social y cultural.

Psicología postmoderna

La psicología postmoderna trata de analizar mediante la psicología social aquellos elementos que influyen en la diversificación y la fragmentación de la sociedad.

Psicología de los grupos

Desde el enfoque de la psicología de los grupos, todo colectivo conforma una unidad de análisis con su propia idiosincrasia particular. En consecuencia, la psicología social trata de llevar a cabo un estudio ponderado entre lo social y despersonalizado y entre lo subjetivo y particular.

Diferencia entre Psicología - sociología y psicología social.

La diferencia entre Psicología Clínica y Psicología Social es que el objeto de estudio de la primera es el individuo y sus problemas internos, mientras que la segunda trata fundamentalmente el tema de la dinámica grupal, de los vínculos, las comunicaciones, las interrelaciones que se generan entre los individuos cuando se agrupan con un objetivo común; también estudia lo que acontece en el ámbito individual, pero no con el énfasis que le da la Psicología Clínica. Los conocimientos de Psicología Clínica son necesarios para la Psicología Social, pues lo que ocurre en el individuo es fundamental, pero el enfoque apunta a lo grupal y a su relación con lo social.

La Sociología estudia lo que sucede a nivel de la sociedad, de las comunidades. La Psicología lo que sucede a nivel individual, es decir, los problemas, dificultades, traumas y vivencias de una persona. Lo que hace la Psicología Social es estudiar ese nivel intermedio entre ambas especialidades, es decir: problemáticas grupales, vinculares y comunicacionales a nivel del grupo de trabajo, familia, escuela, o cualquier ámbito donde aparezcan los grupos.

Propuesta teórica de P. Riviere

Para Enrique Pichón Rivière la psicología social en sentido estricto se define como social a partir de la concepción del sujeto, que es entendido como emergente, configurado en una trama compleja en la que se entretejen vínculos y relaciones sociales.

Según el planteo pichoniano la subjetividad está determinada histórica y socialmente en tanto el sujeto se constituye como tal en procesos de interacción, en una dialéctica yo-no yo, mundo interno-mundo externo, en un interjuego entre sujetos, de la que el vínculo como relación bicorporal y el grupo como red vincular constituyen unidades de análisis. Sin embargo no es una psicología de los grupos sino una reflexión acerca del sujeto y su comportamiento, que marca una forma de abordaje de ese sujeto en el interior de la red vincular en la que emerge y se configura, a partir de esa contradicción interna entre la necesidad y la satisfacción.

De allí la importancia de lo grupal en tanto escenario e instrumento de la constitución del sujeto.

Pichón Rivière aporta también temas del psicoanálisis a la psicología social, es decir no sólo toma aquello que compete específicamente a esta disciplina sino que además de sus aportes sobre la noción de vínculo o su concepto sobre "mundo interno estructurado como grupo interno", como trama relacional internalizada, formula su teoría de la Enfermedad Única concibiendo a la enfermedad mental como emergente de una dinámica que en un momento dado aparece generando patología.

El que enferma, dice: "es el portavoz más señalado de ese proceso, y su intolerancia a un determinado monto de sufrimiento que no pudo soportar lo hace sucumbir y hacerse cargo como chivo emisario de la enfermedad del grupo". Según su concepto de salud y enfermedad, «el sujeto es sano en la medida en que aprehende la realidad en una perspectiva integradora y tiene capacidad para transformar esa realidad transformándose a la vez él mismo. La salud mental consiste en el aprendizaje de la realidad y en la resolución de las contradicciones que surgen en la relación sujeto-medio.»

En un homenaje que se le rinde a Pichón Rivière en el año 1967 en la Revista Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina, José Bleger refiriéndose a este tema dice: "La teoría de la enfermedad única y la teoría de

la relación objetiva, cuya postulación básica es que toda conducta es siempre una experiencia con otro... ha permitido no sólo el pasaje a la psicología social y a la utilización más amplia del psicoanálisis en los fenómenos sociales sino también ha hecho que el mismo esquema conceptual de la psicología y el psicoanálisis del hombre individualmente enfocado, sea a su vez el de una psicología social”.

Para la psicología social el modo de abordar a ese sujeto sujeto a la necesidad, que mantiene una relación dialéctica con el medio, es observar cómo resuelve la contradicción sujeto-medio y sujeto-estructura social. Resulta evidente entonces que el análisis de las conductas, del comportamiento, debe hacerse en el contexto social al cual el sujeto pertenece. El sujeto debe ser comprendido como emergente de la estructura social que lo contiene

Pasemos ahora a analizar el concepto de “hombre en situación”. Alrededor de 1948 era objeto de debate el modo cómo debía ser abordado el objeto de conocimiento de la psicología; se había entablado una polémica entre quienes sostenían que la psicología era individual y trataban en el campo psicológico al hombre abstracto, y los que sostenían este concepto sartreano del «hombre en situación», entendiendo que el sujeto debía ser abordado en su relación dialéctica con el medio.

Eso es lo que está planteado en la expresión hombre en situación, concepto que Pichón Rivière amplía en 1971 agregando «sujeto productor y producido en una praxis”, es decir sujeto como portavoz de una determinada situación protagonizada por los miembros del grupo social, su familia, con la que está comprometido desde siempre y a la que ha incorporado a su mundo interior. Desde esta visión, entonces, el que enferma es el portavoz de ese grupo familiar que lo enfermó, y actúa como emergente porque está denunciando a esa estructura familiar generadora de enfermedad, que también puede curarlo, si se realiza un trabajo en común en el que se logre la cooperación mutua, una buena redistribución de las ansiedades y una correcta redistribución de los roles.

Por otra parte afirma: «la vieja oposición entre individuo y sociedad se resuelve entonces en este nuevo campo de la psicología social, en el que sólo existe el hombre en situación ; esto significa que el hombre debe ser abordado en su relación dialéctica con el medio», debe ser tomado como emergente de la estructura social que lo condiciona, y es éste el concepto que permite sostener como premisa fundamental para comprender el comportamiento, las conductas de todo ser humano, que los procesos psíquicos son la resultante de la interacción entre el sujeto y la estructura social (sujeto-medio), y eso a su vez es determinante del mundo interno del sujeto a partir de las condiciones en que se desarrolla y se resuelve ese par contradictorio y dinámico necesidad- satisfacción.

La necesidad no es sólo material sino también de sentimientos afectivos; sin amor no hay crecimiento posible, ya que por el amor se afirma la personalidad, se aprende a dar y recibir y se potencia el hombre.

En síntesis, el planteo de Pichón consiste en que hay una sola forma de abordar a ese sujeto-objeto de reflexión de la Psicología Social: a través del vínculo y del análisis de la propia estructura de relaciones, es decir abarcando las relaciones entre los hombres, la naturaleza y la sociedad ; empresa en que la dialéctica resulta un instrumento pertinente, porque el sujeto es naturaleza pero se construye histórica y socialmente en una praxis, en una actividad transformadora del medio para producir su propia vida.

Refiriéndonos, pues, al campo específico de la psicología social hay que tener en claro que esta disciplina no es una psicología aplicada sólo a lo grupal, si bien como método de trabajo, para comprender las conductas del sujeto lo aborda como emergente de esa estructura social en la cual está inserto: pareja, familia, instituciones, comunidades.

Por supuesto, el grupo en cuanto escenario e instrumento de la constitución del sujeto es importante para analizar los vínculos, las relaciones sociales y las conductas. José Bleger en su libro *Psicología de la conducta* dice: «Toda manifestación del ser humano se da siempre en el nivel psicológico y es por lo tanto factible de ser estudiada por la psicología, tanto si se trata de una manifestación mental como corporal (movimientos, gestos, tics etc.) o en el mundo externo.»

Una conducta en el área de la mente, por ejemplo el pensar, debe ser estudiada tanto por la psicología como por la biología y la sociología; hay una psicología del pensamiento, una biología y una sociología del pensamiento..., la psicología no es solamente la ciencia de los fenómenos mentales, la psicología abarca el estudio de todas las manifestaciones del ser humano y éstas se dan siempre, en realidad, en el nivel psicológico de integración. Sin psicología no hay un conocimiento total del ser humano. Tampoco lo hay con la psicología sola”.

Para la psicología social lo importante son las configuraciones vinculares y los valores culturales e ideológicos que el sujeto adquiere en función de su pertenencia al grupo o clase social donde actúa, por eso hablamos de “hombre en situación”. El pasaje del psicoanálisis a la psicología social lo marca ya Freud cuando en 1921 en *Psicología de las masas y análisis del Yo* había señalado que la identificación con el jefe permitía reemplazar el ideal del Yo mediante un ideal del yo común.

El psicoanálisis permite considerar el material que aporta un campo de investigación como el de la psicología social en dos aspectos: una superestructura o contenido manifiesto y una infraestructura o contenido latente.

De modo que tanto la teoría como la práctica se resuelven en el campo de la investigación, cualquiera sea el momento operacional del trabajo. El contenido manifiesto del comportamiento humano se explica por el contenido latente del mismo.

UNIDAD II

Morris Charles, "Introducción a la Psicología", Pearson educación, Cap. 1, Cap. 9

Construcción de lazo social- la subjetividad

“La oposición entre psicología individual y psicología social o de las masas, que a primera vista quizás nos parezca muy sustancial, pierde buena parte de su nitidez si se la considera más a fondo. Es verdad que la psicología individual se ciñe al ser humano singular y estudia los caminos por los cuales busca alcanzar la satisfacción de sus mociones pulsionales. Pero sólo rara vez, bajo determinadas condiciones de excepción, puede prescindir de los vínculos de este individuo con otros. En la vida anímica del individuo, el otro cuenta, con total regularidad, como modelo, como objeto, como auxiliar y como enemigo, y por eso desde el comienzo mismo, la psicología individual es simultáneamente psicología social en este sentido más lato, pero enteramente legítimo”.

Sigmund Freud (1976), Tomo XVIII. Pág. 67. 1976 Buenos Aires. Argentina.

Socialización primaria y secundaria: sus agentes y efectos

Si hay algo que caracteriza a la raza humana es que somos animales sociales y nuestro desarrollo personal está muy condicionado por el grado de socialización que logremos conseguir. Esto no tiene por qué implicar el logro de un gran número de relaciones, sino más bien las habilidades que desarrollamos para conseguirlas.

El proceso que tiene como objetivo la integración en la sociedad y la interacción satisfactoria con otros es conocido como socialización. Este proceso puede verse dividido en dos fases según la etapa vital de la persona: socialización primaria y socialización secundaria

Qué es la socialización?

El proceso de socialización hace referencia al contacto entre personas mediante el cual aprendemos y aceptamos e integramos una serie de pautas de comportamiento y nos adaptamos a ellas. Este proceso tiene el objetivo de inculcar en la persona los elementos socioculturales propios de su entorno, estos elementos son moldeados por las experiencias personales y por los agentes sociales, e integrados en la personalidad del individuo.

Mediante la socialización, la persona desarrolla y potencia las habilidades necesarias para la correcta integración y contribución a la vida social, generando patrones de conducta y comportamiento organizado acorde con la sociedad.

Pero todo este proceso de socialización no sería posible sin los agentes sociales. Se consideran agentes sociales todas aquellas personas o instituciones con las que la persona se relaciona. Sin ellos no existe ningún tipo de socialización.

La familia, la escuela, los amigos e iguales, así como las instituciones y personas influyentes pertenecen a la categoría de agentes sociales; siendo los más importantes la familia, debido a que es el primer contacto social de la persona y la escuela, puesto que es la principal emisora de conocimiento.

Pero esta socialización no se da en un solo momento de la vida, si no que se alarga durante años. Por lo tanto, dependiendo de la etapa en la que se encuentre la persona podremos hablar de socialización primaria o secundaria.

La socialización primaria y sus agentes

Esta primera fase de socialización tiene lugar en el contexto familiar de la persona. A continuación pasa a darse en las instituciones educativas en las cuales el individuo comienza a generar otras relaciones con amigos e iguales, fuera del núcleo familiar.

No existe un evento o señal concreta que sirva de punto de finalización de esta etapa, ya que esto puede cambiar según la persona, el contexto social y la cultura en la que esta se desarrolle. Los agentes sociales propios de esta etapa y que ocasionan las primeras relaciones con la persona son: la familia, la escuela y los medios de comunicación.

1. Familia

La familia, sobre todo el núcleo familiar más íntimo y cercano, tiene la responsabilidad de atender tanto las necesidades físicas del individuo, como las necesidades psicológicas. Asimismo, las dinámicas familiares determinarán la evolución de la persona tanto a nivel de personalidad, como a nivel cognitivo y de conducta. Las relaciones con padres y hermanos, aportan una información esencial para el niño sobre cómo interactuar con otras personas, generando así patrones de comportamiento básicos que le permitirán en un futuro adaptarse mejor a la sociedad.

2. Escuela

Por otra parte, una vez que el niño comienza la etapa académica, la escuela se convierte en otro agente social primordial. La escuela otorga la oportunidad de relacionarse diariamente con amigos e iguales, haciendo consciente al niño de que pueden existir diferencias en la manera de proceder, actuar y pensar de los otros.

Además, la relación entre el cuerpo de profesores y los alumnos proporciona el conocimiento de que también existen jerarquías institucionales y cómo interactuar con ellas.

3. Medios de comunicación

Finalmente, un agente socializador que cada vez adquiere más importancia son los medios de comunicación. Además de los medios tradicionales como la televisión, la prensa o la radio; el avance de Internet y las redes sociales está ejerciendo un importante efecto sobre la manera de socializar de las personas. Es imposible ignorar el cambio que se ha producido en la manera de socializar, influenciados por las redes sociales. Las cuales han conseguido alterar las dinámicas y patrones de comportamiento de las personas en relación con la interacción con otros.

La socialización secundaria

Esta segunda fase se da durante la última etapa de la adolescencia, después de la cual la persona se inicia en la adultez y pone en práctica todo lo aprendido en el hogar y en el contexto educativo. En esta socialización posterior, la persona (que ya posee habilidades sociales anteriores) se incorpora en otros sectores de la sociedad, lo cual le permite un aprendizaje de nuevos recursos en otros ámbitos en principio desconocidos. Mediante este proceso, la persona asimila que existen otros contextos y realidades que difieren de lo conocido durante la socialización primaria. En este caso, la universidad, los organismos laborales y las instituciones políticas y gubernamentales ejercen un fuerte poder en la socialización. Además, a diferencia de la socialización primaria, en la etapa secundaria la persona tiene un amplio margen de actuación, en el cual es libre de decidir cómo actuar.

La Socialización terciaria

Efectivamente existe una socialización terciaria, con la diferencia de que en lugar de una etapa se trata de un nivel diferente de socialización en la cual aquellas personas que han experimentado una desviación de lo que se considera la norma social, tienen la oportunidad de reintegrarse en la sociedad. Estos casos se dan en personas con conductas delictivas, criminales o punibles; las cuales mediante un proceso de resocialización readaptan su comportamiento. En este último caso los agentes socializadores se vinculan a las autoridades e incluso a la prisión.

Características de la socialización

La socialización es la capacidad de relacionarse con los demás; el ser humano no se realiza en solitario, sino en medio de otros individuos de su misma especie, sino existiera esta relación de periodos fundamentales de su evolución, no se humanizaría.

La socialización es convivencia con los demás, sin la cual el hombre se empobrecería y se privaría de una fuente de satisfacciones básicas para el equilibrio mental.

La socialización es interiorización de normas, costumbres, valores y pautas, gracias a la cual el individuo conquista la capacidad de actuar humanamente.

Proceso de socialización

El proceso de socialización, es cuando el individuo adopta los elementos socioculturales de su medio ambiente y los integra a su personalidad para adaptarse a la sociedad. Dicho en otros términos, socializar es el proceso por el cual el niño, aprende a diferenciar lo aceptable de lo inaceptable en su comportamiento.

Es la manera con que los miembros de una colectividad aprenden los modelos culturales de su sociedad, los asimilan y los convierten en sus propias reglas personales de vida.

Lactancia (0 a doce meses):

En el momento del nacimiento el niño puede ejecutar movimientos involuntarios, impulsivos, espontáneos; estirarse al despertar, pataleo, gritos; generalmente suelen aparecer ante estímulos sensoriales. Estos movimientos se caracterizan por ser reacciones totales y se producen involuntariamente; todas las reacciones del recién nacido se producen de una manera refleja e incondicionada de ahí que una de las características fundamentales de esta etapa sean los reflejos incondicionados. Se define como reflejos incondicionados a las reacciones congénitas que se producen en un organismo inmaduro, dichos reflejos son los que garantizarán la supervivencia del niño ante las nuevas exigencias del medio. Un caso que permite ejemplificar esto es el del reflejo de succión: cuando se le tocan los labios al niño hace movimiento de succión, el que le permite alimentarse.

En los primeros momentos el recién nacido succiona indiscriminadamente lo mismo si se le acerca a la boca el seno materno, un dedo, o un biberón; en la medida que el niño va reconociendo los estímulos del medio va diferenciando las acciones que debe cometer ante cada uno de ellos. Así reflejos que denotan inmadurez van desapareciendo poco a poco a partir de los tres meses, los que evidencian progreso y madurez en la aparición de otras funciones.

El adulto juega un papel importante en los primeros meses de vida, inicialmente el niño depende completamente de sus padres para satisfacer sus necesidades fisiológicas. Estas necesidades se expresan primeramente a través de reflejos incondicionados, los cuales el adulto tiene que interpretar a partir de la situación en que se encuentre el recién nacido; por ejemplo, el llanto del niño no siempre está provocado por la misma necesidad básica, el niño puede llorar por hambre, por sueño, por incomodidad, etc. El papel del adulto en este caso está en diferenciar el significado de cada uno de estos "llantos".

Esta interacción comienza a hacerse más compleja tomando un significado social, un ejemplo es cuando el recién nacido llora porque tiene hambre, está buscando satisfacer una necesidad básica de alimentación, la madre al darle el pecho le proporciona además caricias, miradas, conversa con él; en esta relación no solo se estimulan los órganos de los sentidos, comienza además un proceso de transmisión de sentimientos. Tanto es así que a partir de este contacto, el llanto del niño se va transformando y va cambiando el objetivo que persigue: pasa de ser una simple manifestación de una necesidad básica como alimentarse, a expresar necesidades sociales y afectivas cada vez más complejas, como recibir el cariño y la atención de sus padres.

Claro esto no ocurre de golpe, es resultado de esta compleja interacción entre el adulto y el niño que se da en el marco del proceso de socialización de manera lenta y progresiva. Se podrá analizar entonces, que la actividad fundamental del lactante, es la relación con la madre. Gracias a la estimulación del adulto, fundamentalmente la madre, el recién nacido, desarrollará adecuadamente los órganos de los sentidos (tacto, olfato, vista y oído).

En el vínculo emocional con el adulto el niño comienza a manifestar sus reacciones emocionales positivas, en las que expresa la necesidad de comunicación. Así, cuando el niño mira o escucha atentamente al adulto se produce una reacción motora: puede agitarse, comenzar a mover brazos y pies, o quedarse tranquilo por un breve tiempo, generalmente acompañado de una expresión de sonrisa; estas manifestaciones se conocen como el complejo de animación.

A partir de esta etapa, el adulto busca constantemente respuestas del niño, en este intercambio le exige cada vez más al niño, que primero responderá con balbuceos, gorjeos y algunas palabras. Después comienza a desarrollar la comprensión del lenguaje, donde comprende más palabras que las que puede emitir; por ejemplo, se le pide que traiga un objeto o se le pregunta donde está el mismo, el niño lo trae o lo señala pero no sabe pronunciar el nombre de dicho objeto.

En el intento por agarrar los objetos, el niño comienza a desarrollar la coordinación manual, si se le enseña un sonajero a un bebé, este lo seguirá con la mirada, solo hasta después de los tres meses y después de muchos intentos logrará agarrarlo, después podrá sujetarlo y finalmente será capaz de agitarlo y golpear con él.

Ya en los últimos meses de esta etapa, el niño ha perfeccionado la coordinación, puede incluso agarrar objetos pequeños con el dedo índice y pulgar en forma de pinza, es cuando los niños pueden agarrar pequeños granos. En esos intentos por apoderarse de los objetos, el lactante realiza movimientos con todo el cuerpo que lo ayudan a fortalecerse.

En esta etapa el niño logra desde el control de la cabeza, el tronco, se sienta, gatea y finalmente logra permanecer de pie, primero con apoyo y luego sin este.

En esta etapa, la madre y los adultos que se relacionan con el niño, no solo van a satisfacer sus necesidades, en el fuerte vínculo emocional que se establece en esta etapa, ellos además lo enseñarán a relacionarse con la realidad que lo rodea.

Es frecuente que al caminar con el niño cargado por la casa, se le llame la atención hacia objetos y personas nuevas, todas estas acciones buscan una respuesta por parte del pequeño.

Es precisamente en la relación entre la madre y el niño, que como resultado de las exigencias de la madre, aparece en el niño la necesidad de incrementar la comunicación con el adulto, lo que entra en contradicción con sus posibilidades reales para realizarla, se genera entonces la crisis del primer año, que será resuelta en la siguiente etapa con el desarrollo del lenguaje y la marcha.

Edad temprana (aproximadamente desde finales del primer año hasta los tres años).

Los logros del lactante le permiten al niño desempeñar un papel mucho más activo en su relación con el ambiente: se desplaza libremente, siente gran curiosidad por el mundo que lo rodea y lo explora con entusiasmo, busca ser cada vez más independiente.

El adulto, a partir de este momento, pasa a asumir un rol de colaborador. Esto no quiere decir que se le reste importancia al papel que juegan los padres en la educación del niño, estos además de satisfacer necesidades básicas, son mediadores que permiten que sus hijos conozcan la función que históricamente se les ha brindado a los objetos por parte de la sociedad, esta etapa se caracteriza por ¿Qué es esto?, el niño sólo va a saber cómo usar una cuchara o un lápiz y la función de estos (ya la cuchara no la utiliza para golpear, o el vaso para colocar los objetos dentro de él, el niño es capaz de llevárselo a la boca para comer o beber), en la interacción con el adulto al manipular estos objetos.

La manipulación de los objetos pasa ahora a convertirse en la actividad fundamental de esta etapa. A partir de este momento los intereses del niño estarán encaminados al dominio de nuevas acciones con los objetos. Aquí el adulto asume un papel de educador ayudante, que al enseñarle la función social de los objetos, contribuirá que asimile además normas de conducta en la sociedad.

En el accionar con los objetos, el niño comienza a separar los objetos de su función social para comenzar a utilizarlos simbólicamente, utiliza un lápiz como un carrito, una cajita como una cocinita. Aquí él conoce la designación social del objeto pero lo utiliza para sustituir a otro, que no tiene a su alcance en la situación del juego o esta socialmente prohibido para su edad. El niño también a esta edad se caracteriza por ser egocéntrico, aunque es natural en su edad. Si el adulto no controla esta situación con sutileza puede incluso ocasionar traumas en los niños. Para evitar esto, sería conveniente buscar un momento en que el niño se canse y proporcionarle otros juguetes a fin de estar ocupado.

El lenguaje en los primeros momentos está básicamente ligado a las acciones con los objetos y depende de la interacción con los adultos en esta etapa el niño escucha con mucho interés las conversaciones y estas poco a poco comienzan a regular su comportamiento. En esta etapa el lenguaje se enriquece, la comprensión de las palabras y las órdenes verbales sencillas, pueden regular la conducta del niño. El lenguaje activo también se incrementa. Por ejemplo: Generalmente, los adultos por tener hijos pequeños, sobre todo en esta edad

suelen hablarles en diminutivos (hola papito, pobrecito entre otros) dificultan el lenguaje del niño, porque también asimila y aprende a decirlo todo de la forma como le han enseñado. Se vuelve engreído.

En el desarrollo de la personalidad comienza aparecer formas elementales de reconocimiento de sí mismo como un ser independiente, cuando el niño primero se reconoce en su aspecto externo y después pasa al mundo interior, es cuando el niño se identifica a sí mismo en una foto, aparece entonces la autoconciencia. En el lenguaje comienza a utilizar los pronombres personales, "mío", "yo".

Reconocerse a sí mismo, independizarse del adulto y a la vez querer ser como ellos, unido a las protestas por la atención constante por parte del adulto; genera contradicción entre las crecientes posibilidades del niño, las formas elementales de actividad con los objetos y las relaciones con los adultos. La necesidad de satisfacción independiente se convierte en motivo de negativismo y reacciones de rebeldía, lo que caracterizará la crisis del desarrollo en esta etapa. Por ejemplo. La mamá que es demasiado sobreprotectora con el niño: párate, siéntate, y afines. Eso no ayuda a su socialización.

El manejo de los padres de esta situación es trascendental para el posterior desarrollo de la personalidad del individuo, ante dicha crisis se debe procurar mayor independencia en el niño, si se deja que realice aquellas actividades para las cuales está preparado (bañarse y comer solo, elegir la ropa que se va a poner y/o comprar).

Es necesario distraer la atención de aquellas actividades que no puede realizar por su seguridad, o por no estar preparado para ellas (cocinar, operar a un paciente, etc.), hacia el juego de roles donde simule la actividad del adulto y se prepare para la próxima etapa. Siempre conversando y explicando al niño, por qué puede o no puede hacer, para lograr cierta autonomía en el niño que favorezca su desarrollo. Por ejemplo: Al niño siempre responderle cuando pregunta, sólo lo limitado a fin de satisfacer su necesidad y no confundirlo con llenar palabras en una simple pregunta que puede decir un niño por curiosidad.

Si el adulto se convierte en un obstáculo y no le permite la autonomía que necesita, puede prolongar la crisis y podría influir negativamente apareciendo inseguridad, dependencia, etc.

¿Cuáles son entonces los aspectos más importantes del niño de edad temprana?

La actividad con los objetos mediadas por el adulto, del que aprenderá la función social de los objetos, posibilitándole la función simbólica de la conciencia. Por ejemplo: el niño que coge una escoba para jugar con esta haciéndole suponer que es un caballito, además, asimila elementales reglas y normas sociales. El dominio de la marcha erecta, el desarrollo del lenguaje y la aparición de la autoconciencia, son otros de los logros de la etapa.

El adecuado manejo de la crisis por el adulto, sentará las bases para un eficaz desarrollo de la personalidad futura. Según Cherkes – Zide, y Rechnikok (1981) las transformaciones cualitativas en los tres primeros años de vida son tan considerables que se pudiera decir que el niño se encuentra en el punto medio de desarrollo del hombre.

Algo así como los niños resilientes que a pesar de su estado emocional, situación económica, salen adelante como grandes empresarios. Pues la persona resiliente tiene un coeficiente elevado. Hay niños que desarrollan todas sus capacidades, potencialidades en habilidad.

Preescolar (aproximadamente desde los 4 hasta los 6 años).

En el caso de esta etapa, el niño adquiere facilidad para manejar el lenguaje y las ideas le permiten formar su propia visión del mundo, a menudo sorprendiendo a los que lo rodean. El lenguaje egocéntrico, es cuando el niño al jugar sólo o acompañado planea en voz alta las acciones que él mismo va a realizar ("ahora voy a mover el carro de aquí para allá"). Esta situación es motivo frecuente de preocupación de los padres pues piensan que el niño está hablando sólo. Este no aparece por mucho tiempo para acompañar las acciones del niño, poco a poco comienza a convertirse en un instrumento del pensamiento en la búsqueda de solución de problemas que se le presentan en la situación de juego, desarrolla su capacidad para utilizar símbolos en pensamientos y acciones, y comienza a manejar nociones como edad, tiempo, espacio. Esta es la etapa del

pensamiento preoperacional, es decir, la etapa en la cual se empiezan a utilizar los símbolos y el pensamiento se hace más flexible.

La función simbólica (capacidad para representarse mentalmente imágenes visuales y auditivas que tienen alguna semejanza con el objeto representativo, por ejemplo, puede utilizar una cuchara como un martillo en un momento determinado aunque sabe que esa no es la verdadera función de ese objeto) se manifiesta a través del lenguaje, la imitación diferida y el juego simbólico. La capacidad para expresar sus necesidades y pensamientos a través del lenguaje les ayuda a ser más "independientes".

Se desarrolla el aprendizaje del mundo, de las relaciones y del lugar que se ocupa en éstas y en el mundo en general, a partir de la asimilación de reglas que son transmitidas por la familia como agente de socialización. Esta asimilación de reglas se lleva a cabo a través de la actividad fundamental de esta etapa: el juego de roles. Este consiste en la simulación por parte del niño de las actividades que realiza el adulto en su vida cotidiana. Es cuando juega a la casita y asume el papel de mamá o papá.

Si bien, a finales de la etapa comienzan a establecer relaciones de amistad, las relaciones fundamentales son con sus padres, aunque ya se va viendo cómo se va ampliando progresivamente el marco de las relaciones sociales que promueven la socialización del individuo. Si en etapas anteriores la familia era la que esencialmente se ocupaba de transmitir normas y valores, ahora se le incorporan los coetáneos, es decir, los niños de su misma edad que comparten el juego. Su interés por el mundo de los adultos, se canaliza a través del juego de roles. Es en la imitación de los adultos, donde se enriquece la imaginación y se desarrollan la atención y la memoria voluntaria, en función de mantener los argumentos del juego.

Aquí ocurre un enriquecimiento del lenguaje y aparece el lenguaje explicativo, el cual posibilita relatar un grupo de acciones sin necesidad de ejecutarlas durante el juego. Los niños absorben valores y actitudes de la cultura en la que los educan. Van viviendo un proceso de identificación con otras personas; es un aprendizaje emocional y profundo que va más allá de la observación y la imitación de un modelo.

En esta etapa se destaca que el papel de los adultos en la preparación para el ingreso a la escuela, es fundamental. La inserción en un mundo desconocido, con nuevas exigencias, puede generar crisis de adaptación en los niños preescolares.

Edad escolar (comprende aproximadamente de los seis a los once años).

El período escolar tiene como evento central el ingreso a la escuela. A esta edad el niño debe cambiar su ambiente cotidiano, donde quedan fuera aquellas personas que forman su familia y su mundo hasta ese momento. Con el ingreso a la escuela el niño se inserta a la actividad de estudio, que a partir de ese momento va a establecerse como actividad fundamental de la etapa.

Este hecho amplía aún más el contacto del niño con la sociedad a la que pertenece, la cual impone exigencias que requieren del desarrollo de nuevas habilidades y destrezas para su superación exitosa. El niño se enfrenta y adecua a un ambiente nuevo en el cual deberá lidiar con demandas desconocidas hasta ese momento para él, aprender las expectativas de la escuela y de sus profesores y lograr la aceptación de su grupo. Es en la escuela donde se le van a entregar las herramientas necesarias para desenvolverse en el mundo adulto.

El desempeño del escolar se puede ver afectado en función de si se ha logrado o no las tareas del desarrollo de las etapas anteriores, ya que este período puede hacer evidente algunos problemas que son el resultado de dificultades en los métodos educativos de la familia. Ese niño, que en las etapas anteriores no le brindaron la posibilidad de desarrollar su autonomía, utilizándose métodos sobreprotectores, autoritarios o permisivos, pudiera presentar dificultades para adaptarse a la escuela.

Además de la actividad de estudio, en esta etapa es esencial el juego. El papel del juego consiste en dar oportunidades de aprendizaje. En él, el niño tiene la posibilidad de ir ganando confianza en sus capacidades, entrar en contacto con el grupo de la misma edad y relacionarse con ellos, aprendiendo a aceptar y respetar normas. El juego brinda modos socialmente aceptables de competir, canalizar energía y actuar en forma

agresiva. En esta etapa el juego de roles se complejiza y permite la aparición del juego de reglas (damas, ajedrez, etc.), el cual implica respeto a la cooperación social y a las normas, existiendo sanción cuando ellas se transgreden. Este juego es el que va a persistir en la adultez.

En esta etapa la relación con los padres cambia, continuándose el proceso gradual de independencia y autonomía, que ya se venía desarrollando desde etapas anteriores. Los padres siguen siendo figuras muy importantes; los niños se dirigen a ellos buscando afecto, guía, vínculos confiables y duraderos, afirmación de su competencia y valor como personas. Progresivamente, va teniendo lugar una corregulación de la conducta entre el niño y sus padres. Éstos realizan una supervisión general en el control, y el hijo realiza un control constante. La eficiencia de esta regulación está determinada por la claridad de la comunicación entre padres e hijos, las reglas claras, sistemáticas y consistentes.

El maestro en este período comienza a tener una mayor importancia, que inmediatamente se convierte en el modelo a imitar. Los maestros imparten valores y transmiten las expectativas sociales al niño y a través de su actitud hacia él colaboran en el desarrollo de su autoestima. Se ha demostrado que aquellos profesores que muestran confianza en la capacidad del niño, incentivan el trabajo y el desarrollo de potencialidades, a la vez que favorece una autoestima positiva. Esto se produce de esta forma, porque en esta etapa la figura del maestro constituye un modelo para el escolar, y este se esforzará constantemente para lograr el reconocimiento del maestro.

El escolar llega a esta etapa ávido de conocimientos y de interpretar las relaciones entre los diferentes objetos y eventos de la realidad. Es precisamente el maestro el portador de estos conocimientos, por lo que se convierte en alguien muy importante para el alumno, el cual tratará de imitarlo. Queda demostrado el importante papel que juega el maestro en la transmisión de normas y valores al niño. Además, aparece el grupo escolar como un referente importante y que se va a constituir en uno de los ejes centrales del desarrollo del niño en esta etapa.

El grupo, en los escolares, comienza a tener una importancia cada vez mayor para el niño, ya que es en la interacción con ellos donde descubren sus aptitudes y es con ellos con quienes va a medir sus cualidades y su valor como persona, lo que va a permitir el desarrollo de su autoconcepto (es el sentido de sí mismo, se basa en el conocimiento de lo que hemos sido y lo que hemos hecho y tiene por objetivo guiarnos a decidir lo que seremos y haremos) y de su autoestima (es la imagen y el valor que se da el niño a sí mismo). Las opiniones de sus compañeros acerca de sí mismo, van a tener peso en su imagen personal.

El intercambio con los compañeros permite al niño poder confrontar sus opiniones, sentimientos y actitudes, ayudándole a examinar críticamente los valores que ha aceptado previamente como incuestionables de sus padres, y así ir decidiendo cuáles conservará y cuales descartará. Por otro lado, este mayor contacto con otros niños les da la oportunidad de aprender cómo ajustar sus necesidades y deseos a los de otras personas, cuándo ceder y cuándo permanecer firme. En términos generales, la relación con los pares, contrapesa la influencia de los padres, abriendo nuevas perspectivas y liberando a los niños para que puedan hacer juicios independientes.

A partir de los seis años, el niño comienza a operar a través de conceptos científicos, por lo que tendrá iniciar el conocimiento de la esencia y diferencia de objetos y fenómenos de la realidad. Para llegar a la esencia es necesario partir de situaciones concretas. Esto quiere decir que puede resolver problemas, utilizando la representación mental del hecho sin necesidad de operar sobre la realidad para resolverlo. Sin embargo las operaciones concretas están estructuradas y organizadas en función de fenómenos concretos, sucesos que suelen darse en el presente inmediato.

Si al niño se le pone en una situación problemática, él puede resolverla sin necesidad de mover objetos para hallar la solución, sólo representándose la solución en su imaginación, siempre y cuando los objetos para resolver el problema estén presentes en el espacio físico en el que se encuentra el escolar en ese momento. Por otro lado, hay un perfeccionamiento de la memoria, tanto por que aumenta la capacidad de ella, como

porque mejora la calidad del almacenamiento y la organización del material. Se enriquece el vocabulario, hay un desarrollo de la atención y la persistencia de ella, en la tarea.

El lenguaje se vuelve más socializado y reemplaza a la acción. Ya el niño no tiene que realizar una acción en un juego, sino por medio del lenguaje puede dar esta por hecha. Todos estos procesos cognitivos se vuelven más voluntarios en esta etapa. Esto es lo que posibilita este perfeccionamiento en ello.

Por último, esta etapa se caracteriza además por presentar una mayor estabilidad en sus intereses. La satisfacción de sus necesidades psicológicas, están relacionadas con la actividad de estudio y el conocimiento científico de los objetos.

Se desarrollan sentimientos sociales y cualidades morales, apareciendo la moral vinculada a la consideración del bienestar del otro, lo que puede ocurrir debido al desarrollo cognitivo que se produce en esta edad y que permite que el niño considere puntos de vista diferentes a los suyos. Esto implica que el niño puede imaginar cómo piensa y siente otra persona.

A modo de resumen es necesario destacar el surgimiento del pensamiento conceptual, como una importante adquisición de la personalidad en esta etapa, que permite incrementar el carácter consciente y voluntario de los procesos psíquicos. Los intereses en esta etapa están estrechamente vinculados con el estudio como actividad fundamental. El interés por el conocimiento científico de los objetos, se da fundamentalmente en las relaciones escolares con el maestro y sus compañeros, sin que la familia deje de jugar su importante e insustituible papel como agente de socialización.

Adolescencia (abarca aproximadamente entre los 11 y 20 años).

Una vez que el escolar llega a los 11 años, comienza a transitar por una etapa en la que vivencia profundos y significativos cambios internos y externos, en la cual tiene lugar uno de los momentos más críticos del desarrollo de su personalidad. En este período ocurren algunos cambios físicos que contribuyen a una imagen personal cambiante e inestable. Todos estos cambios son percibidos por el (la) adolescente, quien va experimentando sentimientos en relación a ellos, los que se manifiestan en el área afectiva, social y en la cognitiva.

El adolescente es capaz de fundamentar juicios y exponer ideas emitiendo criterios críticos. Esto gracias al desarrollo de reflexiones basadas en conceptos científicos obtenidos en etapas anteriores y enriquecidas con la actitud activa de los adolescentes, hacia el conocimiento de la realidad.

Dentro de las características distintivas de esta etapa, sobresale la inestabilidad emocional, que se expresa en constantes dificultades en la interrelación con los adultos, irritabilidad, hipersensibilidad y bipolaridad entre introversión y extroversión; todo esto ha contribuido a la visión comúnmente difundida de esta etapa como crítica o caótica, contrastando con la etapa anterior (edad escolar) en que la personalidad del niño y su configuración física son muy estables y predecibles.

Uno de los sentimientos que caracterizan al adolescente es el de ser incomprendido, lo cual se relaciona con una percepción de no ser niño ni joven, que viene dada porque el adolescente comparte algunas características de los adultos (como puede ser la capacidad de procrear, y de desempeñarse en alguna profesión), pero socialmente no se les permite expresarla como tal. Esto provoca un conflicto entre lo que potencialmente el adolescente puede hacer y lo que socialmente le es permitido. Esto produce un quiebre en las relaciones interpersonales en las diferentes áreas (familia, amistades). Comienza a enfatizarse el afán de independencia que marca conflictos en las relaciones con los padres, ya que esto también oscila entre arranques de independencia y actuaciones infantiles que requieren protección y dependencia.

Esta posición intermedia, en la que el adolescente no es ni niño, ni adulto, sus necesidades de independencia (aunque depende de los padres), y la búsqueda constante de identidad, son elementos fundamentales que caracterizan la crisis en este período.

En esta etapa ya el grupo de amigos redimensiona su significación, volviéndose de vital importancia para el adolescente. Es a partir de la posición que ocupa en el grupo de amigos, y de cómo lo valoran los integrantes de dicho grupo, que va a conformarse la autovaloración del adolescente. Dicho de otro modo, el adolescente se va a percibir a sí mismo en función de la percepción que tiene su grupo de él. Si en el grupo es reconocido y lo perciben positivamente esto influirá en la manera en que él exprese su comportamiento. De lo contrario puede tender a la búsqueda constante de aceptación por parte del grupo.

Esta es una de las características fundamentales de los grupos informales, ya que la mayoría de los intereses del adolescente están dirigidos hacia la actividad que realizan estos grupos, los cuales definen los intereses que van surgiendo en los adolescentes. Además el grupo de amigos deviene en una fuente muy importante de satisfacción de necesidades que el individuo no satisface ni en la familia ni en la escuela.

Igualmente las posiciones morales que adopta el adolescente dependen de las exigencias vigentes en el grupo. A pesar que el adolescente tiene sus propias ideas y juicios morales, estos sólo se expresan en función de lo que el grupo acepta o no. Así, el adolescente no sólo se apropia de valores y normas, sino de patrones de conducta, modas, ideales, estereotipos, etc. Es por ello que ratificamos la importancia del grupo de amigos como agente socializador en esta etapa, ya que moviliza el comportamiento de sus integrantes.

Claro que en esto también interviene un agente de socialización que con su labor puede influir en los grupos informales. Nos referimos a la comunidad. En una comunidad se puede encontrar cómo confluyen numerosos grupos informales, así como interactúan numerosas familias y además puede estar presente la escuela. La comunidad es un agente socializador muy complejo, en el cual se integran varios agentes de socialización. Las características de la comunidad en la que se inserta el individuo, ejercen una influencia sobre los grupos informales y la familia, y de igual manera ejercerá una influencia en el adolescente. Esta debe ser la encargada de transmitir las normas de control social, que serán establecidas en función de los criterios de los miembros de la comunidad. O sea, una comunidad en la cual existan constantes peleas entre sus habitantes, altos índices de delincuencia, drogadicción, violencia familiar, etc., transmite valores negativos y distorsionados a los adolescentes que la integran. Por tanto, esta se ve limitada en su función de control social, y los grupos informales que se forman en esa comunidad reflejan características de esta y organizarán sus actividades en función de estas conductas antisociales. Se reafirma la importancia de un adecuado clima y de una integración de todos los factores en la comunidad para la adecuada función educativa que esta desempeña para el desarrollo de la personalidad del adolescente.

La sociedad debe entonces orientar y promover la integración entre la familia, la escuela y la comunidad, para que la comunicación fluya adecuadamente y todos estos agentes participen conjuntamente en el proceso de socialización del adolescente. Esto adquiere vital importancia puesto que si cada uno trabaja por su lado se pierde la posibilidad de ejercer una única influencia positiva en el adolescente que permita una resolución constructiva de la crisis que se da en esta etapa.

Se consideran logros de la adolescencia, la actitud activa en la búsqueda de conocimiento, el desarrollo de formaciones superiores como la autovaloración, los ideales y la motivación profesional, que se dan fundamentalmente en las relaciones con sus amigos, pero siempre como resultado de la influencia de la familia y los maestros en etapas anteriores y del manejo adecuado de las situaciones críticas que generan los cambios de esta etapa. De ahí la importancia de dirigir conscientemente las influencias educativas de todos los agentes socializadores.

Juventud (etapa que comprende aproximadamente de los 20 hasta los 35 años de edad).

La resolución de la crisis del adolescente, permite el paso a una etapa en donde el individuo se vuelve más independiente y toma más responsabilidad en sus actos. En la juventud el individuo comienza a desprenderse de los grupos, dejando de ser estos, el regulador externo de su conducta. Aparece entonces, una autodeterminación consciente, que posibilitará la regulación interna del comportamiento. Aquí su autovaloración depende más de la imagen que él tiene de sí mismo, que de las opiniones de los grupos a los

cuales pertenece. Sus relaciones sociales, en este período, se dirigen fundamentalmente a la búsqueda de pareja, con el fin de formar una familia estable.

En la etapa juvenil, la preocupación constante por la superación profesional, se convierte en la actividad fundamental del desarrollo de la personalidad. Comienzan a aparecer intereses hacia diversas áreas profesionales, que se venían gestando desde la adolescencia, pero que aquí se consolidan. A partir de este momento se toman decisiones acerca de la profesión o trabajo que realizará el resto de su vida, que estarán estrechamente relacionadas con el contenido de los ideales en esta etapa. El joven se convierte en el centro de su propio ideal, se incluyen además modelos de figuras familiares con fuerte vínculo afectivo, compañeros y personalidades históricas.

Otro logro importante es la posición valorativa que el joven tiene acerca de la realidad que lo rodea. Aparece entonces una concepción del mundo más estructurada que permite al joven comprender y emitir juicios sobre diversas situaciones, relacionados a componentes morales, vistos como sistemas de normas y valores. Esta concepción del mundo es la posición que se asume ante la situación determinada y que permite llegar a emitir juicios de valor y una actuación en correspondencia con estos juicios. El joven desarrollará a plenitud todas sus capacidades en cualquiera de las actividades en las que se desenvuelva, ya sea en el estudio o en el trabajo. Su desempeño se caracteriza por un alto grado de expresión en su actividad creadora.

En el ambiente escolar, sus vínculos afectivos son más activos y comunicativos. Las relaciones con sus compañeros y profesores se estructuran teniendo en cuenta su preparación. En el marco laboral, el grupo comienza a jugar un valioso rol. Los compañeros de trabajo, a partir de este momento, le transmitirán nuevas experiencias y pautas de comportamiento. En este período, la familia de origen ya no ocupa el lugar fundamental que tenía en las etapas anteriores. El joven es más independiente, y el papel que juega la familia es de consejero y orientador. Ya el joven está en capacidad de tomar sus propias decisiones y responsabilizarse con su propia vida. El incremento de la madurez y el autocontrol en esta etapa, se expresa en relaciones más activas y afectivas.

La comunidad, al igual que en el adolescente, contribuirá a garantizar la transmisión de reglas y normas que posibiliten el ajuste a las exigencias del medio. De esta manera, la comunidad continúa ganando importancia en la influencia que ejerce en sus miembros como agente socializador. En la juventud se profundiza la formación de la personalidad. Los motivos dirigidos a la superación profesional, posibilitan una regulación interna de la personalidad basada en la autodeterminación consiente; que garantiza la madurez y responsabilidad necesaria en la proyección futura.

Madurez o Adulto Medio (aproximadamente a partir de los 35 años hasta comienzos de los 60)

Las personas se comprometen con metas de largo alcance y problemas prácticos de la vida real, que posiblemente se asocien a las responsabilidades frente a los demás. En esta etapa el desarrollo intelectual está en relación con el reconocimiento que las personas hacen de lo que es importante y significativo para sus vidas.

En la edad adulta media, el individuo, se dedica a ejercer sus responsabilidades, las mismas pueden ser sociales o familiares. Tienen los propósitos de lo que hacen y se preocupan menos por tareas que no tienen ningún significado para ellos.

Aquí la personalidad alcanza su máxima expresión de integración y complejidad, o sea, queremos decir que la personalidad para esta etapa ya se ha estructurado completamente y ha alcanzado la madurez. En esta edad, se concentran en sus obligaciones ante sus familias y la sociedad, y desarrollan aquellos aspectos de la personalidad que fomentan estas metas.

El desarrollo moral depende del desarrollo cognoscitivo, el desarrollo moral es en esencia una función de la experiencia, por lo que sus relaciones se establecen sobre la base del prestigio y la autoridad. Ellos se caracterizan por un desarrollo pleno de sus capacidades intelectuales y de las habilidades sociales.

La influencia de los agentes socializadores en esta etapa es menos directa, aunque continúan contribuyendo al desarrollo de la personalidad. Así la familia, el grupo de amigos y la comunidad se comportan de forma similar a como incidían en la etapa juvenil, pero exigiéndole una mayor responsabilidad social. En el caso de la familia, el adulto además de recibir las influencias de la familia de origen, es el encargado de cumplir funciones educativas y de sostén económico de su pareja y su descendencia.

El centro laboral, es importante para el desarrollo de la personalidad, porque, en función de la satisfacción con la realización de la actividad y la valoración social de sus resultados, el individuo se empeñará en la constante autosuperación. La decisión de permanecer o no en el trabajo puede depender del crecimiento intelectual y personal que éste aporte. Es aquí donde el adulto medio establece las relaciones sociales más sólidas.

Adulto Mayor.

Las relaciones sociales mantienen su importancia en la etapa siguiente para los ancianos (conocida también como vejez o tercera edad que comprende a partir de los 60 años hasta la muerte), como para las personas de todas las edades, lo que su énfasis radica en la familia y las relaciones que establece con otros individuos de la tercera edad ya que en esta etapa el individuo se jubila.

Al avanzar la edad, ocurren varios cambios físicos, incluyendo alguna pérdida del color, textura y elasticidad de la piel; adelgazamiento y encanecimiento del cabello; disminución de la talla corporal; adelgazamiento de los huesos; pérdida de la agudeza visual necesitando anteojos para leer; se produce una disminución de la capacidad auditiva, en especial los sonidos de frecuencia más alta; disminuyen de modo gradual la fuerza y la coordinación motora. La "práctica constante" de algunas habilidades resiste los efectos de la edad. Las personas de edad avanzada experimentan un debilitamiento general de las respuestas y del procesamiento de información.

Estos cambios no son sinónimo de desempeño deficiente, a pesar de ellos, existen otros aspectos característicos de este período que igual posibilitan su desempeño social, entre los que se destaca, la experiencia acumulada, o habilidades que durante años permanecieron estancadas o desplazadas por la necesidad de asumir otras responsabilidades sociales (habilidades manuales, artísticas, etc.). Es frecuente encontrarse adultos mayores que se dediquen a participar activamente en actividades comunitarias.

En esta etapa la familia y la comunidad son los máximos responsables de mantener al adulto mayor activo socialmente. La familia es aún la fuente primaria de apoyo emocional. En ella el adulto satisface una necesidad muy importante que aparece por primera vez en esta etapa y que es la necesidad de autotranscendencia. Esta necesidad viene dada porque el anciano hace consiente la cercanía de la muerte y por lo tanto busca quedar en los otros, sentir que su vida no ha sido en vano y que ha hecho cosas importantes y por lo cual será reconocido.

La familia juega un papel fundamental, porque es dentro del hogar donde el adulto va a desarrollar sus actividades. Es necesario crearle un ambiente que favorezca el crecimiento personal. Esto se puede lograr dando oportunidades para que continúe manteniendo una activa participación en las decisiones familiares, se puedan sentir útiles y para que continúen fortaleciéndose los vínculos afectivos.

Por su parte la comunidad también garantiza la satisfacción de esta necesidad de autotranscendencia, permite la posibilidad de sentirse útiles y reconocidos socialmente. Esto se puede lograr mediante la participación de los adultos mayores en tarea y actividades de su comunidad.

AGENTES DE SOCIALIZACIÓN

Los agentes de socialización podemos definirlos como grupos que nos enseñan a ser sociales. Desde nuestro nacimiento, determinados grupos nos van enseñando aquellos comportamientos que son propios de nuestra cultura y son aceptados por ella. Dos de estos grupos son esenciales: uno es la familia y el otro es la escuela. Ambos constituyen los agentes tradicionales básicos de la socialización. Tenemos que mencionar que la

familia y la escuela no son los únicos agentes que socializan al niño. También tiene un importante papel los grupos de amigos y compañeros de trabajo, cuya intervención tiene lugar cuando el proceso está ya en una fase relativamente avanzada; y los medios de comunicación social, que podemos considerar actualmente como el tercer agente básico de socialización, junto con la familia y la escuela.

Se puede decir que la sociedad total es el agente de socialización y que cada persona con quien se entre en contacto es en cierto modo un agente de socialización.

Entre la gran sociedad y la persona individual existen numerosos grupos pequeños, que son los principales agentes de socialización de la persona.

La Familia: La familia es el primer grupo social donde el niño recibe una serie de influencias decisivas que van a permitirle o no un desarrollo normal de su socialización. Es el grupo de referencia en el cual el individuo puede hacer sus primeras experiencias sociales. Allí aprende los valores del sexo (identificación) y obtiene los rasgos determinantes de la coincidencia moral y la motivación del rendimiento.

La familia ejerce las funciones socializantes antes descritas en dependencia directa de la clase, del estrato social al que pertenecen los padres, por lo que se dan distintas formas de aprender y de internalizar las normas, y valores vigentes en la sociedad dependiendo del nivel socio-profesional, socio-económico y socio-cultural de la familia.

En la historia de la humanidad, la familia ha sido la agencia de socialización más importante en la vida del individuo. Algunos autores plantean que los cambios sociales producidos por los procesos de industrialización y modernización han llevado a una pérdida relativa de su relevancia ante la irrupción de otras agencias socializadoras como el sistema educacional, los grupos de amigos y los medios masivos de comunicación. Sin embargo, su importancia sigue siendo capital. La familia es el primer agente en el tiempo, durante un lapso más o menos prolongado tiene prácticamente el monopolio de la socialización y, además, especialmente durante la infancia, muchas veces selecciona o filtra de manera directa o indirecta a las otras agencias, escogiendo la escuela a la que van los niños, procurando seleccionar los amigos con los cuales se junta, controlando /supuestamente/ su acceso a la televisión, etc. En este sentido, la familia es un nexo muy importante en el individuo y la sociedad.

Toda familia socializa al niño de acuerdo a su particular modo de vida, el cual está influenciado por la realidad social, económica e histórica de la sociedad en la cual está inserta. Hay autores que han señalado la existencia de diferencias en las prácticas de socialización, según sea la clase social a que pertenezca la familia.

Es posible, distinguir dos tipos o modos de socialización familiar: en primer término, *socialización represiva o autoritaria*, "la cual enfatiza la obediencia, los castigos físicos y los premios materiales, la comunicación unilateral, la autoridad del adulto y los otros significativos"; en segundo término, *socialización participativa*, "en donde se acentúa la participación, las recompensas no materiales y los castigos simbólicos, la comunicación en forma de diálogo, los deseos de los niños y los otros generalizados".

La Escuela: La escuela interviene cuando el niño cuenta ya con un conjunto de comportamientos internalizados, es decir asumidos como suyos, cuenta una cierta orientación personal de base.

La importancia de la escuela en el desarrollo social es decisiva, puesto que en ella se adquieren habilidades y conocimientos, se inculcan valores, normas y costumbres. En la medida en que el niño responda a las expectativas del sistema, se verá favorecido por él y viceversa. Desgraciadamente estas expectativas exigen en muchos casos, conformismo y pasividad en el alumnado, convirtiéndose en este caso la escuela una relación de poder que los especialistas ejercen con el nombre del poder establecido.

Respecto al contacto extraescolar profesor-alumno, la opinión general es que es positivo, ya que ayuda a un mejor conocimiento mutuo fuera del ambiente docente. Dentro de este trato, se puede incluir la atención

personalizada, presente en tutorías, ayudas, interés por el desarrollo del alumno-compañero. Creando así una corriente interactiva muy productiva para la socialización y el rendimiento académico.

Los Medios de Comunicación: Este agente de socialización irrumpió en la sociedad a partir de finales del siglo pasado. Desde la prensa hasta la televisión, pasando por los carteles, cómics, vallas publicitarias, fotonovelas estos medios contribuyeron a la socialización del niño con una acción cuyas características son muy distintas y en más de un aspecto, opuestas a los demás agentes.

En los últimos años, el peso de los medios de comunicación ha ido aumentando en la vidas de los individuos; siendo la TV uno de los medios que está ejerciendo más influencia; está invadiendo la vida familiar absorbiendo gran parte del su tiempo y de los tiempos de ocio.

Se presentan varios hechos, para tomar conciencia de la importancia que tiene estos medios de comunicación como es la TV, como los siguientes:

Muchos niños pasan más tiempo viendo TV que haciendo cualquier tipo de actividad, llegando a consumir un gran sin número de horas de programación.

En la TV presencian numerosos actos de violencia, estos personajes violentos son los que más éxito tienen, provocando la admiración y tendencia a la imitación en los niños, a la vez que la misma violencia se instituye como algo normal en la vida cotidiana.

Los personajes que intervienen en los programas encarnan con frecuencia, roles sexuales.

Numerosas horas ante la TV facilita el consumismo, el conformismo social, la conformación de actitudes de pasividad, etc.

Esta estructura también es parte de las actividades de todos los miembros de la familia, limitando el tiempo que se dedican unos a otros.

Si tenemos además en cuenta que el aprendizaje por observación de los modelos es una forma privilegiada de desarrollo social, la conclusión no puede ser más desoladora en este apartado. La contribución de la televisión en el desarrollo de sentimientos de ansiedad y conductas agresivas es necesario evaluar; pero podemos asegurar que contribuye a ello. Es conveniente que los padres limiten y controlen las horas que un niño pasa en el televisor. También es importante, que los responsables que tienen a su cargo estos medios de comunicación social tomen conciencia de su carácter de agentes básicos de socialización y reestructuren los espacios, programas y contenidos. Se ha comprobado experimentalmente que una buena programación televisiva con modelos que estimulen el desarrollo social y emocional hace que los niños se vuelvan más cooperativos, más solidarios y más dispuestos a manifestar sentimientos.

Para finalizar este punto, queremos dejar constancia que existen diferencias substanciales en los tres agentes de socialización antes señalados. Si analizamos y comparamos los dos primeros: la familia y la escuela, con el último: los medios de comunicación, especialmente la TV, podemos observar dichas diferencias:

Familia y escuela Son:

Bidireccionales (el niño puede dialogar con ellos).

Personales (la comunicación es directa, interpersonal, cara a cara).

Homogéneos (los padres eligen la escuela de acuerdo a sus creencias y opiniones).

La televisión:

Unidireccional (el niño no puede hablar con ella).

Impersonal (un continuo de personas desconocidas van desfilando por la pantalla brevemente).

Heterogéneo (se dan escenas de aventuras, se informa sobre el deporte, política, se le estimula a disponer desde un juguete hasta un automóvil, en un desorden constante).

Un hecho fuera de discusión hoy día es que en el mundo actual los medios de comunicación han alcanzado una difusión sin precedentes. Los diarios, las revistas, el cine, la radio y, sobre todo, la televisión, son usados

por una cantidad muy significativa y creciente de personas para satisfacer, principalmente, las necesidades de información y entretenimiento, dedicando un número muy grande de horas a ver, escuchar o leer los mensajes difundidos por estos medios.

Para los niños, se ha dicho que al cabo del año están más tiempo frente al televisor que frente al maestro en el aula. Tal situación tiene un claro efecto socializador, planteándose que una buena parte de la construcción social de la realidad está determinada por los medios de comunicación masiva. Estos medios, particularmente la televisión, darían una imagen del mundo, elaborarían un mapa de la realidad, que resultaría de capital importancia en la conducta social. Se enfatiza que el usuario decide usar o no los medios, selecciona que medio usar, que programa ver, etc. Las preferencias en estas decisiones o selecciones están fuertemente determinadas por los valores, creencias o actitudes que han conformado otras agencias de socialización, particularmente la familia.

Todos los grupos y asociaciones de adultos, en los negocios y en las profesiones, en el recreo, en la política y en la religión, influyen continuamente en el cambio y en el desarrollo de la persona social. Los medios modernos de información, como el cine, la televisión, las radios, los libros de cuento y las grandes revistas ilustradas, influyen en la formación del comportamiento social más de los que la mayoría se imagina. Los padres y los educadores que se preocupan por el impacto que tales agentes causan en los niños ordinariamente no caen en la cuenta de que ellos mismos siguen los ejemplos y las sugerencias y recogen las opiniones y las actitudes que le presentan esos medios. Se están socializando en forma subconsciente.

OTROS AGENTES

Entre otros agentes que interviene en la socialización del niño o el joven podemos nombrar los siguientes: el conjunto Deportes, Arte, Religión, los que pueden o no estar presentes:

- **El deporte** socializa desarrollando la competitividad, espíritu de sacrificio, la voluntad, habilidad para organizar y coordinar grupos humanos, además de contribuir grandemente al desarrollo físico y psíquico del individuo.

• **El Arte** socializa desarrollando la creatividad, la percepción y el Conocimiento del mundo interior y exterior del individuo, la expresividad ante los demás. Es un profundo error de padres y profesores creer que el niño que aprende y practica alguna disciplina artística seriamente le servirán sólo para convertirse en un "artista"; en realidad ese niño está desarrollando su creatividad y demás características sociales y de personalidad ya indicados, los que le servirán en cualquier actividad que desempeñe en su vida, ya sea que se convierta en un mecánico, carpintero, herrero, médico, arquitecto, ingeniero, etc., porque será un individuo potencialmente más creativo, perceptivo y comunicativo que muchos otros.

- **La religión** (cuando no es sectaria, fundamentalista, aislacionista) desarrolla valores ante la vida, usualmente legitimando la cultura y visión de mundo de la sociedad; con sus actividades contribuye a desarrollar aptitudes de convivencia con otros.

Teoría del vínculo.

En su obra Teoría del vínculo el Dr. Enrique Pichón Riviére, médico psiquiatra y psicoanalista argentino (1907-1977) trata de conceptualizar la noción de vínculo como una estructura dinámica en continuo movimiento o transformación, que engloba tanto al sujeto como a un objeto (objeto que puede ser otro sujeto o situación), teniendo esta estructura características consideradas normales y también alteraciones que podrían interpretarse como patológicas. Según Pichón Riviére el vínculo lo establece la totalidad de la persona, totalidad que él interpreta como una Gestalt en constante proceso de evolución. Este autor concibe

a la persona humana como una totalidad integrada en tres dimensiones: la mente, el cuerpo y el mundo exterior (ver Áreas de la conducta, en Psicología de la conducta de José Bleger, 1977), que se integran dialécticamente.

Se dedicó a la construcción de una teoría social que investigaba los procesos de interacción e interrelación, la experiencia de las personas en los grupos, en las instituciones (como la familia) y en la organización social. Se destacó como investigador y científico siendo reconocido nacional e internacionalmente, trató de realizar un pasaje del psicoanálisis al estudio del individuo o persona inmerso en un contexto familiar, grupal, social y cultural que lo produce y del cual es productor.

Produjo una teoría conocida como de los grupos operativos, proponiendo una visión dialéctica del funcionamiento de los grupos. Definió el aprendizaje como una apropiación instrumental –por el conocimiento- de la realidad, para transformarla.

El sujeto (la persona o el individuo) desde esta teoría, es actor y protagonista de la historia, tanto de su historia libidinal como de la historia social, no concibe al sujeto en una relación armónica con la realidad social sino en una permanente relación mutuamente transformante del mundo. En estas conceptualizaciones se detecta claramente la influencia del pensamiento dialéctico, fundamentalmente del marxismo.

Con la Teoría del vínculo, Pichón Riviére intenta realizar un salto cualitativo de una teoría psicoanalítica sostenida fundamentalmente en los fenómenos intrapsíquicos a una psiquiatría social, considerando al individuo o a la persona como la resultante de las relaciones interpersonales. Esta concepción le permite estudiar al individuo o la persona, no como un ser aislado sino un ser incluido dentro de un grupo, fundamentalmente el grupo familiar, extendiendo la investigación del ámbito psicosocial al sociodinámico. (Ver en Psicología de la conducta de José Bleger, el apartado Ámbitos de la conducta). Al mismo tiempo investiga la inclusión y la significación que el grupo familiar tiene dentro de la sociedad en la que está inserta, investigación que denominará institucional.

Finalmente considera un *vínculo normal* a aquel que se establece entre un sujeto y un objeto (que puede ser otro sujeto o situación) cuando ambos están bien diferenciados tanto en el psiquismo como en la realidad del mundo exterior. El vínculo configura una estructura dinámica (entendiendo estructura como un conjunto de elementos relacionados entre sí) que está representada por un sujeto, un objeto y un enlace o ligadura afectiva que los une, que funciona accionada por motivaciones psicológicas, dando como resultado una conducta determinada que tiende a repetirse tanto en la relación interna o psíquica (o mental) como en la relación externa con las otras personas.

Pichón Riviére tiende a integrar el conductismo (según el modelo situacional) con la psicología fenomenológica existencial considerando que no es posible separar el aspecto exterior de la conducta del aspecto interior de la vivencia, de forma tal que ambos forman un todo en una situación y en un determinado momento en el aquí-ahora de la realidad.

Otros autores como Berentein I., y Puget J. (Psicoanálisis de la pareja matrimonial, 1988) que han seguido investigando y trabajando con la noción de vínculo, sobre todo en el campo psicoanalítico vincular (familias y parejas) definen el término vínculo, en castellano como atar. Significa unión o atadura de una persona o una cosa con otra. También se usa como unir, juntar o sujetar con ligaduras o nudos. Se supone que estos nudos atan duraderamente. La definición sugiere entonces la idea de una relación estable o permanente. Estos autores llaman vínculo a una estructura formada por tres términos: un yo, un otro y un conector (o intermediario), que sería una atadura afectiva y que daría cuenta de la particular manera de ligar a ambos. También plantean la existencia de cierta disposición en los seres humanos a constituir vínculos y la existencia

de representaciones psíquicas o mentales de los mismos. De forma tal que en un plano manifiesto podemos estudiar las relaciones sociales pero en un plano interno o psíquico podemos estudiar los vínculos.

Estas propuestas tienen una raíz común que es el modelo propuesto por S. Freud para pensar la existencia de lo que este autor llamara el psiquismo o aparato psíquico formado a partir de identificaciones. Las mismas se podrían producir por los enlaces afectivos establecidos entre el nuevo sujeto y otros sujetos significativos (por ej. en los grupos familiares sería entre los nuevos seres y los padres). Pero no solo podemos hablar de vínculos familiares sino también conyugales, grupales, etc. El interrogante parte de saber cómo se originan dichos enlaces afectivos y qué promueven en su funcionamiento. Se originarían por la posibilidad de producir identificaciones sostenidas en enlaces afectivos o enlaces libidinales.

UNIDAD III

- .- Aberastury A., M. Knobel, "La adolescencia normal", editorial Paidós.
- .- Charles Morris, "Introducción a la Psicología", Pearson Educación, Cap. 1 9

UNIDAD IV

Definiciones de adulto.

De acuerdo al diccionario de la Real Academia Española (RAE), adulto es un adjetivo que procede del vocablo latino adultus. El concepto permite calificar a aquel o aquello que haya alcanzado su desarrollo pleno.

Para la biología, un organismo alcanza la adultez cuando ya puede reproducirse. En el caso del ser humano, la noción se vincula además a diversas cuestiones legales y culturales, trascendiendo el aspecto vinculado a la fisiología y a la capacidad reproductiva.

La primera etapa de la vida humana es la niñez, luego llega la adolescencia y finalmente el individuo se convierte en adulto, cuando su desarrollo físico ya se ha completado, momento en el cual puede hacer un uso mayor de sus facultades. La adultez, a su vez, puede dividirse en diversas etapas, como la adultez temprana, la adultez media y la adultez tardía o vejez.

A nivel legal, es habitual que se considere que una persona es adulta a partir de los 18 o de los 21 años, de acuerdo al ordenamiento jurídico. Se cree que, a partir de una cierta edad, el sujeto ya tiene la madurez física y psicológica necesaria para tomar sus propias decisiones de manera consciente y asumiendo las consecuencias de sus actos.

Cabe señalar que esto no siempre se cumple, especialmente en la era actual, caracterizada por haber roto con muchas de las estructuras y los preceptos que tenían validez en el pasado.

Uno de los puntos que cada vez es menos común es la paternidad: si bien existen muchas personas tradicionalistas, que creen en el modelo básico de familia, y nacen preparados para casarse y procrear, también están quienes optan por encontrar su propio camino a través el desarrollo profesional y personal, sin necesidad de una pareja.

Por otro lado, la adultez no es algo que pueda definirse de una misma forma para todos los casos, ya que no se trata de un concepto enlazado obligatoriamente a la madurez física ni a la edad de un individuo, como puede apreciarse en muchos artistas y personas de espíritu libre que continúan disfrutando de la vida como

si fuesen niños. Esto no quita que ante la ley sean adultos, pero desde un punto de vista social están más cerca de la infancia.

Convertirse en adulto parece una cuestión natural, pero hay quienes aseguran que es posible negarse voluntariamente a dar ese paso, y prefieren mantener vivo al niño interior para no perder esa intensidad propia de los primeros años. Mientras que algunas personas nunca cuestionan los mandatos y permiten de forma pasiva que su entorno las vaya transformando en esposos, padres y abuelos, otras descubren a tiempo que existen infinitas posibilidades.

La psicología de la vejez

Rocío Fernández-Ballesteros Catedrática de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico Universidad Autónoma de Madrid

Las etapas de la vida

Como en otras ciencias sociales y biológicas, los expertos han convenido en establecer distintas etapas evolutivas que ocurren a lo largo de la vida. Éstas varían de unos autores a otros pero, en síntesis, los expertos son coincidentes en que la evolución del comportamiento humano cuenta con cuatro esenciales periodos: la infancia, la adolescencia, la edad adulta y la vejez.

Si tratamos de establecer que esenciales diferencias se producen en estas cuatro etapas podríamos decir que, desde el nacimiento hasta la edad adulta (incluyendo la infancia y la adolescencia) se produce un fuertísimo crecimiento en prácticamente todos los sistemas comportamentales y, por tanto, los psicólogos evolutivos han denominado periodo del desarrollo. Estas primeras dos etapas de la vida es perfectamente coincidentes con lo que ocurre a niveles biológico: en ellas se produce la maduración del individuo que en estrecha interacción con el medio ambiente familiar y social es responsable de esos complejos repertorios comportamentales referidos anteriormente.

¿Qué sucede en la edad adulta y en la vejez?

En principio, la creencia más común en nuestra cultura es que la edad adulta implica estabilidad, ello, también sería coincidente con lo que aceptan las ciencias bio-médicas. Sin embargo, la investigación de lo que ocurre comportamentalmente en la edad adulta es que, aunque con un menor incremento, el individuo sigue desarrollándose o perfeccionando sus repertorios comportamentales. Es más, en nuestra sociedad actual, la verdadera profesionalización llega mucho después de la adolescencia y la máxima inversión educativa y formativa no solo se produce en los primeros años de la vida sino a todo lo largo de ésta.

En un mundo tecnificado como el nuestro el ser humano ha de seguir inserto en procesos de aprendizaje a lo largo de toda su vida adulta y nuestra sociedad ha sido bautizada como una sociedad del conocimiento en el que éste se convierte en un objetivo preciado a todo lo largo del ciclo de la vida.

¿Y en la vejez?

Ello, está todavía más claro, la común creencia es que a partir de una determinada edad empieza "la vejez". La idea más común es que existe un comienzo de esa vejez, generalmente establecido en la edad de jubilación, y, lo que es peor, que ello conlleva pérdida, declive y deterioro. Y es que la psicología -o mejor aún, algunos psicólogos- han asumido un modelo biomédico por el que sabemos que, a lo largo de la vida, pasados un periodo de fuerte crecimiento, todos nuestros sistemas biológicos pierden eficiencia.

Es este comportamiento de los sistemas biofísicos a lo que, desde la biología, se llama envejecimiento y se expresa como una involución que tiene el signo contrario a lo que llamamos desarrollo. Pero, ¿ocurre realmente eso mismo en los sistemas comportamentales? Antes de contestar a esta pregunta deberemos

recordar cual es el objeto de la psicología (el comportamiento a los niveles de complejidad necesarios) y cómo se conforma.

Hemos dicho que en cualquier comportamiento humano existe una base biológica pero que el comportamiento se construye a través de una compleja transacción entre el individuo y el contexto socio-cultural. Así, todos aquellos comportamientos que tengan un mayor componente biológico se verán afectados en forma paralela a lo que ocurra con el sistema del que dependen. Así, por ejemplo, la habilidad motora depende del sistema locomotor y si este es dañado impedirá esa habilidad.

Sin embargo, también sabemos que en esa transacción entre los elementos biológicos y los comportamentales, lo psicológico influye extraordinariamente (a todo lo largo de la vida) en lo biológico por lo que una fuerte motivación determinará la re-instauración de una habilidad comportamental en ausencia del sustrato que la hizo posible en un primer momento. En otras palabras, aunque el sustrato natural en la plasmación de la creación pictórica sea la mano diestra que guía el pincel, ésta puede ser sustituida fácilmente por cualquier otro sustrato comportamental en la expresión artística, de ello tenemos miles de ejemplos. En este, como en otros muchos casos, el comportamiento (en este caso la motivación como motor de la conducta) explica mucho más el desarrollo o la involución del individuo que ningún otro factor biológico o, incluso social.

El ser humano no se “termina” psicológicamente hablando (o no termina su desarrollo) cuando acaba su máxima maduración física y biológica, ni empieza su deterioro cuando termina, en la edad adulta, su etapa laboral, se marchan los hijos del hogar o cuando ocurre cualquier otra condición física, biológica y social. El desarrollo humano, desde una perspectiva psicológica, dura mientras se siguen produciendo las transacciones entre el organismo biológico y el contexto sociocultural. Pero, desde luego, en esa ecuación del cambio a lo largo de la vida -en ese balance entre evolución y desarrollo e involución y deterioro (o, en otros términos, entre pérdidas y ganancias)- existen factores psicológicos que experimentan ganancias y otros que experimentan pérdidas.

En definitiva, existe crecimiento y declive a todo lo largo de la vida.

También es verdad que existen determinadas características psicológicas, como por ejemplo, el neuroticismo, la sociabilidad, o las actitudes y los intereses que, una vez instauradas en la edad adulta, se modifican muy poco a todo lo largo de la vida. En definitiva, la teoría de la continuidad establece que existe un escasísimo cambio por lo que se refiere a las preferencias, actitudes y actividades que las personas realizan a lo largo de su vida.

Algunos factores psicológicos experimentan deterioro o declive mientras que otros experimentan desarrollo o cambio positivo. Hay que resaltar que se consideran *declives a aquellos cambios que suceden con probabilidad al envejecer* mientras que llamamos *deterioro cuando ocurre un cambio patológico* (excedente del declive) generalmente producido por una determinada enfermedad.

FUNCIONES PSICOLOGICAS MÁS IMPORTANTES.

Conviene comenzar resaltando que estamos considerando a la vejez como una etapa de la vida. Los individuos llegan a esa (no bien determinada) etapa con muy distintos bagajes y experiencias debido no solo al estado de su organismo en su sentido biológico sino, sobre todo, de la historia de aprendizaje y de las circunstancias que les ha tocado vivir. De hecho, una de las características más notables del proceso de envejecimiento es la enorme variabilidad que existe.

En otras palabras, en la medida en que se incrementa la edad aumenta las diferencias existentes entre los individuos envejecientes debido, lógicamente, a la diversidad de circunstancias y de contextos históricos

vividos de forma tal que aunque aquí vamos a presentar unos determinados patrones de cambio en la vejez, la variabilidad entre los distintos procesos, funciones psicológicas así como entre los comportamientos divergen extraordinariamente entre los distintos individuos.

FUNCIONES COGNITIVAS

El ser humano, puede ser entendido como un procesador activo de información. A través de sus sentidos la información es captada, almacenada, analizada y elaborada y, finalmente, el ser humano responde a esa información. En ese sentido, el individuo debe atender y percibir esa información, procesarla y retenerla.

En realidad, cualquier comportamiento humano está dependiendo tanto de los estímulos y circunstancia externas como de esas funciones psicológicas aprendidas a su vez a lo largo del proceso de aprendizaje. En definitiva, cabe preguntarse, ¿qué funciones cognitivas cambian con el paso del tiempo y cuáles permanecen estables?

Teniendo en cuenta que la recepción de información depende de los sentidos y que el procesamiento de la información tiene como soporte el Sistema Nervioso Central, una primera conclusión es que durante el proceso de envejecimiento se produce un enlentecimiento y una menor eficiencia del funcionamiento cognitivo.

En definitiva, el ser humano mayor tarda más en responder a la información que recibe en comparación con el más joven, sobre todo cuando las tareas que se le demandan requieren muchos recursos atencionales. No obstante, conviene también resaltar que esos cambios o declives en las primeras fases del procesamiento ocurren desde muy temprano en la vida. Sin embargo, no cabe duda de que el procesamiento de información lleva consigo el aprendizaje, la retención o la memoria de esa información.

Tras el examen de los distintos tipos de aprendizaje, los autores ponen de relieve que, amén de requerir un mayor número de ensayos de aprendizaje y mayores tiempos de ejecución, las personas mayores (en comparación con las más jóvenes) tienen una amplia capacidad de aprendizaje. Un alto porcentaje de personas mayores afirman tener fallos en el recuerdo de nombres, números de teléfono, cosas que tiene que hacer, si han apagado el gas y otros muchos eventos de la vida cotidiana. Como podemos apreciar tan solo la memoria de trabajo (también llamada operativa y la memoria episódica sufren cambios negativos asociados a la edad.

Sin embargo, llegado este punto, tal vez lo más importante sea señalar que existen recursos para mejorar aquellos sistemas de memoria que han declinado. Así Ruiz Vargas pone de relieve cuales son los recursos que pueden ponerse a contribución para la mejora de la memoria durante la vejez: 1) Estar muy motivado; 2) Jugar a recordar en forma deliberada: ¡recordar por recordar!; 3) Prestar mucha atención; 4) Repetir, repetir y repetir; 5) Dedicar mucho tiempo al aprendizaje y la memoria; 6) Organizar mentalmente la información a recordar; 7) Buscar y establecer asociaciones entre la información que se quiere recordar y otros eventos cotidianos; 8) Crear imágenes mentales de lo que se quiere recordar, y finalmente, 9) Utilizar ayudas externas como agendas, libretas, etc.

Las funciones cognitivas o intelectuales se expresan en un producto o estructura psicológica: la inteligencia.

La inteligencia puede ser entendida como la capacidad de adaptación al medio o como el conjunto de competencias que permiten resolver problemas contextualmente relevantes. Por supuesto, la inteligencia es también el producto interactivo entre factores biológicos y ambientales. ¿Qué cambios se producen en el funcionamiento intelectual?

Podemos apreciar los patrones de cambio y estabilidad del funcionamiento intelectual a lo largo del ciclo de la vida. Así, por lo que se refiere a la *inteligencia biológica* (también llamada fluida), que aglutina aptitudes como la velocidad perceptiva, la fluidez verbal, el razonamiento o la aptitud espacial, ésta se desarrolla exponencialmente en las primeras etapas de la vida para declinar muy tempranamente, a partir de los 30 años.

Sin embargo, la *inteligencia cultural* (también llamada inteligencia cristalizada), que abarca aptitudes de información, comprensión, vocabulario, etc., una vez alcanzada una cierta meseta, se mantiene constante o, incluso, puede ser incrementada hasta edades avanzadas de la vida.

Así mismo, el funcionamiento intelectual también se puede compensar, existe importante evidencia de que la actividad intelectual (desde hacer crucigramas a jugar al ajedrez) mejora el funcionamiento intelectual en la vejez e, incluso, existe también datos experimentales de que las personas que realizan actividad intelectual en su vida cotidiana son menos propensas a presentar demencias a edades avanzadas de la vida.

La sabiduría ha emergido en los últimos años como un nuevo constructo sujeto a investigación científica postulándose que pudiera ser un atributo de mayor probabilidad en la vejez. Este relativamente nuevo objeto de investigación ha sido definido por Baltes y colaboradores como un conjunto de conocimientos de experto en la pragmática de la vida. Pero, la sabiduría no parece ser solo una característica de la vejez, cabría decir que ni todos los viejos son sabios ni todos los jóvenes no sabios.

Sin embargo, la evidencia actual nos lleva a pensar que la sabiduría se produce con mayor probabilidad en la vejez aunque de frecuencia reducida. Por otra parte, también cabe resaltar que la sabiduría tampoco se puede conceptualizar como un atributo exclusivamente cognitivo sino que tiene componentes afectivos, emocionales y, como no, intelectuales.

En resumen, existen funciones intelectuales que declinan en función de la edad y, también, existen otras que se mantienen a lo largo de la vida e, incluso, existen ciertas formas de juicio y comprensión que se incrementan en la vejez.

FUNCIONES AFECTIVAS

Pero, este procesador de información como así puede ser conceptualizado el ser humano no parece atender, percibir, aprender o memorizar como si fuera una máquina (por muy inteligente que la máquina fuese). El ser humano es un organismo emocional en el que la inteligencia se entremezcla con el sentimiento y la pasión a la hora de comportarse inteligentemente. Los sentimientos y las emociones conforman la afectividad como importante ámbito psicológico.

La vejez conlleva una serie de situaciones conflictivas: la jubilación, la pérdida de seres queridos, la marcha de los hijos, con frecuencia la enfermedad crónica y lo que es peor, un conjunto de polipatologías, en ocasiones discapacidad y dependencia y, desde luego, mayor proximidad a la muerte, y todo ello junto a otros más eventos negativos que ocurren casi inevitablemente. Es lógico pensar que todos esos eventos producirán en los individuos que los sufren reacciones afectivas negativas: depresión, soledad, malestar, en definitiva, sufrimiento. Examinada la cuestión "fríamente", habría que concluir que las personas mayores con alta probabilidad tienen que experimentar una afectividad displacentera, ¿es eso así?

Una primera respuesta a esa pregunta es claramente negativa. Las personas mayores no expresan una menor felicidad, bienestar o satisfacción con la vida cuando se las compara con las más jóvenes.

Tres hallazgos:

1. Cuando se es mayor, se experimentan emociones con la misma intensidad que cuando se es joven y los mayores sienten emociones positivas con igual frecuencia que la gente más joven.
2. Existe una fuerte evidencia de que la experiencia emocional negativa se da en mucha menor frecuencia a partir de los 60 años. Así, a esas edades, existe más expresión de "felicidad", "gratitud", "contento" que de "frustración", "tristeza" o "rabia".

3. La conclusión de la mayor parte de autores que investigan el mundo afectivo de los mayores es que en la vejez existe una mayor complejidad y riqueza emocional. En otras palabras, que en la vejez se incrementa el manejo adecuado de los afectos y que, por tanto, existe una mayor “madurez” afectiva.

En definitiva, si en el mundo cognitivo ocurren cambios negativos debidos a la edad, en el mundo afectivo parecen ocurrir cambios positivos esencialmente ligados a un declive de la emocionalidad negativa que algunos autores han conceptualizado como una mejor integración o elaboración emocional.

ESTEREOTIPOS SOBRE LA VEJEZ Y SUS EFECTOS

La percepción y la conceptualización (o en otros términos las “teorías implícitas”) sobre el envejecimiento y la vejez forman parte de las más clásicas corrientes de pensamiento. Así, por ejemplo, *Platón* conceptualizaba la vejez como sinónimo de pérdida, enfermedad y deterioro mientras que *Aristóteles* la concebía como una etapa de oportunidad, de sabiduría y conocimiento. De estas dos visiones, la que cuenta con una mayor inserción en nuestra cultura es la que conceptualiza la vejez negativamente. No es de extrañar, la belleza, la salud, la rapidez están en la base de los valores de nuestra época y todas estas condiciones físicas son algunas de las que declinan a lo largo del ciclo de la vida. Pero, empecemos por aclarar previamente a que llamamos estereotipo.

Un **estereotipo** es un cliché o un modelo fijo, compartido por una determinada colectividad, que se utiliza para conceptualizar a un determinado sujeto de conocimiento abstracto como la vejez o la juventud, la inmigración o el poder y nos sirven a modo de teorías implícitas respecto de ese sujeto de conocimiento. Estos clichés -en términos generales negativos- son aprendidos a través del proceso de socialización del individuo el cual transcurre en un ambiente sociocultural determinado. Lo importante es que, estas imágenes o clichés una vez aprendidas tienen un poder causal en el sentido de que son la causa de la conducta tanto individual como social referida a ese objeto de conocimiento e, incluso, pueden convertirse en profecías que tienden a su autocumplimiento.

Pero, esas imágenes o clichés actúan no solo explícitamente a través de opiniones y juicios sino que lo hacen en forma implícita; en otras palabras, la gente no es consciente de algunas de sus formas de conceptualización sobre la vejez son extraordinariamente negativas e influyen, incluso determinan, comportamientos “edaistas” discriminatorios. Por ejemplo, se ha demostrado que cuando personas de distintos grupos de edad son sometidas subliminalmente a elementos verbales asociados a la vejez toman decisiones negativas perjudiciales más rápidamente que si se enfrentan a estímulos relativos a la juventud.

Es más, estos estereotipos desencadenan actitudes negativas que, a veces, provocan desigualdades sanitarias o sociales. Tan es así que Naciones Unidas y la Organización Mundial de la Salud han venido emitiendo recomendaciones que tratan de provocar decisiones gubernamentales que combatan los estereotipos o falsas creencias en torno a la vejez.

Además, sabemos que, en gran parte de condiciones psicológicas, la práctica es más importante que la edad. En otras palabras, no cabe duda de que la velocidad de tecleo decline con la edad, sin embargo, una persona mayor entrenada será mucho más rápida que una no entrenada. En otras palabras, en múltiples aspectos, la edad no es más importante que la práctica o la experiencia sino muy al contrario, la experiencia o la práctica tiene mayor influencia sobre el comportamiento que la edad.

Levy, tras realizar múltiples estudios transculturales, experimentales y longitudinales concluye que, los estereotipos negativos sobre la vejez que ostentan las personas mayores influyen en su memoria, causan estrés y peores formas de combatirlo, e, incluso, predicen menor sobrevivencia; en otras palabras, en estudios longitudinales, las personas que ostentaban estereotipos más positivos vivieron 7 años más que aquellas que tenían imágenes negativas en torno a la vejez.

Concluyendo, La vejez es una etapa de la vida y el envejecimiento es un proceso que ocurre a lo largo de la vida. Ambos objetos de conocimiento son multidisciplinarios puesto que el ser humano es una realidad bio-psico-social. La psicología como disciplina científica que se ocupa del comportamiento humano a los niveles de complejidad necesarios es una disciplina básica de los cambios psicológicos que se producen en el transcurso de la vida.

El proceso de envejecimiento psicológico no ocurre isomórficamente al envejecimiento biofísico. Existen funciones psicológicas que declinan muy tempranamente, una vez llegado a su máximo desarrollo y existen otras que se mantienen e, incluso que se desarrollan a todo lo largo de la vida.

VALOR DE VEJEZ Y MUERTE PARA LA PSICOLOGÍA

El interés por el estudio de la vejez dentro de la comunidad psicológica es fruto de una clara evidencia social: la población del mundo a partir del siglo XX ha mejorado en su esperanza de vida.

El incremento en el envejecimiento de la población genera paralelamente un problema tanto psicosocial como sanitario que provoca a su vez la necesidad de conocer los mecanismos que permitan asegurar no sólo una mayor longevidad, sino una longevidad acompañada de una cierta calidad de vida. Analizar cómo afecta el envejecimiento no solo en lo físico, sino también en lo emocional y hasta social y buscar alternativas que mejoren esta calidad, buscarle una solución a este flagelo que para muchos se les ha convertido en un problema es una de las prioridades en esta etapa de la vida.

Hay que destacar que el estudio de la vejez desde la psicología hace su aparición en el siglo XIX asociado al interés surgido en torno al envejecimiento como parte de la psicología, comienza a adquirir una mayor solidez a partir de la finalización de la II Guerra Mundial. Desde 1945 hasta finalizada la década de los años 50 se puede considerar un período de crecimiento y difusión del estudio de la Psicología de la vejez, así como de aplicación de los conocimientos para solventar los problemas de las personas mayores.

En cuanto a los aspectos psicológicos más investigados en esta época, se mantiene el interés principal por las habilidades intelectuales durante la vejez, y se amplía a otros aspectos, como la memoria y el aprendizaje, la adaptación en la vejez y su relación con el nivel de actividad y satisfacción con la vida. Alguien ha dicho que la vejez no tiene remedio.

Para la psicología La vejez no es una enfermedad: es un estado de graduales cambios degenerativos, de lento desgaste, pero no es una enfermedad ni tiene que venir acompañada de dolores ni angustias.

Podemos concluir que la vejez no es una enfermedad, es solo otra etapa de la vida, por no decir que la última, instaura una nueva temporalidad, una medida diferente del tiempo: lo que resta por hacer, junto a una revisión del proyecto de vida construido en las etapas anteriores. La muerte debe ser integrada al ciclo de la vida como hecho natural, lo que no implica despojarse omnipotentemente de los miedos y las interrogantes que el hombre ha procurado responderse desde los inicios.

Vejez y muerte.

La vejez y la muerte

La vejez despierta miedo. Se asocia a ella la idea del deterioro y la muerte. Este temor carente de "función realista", opera en el sentido de negar – y por lo tanto mantener en el desconocimiento – el proceso evolutivo natural del sujeto humano. Algunos autores, han analizado los prejuicios subyacentes, que sustentan las actitudes de distanciamiento y segregación que se desprenden de estas creencias. No obstante la muerte, sigue silenciada en el discurso, y el tema – a nuestro parecer – es tratado por la filosofía, la religión y el arte, más que por la psicología y el psicoanálisis.

Este comportamiento es de algún modo 'normal' para nuestra cultura, donde el mito de la eterna juventud

obtura la aceptación del paso del tiempo, que equivale a decir la vida misma. Asistimos a un bombardeo permanente de imágenes 'acompañadas' de palabras, instándonos a transformar el cuerpo en objeto de un culto obsesivo. Ser bellos, exitosos y siempre jóvenes es casi el paradigma de felicidad en nuestra vida cotidiana. Para Lipovetsky se trata de "... una sociedad centrada en la expansión de las necesidades /.../ que re-ordena la producción y el consumo de masas bajo la ley de la obsolescencia, de la seducción y de la diversificación."

El ideal de perfección estética ha desplazado drásticamente a otros valores. No es absurdo que suceda, pues sabemos de los adelantos de la ciencia y la técnica, que posibilitaron el aumento de la esperanza de vida. Esperanza y calidad de vida son nociones diferentes.

Hoy, es posible prolongar la vida y es un hecho notable, que la alta especialización de la ciencia plasmó. Desde una concepción psicoanalítica analiza los distintos niveles de contacto que los niños y jóvenes tienen con la idea. Creo pertinente citar aquí un ejemplo compartido por él "... la pregunta de un hijo al padre al enterarse de la muerte del abuelo: - ¿Quién lo mató, papá?"

En la medida en que el morir ya no sucede en la propia casa, nos vamos despojando de la muerte natural como hecho cotidiano y entonces se asimila a la triste consecuencia de un acto violento, a lo dramático, o al resultado de la lucha de los 'malos contra los buenos' y viceversa.

La propia palabra está connotada de cierta opacidad, es una experiencia de la que no poseemos relato, está en el registro de "lo innombrable", "Freud destacó el hecho de que nuestra muerte no nos es representable, frente a ella somos siempre espectadores." También afirmó que no existen diferencias entre la vivencia subjetiva del hombre primitivo y el actual, ya que para ambos este hecho es "inimaginable e irreal".

Para Khan "la gente muere y está muerta. Pero la muerte es infinita. A la muerte se le han pintado los rasgos más macabros y extraños: no obstante la muerte está más allá de todo lo que se imagine. Los seres humanos no pueden imaginar lo que no ha estado en la experiencia vivida de nadie. Combinamos imágenes vivientes y declaramos que tienen el semblante de la muerte. No es así, son mentiras sobre el morir y la muerte elaboradas por los que viven. La muerte permanece silenciosa y perceptiblemente invisible.

A nivel del funcionamiento psíquico hablamos de duelo – entendiéndolo como dispositivo normal de los sujetos para hacer frente a sus distintas pérdidas – que permite la elaboración de los sucesivos cambios inherentes a la vida.

'Descubrirse' viejo, para algunas personas puede ser el desencadenante de una crisis.

El sujeto que ha entrado en la vejez asistió y asiste a numerosas pérdidas: sus padres – ergo, el lugar de hijo -, el cuerpo de la mediana edad (y concomitantemente la adquisición de una nueva representación de sí, esquema e imagen corporal), el rol de trabajador – para ingresar en la categoría peyorativizada de 'pasivo'. (El lugar ocupado en la cadena productiva es condición para la valoración social, su pérdida, puede favorecer el despliegue de aspectos profundamente depresivos.

Jubilarse es un hecho crucial en la vida de las personas y la desvinculación laboral cobrará diversos significados de acuerdo al sentido subjetivo que cada cual le confirió al trabajo. Quienes cuentan con recursos psíquicos que lo anticipen a 'metabolizar' el cambio, vivirán de modo menos traumático esta etapa y apelarán a la creatividad, en el sentido de transformar la realidad activamente, conciliando las vivencias penosas).

Sin embargo para todos, la muerte – como afirma Salvarezza – se "personaliza", y aunque siga conservando su carácter enigmático y misterioso, ya no es una abstracción lejana.

Silva García dice que "la muerte está enlazada con el tiempo, que cada momento es una pequeña amortización de una deuda que al final habrá que saldar íntegra."

La angustia, susceptible de ser intensificada y favorecida por el contexto social adverso, no encuentra muchas veces un camino adecuado para manifestarse, (la palabra silenciada puede quedar atrapada en el cuerpo, en numerosas manifestaciones de padecer somático). Si nuestra escucha de la persona vieja está teñida de escepticismo (*nada puede cambiarse ya*) o comprensión (en ocasiones 'infantilizada', al colocarnos en un supuesto rol de nietos), contribuiremos en gran medida a estrechar, limitar los sentidos posibles de su decir.

Un fragmento del discurso pronunciado por Freud ante los miembros de la organización B'nai Brith, de la cual formó parte. Transcribo entonces, los pasajes referidos: "Nuestro inconsciente asume la misma posición que el hombre prehistórico. /.../ Vale decir que lo inconsciente en nosotros no cree en su propia muerte. Está obligado a comportarse como inmortal" (...) "El miedo a la muerte, que sufrimos más frecuentemente de lo que sabemos, es una contradicción ilógica de esta certeza. De cualquier modo no es tan original y nació generalmente de una conciencia de culpabilidad."

Podríamos considerar entonces que esta angustia es la contra-cara del sentimiento omnipotente de eternidad y juventud de nuestro inconsciente. Entonces los viejos se colocan ante la mirada de los que aún no lo somos, como el destino prefijado y funesto, inexorable, del que es menester tomar distancia mágicamente, olvidando que es tan sólo cuestión de seguir viviendo.

Concluyendo, La muerte debe ser integrada al ciclo de la vida como hecho natural, lo que no implica despojarse omnipotentemente de los miedos y las interrogantes que el hombre ha procurado responderse desde los inicios (ya sea mediante al arte, la filosofía o la especulación religiosa), sino por el contrario, tenerlas presente en nuestro trabajo.

La disposición a la escucha clínica de esta temática implica un desafío, por el alto monto de angustia que moviliza, pero se torna un requisito ineludible en la tarea con los viejos. Esta – obviamente – deberá adecuarse a las características personales y tendrá como objetivos primordiales acompañar, sostener y ayudar a elaborar la impronta de la muerte para cada sujeto.

Más que nunca cobran especial validez las palabras de Freud *"si vis vitam, para mortem. Si quieres soportar la vida, prepara la muerte."*

Conocimiento del Proceso de Morir

El ser humano es el único organismo vivo sobre el planeta que tiene conciencia de que un día morirá. El conocimiento de la vida humana lleva implícita la dimensión temporal, y, en ella, el tiempo biográfico nos conduce a la idea de fin, y, por tanto, a la idea de muerte.

La realidad del conocimiento del fin de la vida humana comienza muy pronto en el desarrollo individual, el niño en la etapa preoperacional (según Piaget) ante hechos que acontecen a su alrededor conectados con la desaparición de objetos y seres queridos, va configurando su idea de lo que es "el morir". Sin embargo, en términos piagetianos, ese concepto o idea de lo que es "el morir" en el niño va a depender básicamente de:

- a) Su nivel de maduración.
- b) El factor experiencia y relación con situaciones relacionadas con la muerte de seres queridos en su trayectoria vital.
- c) El papel otorgado por los adultos, en particular, y la información social, en general, acerca de la explicación más o menos "prelógica" y/o veraz de los hechos acontecidos relacionados con la muerte.

Ello condicionará que un niño, de mayor o menor edad, con mayor o menor contacto con situaciones de muerte en su trayectoria vital (abuelos, padres, algún hermano o compañero, animales de compañía, etc.), y miembro de una sociedad más o menos tecnificada, violenta, dirigida hacia la individualidad o la colectividad, entre otras variables, posea visiones bien distintas de "el morir".

A lo largo del desarrollo, el paso del tiempo, entendido como ascenso en el curso vital biográfico, el individuo va a encontrarse en distintas ocasiones con el proceso de morir de los que le rodean y (aunque en el transcurso del hilo biográfico podríamos encontrar una muerte como "la muerte significativa", en un sentido fenomenológico), a medida que su edad vaya aumentando sus vivencias del morir, van a ser más y de más variada significación.

Menciona Célica Cuello (2002) que como la vejez se encuentra asociada a la idea de deterioro y muerte, en general despierta miedo, por lo que se implementa un dispositivo tendiente a negar el proceso evolutivo natural "No obstante la muerte, sigue silenciada en el discurso, y el tema es tratado poco.

Patologías de la tercera edad.

Demencia

OMS- MAYO 2017.

Datos y cifras

La demencia es un síndrome que implica el deterioro de la memoria, el intelecto, el comportamiento y la capacidad para realizar actividades de la vida diaria.

Aunque afecta principalmente a las personas mayores, la demencia no constituye una consecuencia normal del envejecimiento.

En el mundo entero hay unos 47 millones de personas que padecen demencia, y cada año se registran 9,9 millones de nuevos casos.

La enfermedad de Alzheimer, que es la causa de demencia más común, acapara entre un 60% y un 70% de los casos.

La demencia es una de las principales causas de discapacidad y dependencia entre las personas mayores en el mundo entero.

La demencia tiene un impacto físico, psicológico, social y económico en los cuidadores, las familias y la sociedad.

La demencia es un síndrome –generalmente de naturaleza crónica o progresiva– caracterizado por el deterioro de la función cognitiva (es decir, la capacidad para procesar el pensamiento) más allá de lo que podría considerarse una consecuencia del envejecimiento normal.

La demencia afecta a la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, el cálculo, la capacidad de aprendizaje, el lenguaje y el juicio.

La conciencia no se ve afectada. El deterioro de la función cognitiva suele ir acompañado, y en ocasiones es precedido, por el deterioro del control emocional, el comportamiento social o la motivación.

La demencia es causada por diversas enfermedades y lesiones que afectan al cerebro de forma primaria o secundaria, como la enfermedad de Alzheimer o los accidentes cerebrovasculares.

La demencia es una de las principales causas de discapacidad y dependencia entre las personas mayores en todo el mundo. Puede resultar abrumadora no solo para quienes la padecen, sino también para sus cuidadores y familiares. A menudo hay una falta de concientización y comprensión de la demencia, lo que puede causar estigmatización y suponer un obstáculo para que las personas acudan a los oportunos servicios de diagnóstico y atención. El impacto de la demencia en los cuidadores, la familia y la sociedad puede ser de carácter físico, psicológico, social y económico.

Signos y síntomas

La demencia afecta a cada persona de manera diferente, dependiendo del impacto de la enfermedad y de la personalidad del sujeto antes de empezar a padecerla. Los signos y síntomas relacionados con la demencia se pueden entender en tres etapas.

Etapa temprana: a menudo pasa desapercibida, ya que el inicio es paulatino. Los síntomas más comunes incluyen:

- tendencia al olvido;
- pérdida de la noción del tiempo;
- desubicación espacial, incluso en lugares conocidos.

Etapa intermedia: a medida que la demencia evoluciona hacia la etapa intermedia, los signos y síntomas se vuelven más evidentes y más limitadores. En esta etapa las personas afectadas:

- Empiezan a olvidar acontecimientos recientes, así como los nombres de las personas;
- Se encuentran desubicadas en su propio hogar;
- Tienen cada vez más dificultades para comunicarse;
- Empiezan a necesitar ayuda con el aseo y cuidado personal;
- Sufren cambios de comportamiento, por ejemplo, dan vueltas por la casa o repiten las mismas preguntas.

Etapa tardía: en la última etapa de la enfermedad, la dependencia y la inactividad son casi totales. Las alteraciones de la memoria son graves y los síntomas y signos físicos se hacen más evidentes. Los síntomas incluyen:

- Una creciente desubicación en el tiempo y en el espacio;
- Dificultades para reconocer a familiares y amigos;
- Una necesidad cada vez mayor de ayuda para el cuidado personal;
- Dificultades para caminar;
- Alteraciones del comportamiento que pueden exacerbarse y desembocar en agresiones.

Formas más comunes

Las formas, o causas, de la demencia son múltiples y diversas. La enfermedad de Alzheimer es la forma más común de demencia: se calcula que representa entre un 60% y un 70% de los casos. Otras formas frecuentes son la demencia vascular, la demencia por cuerpos de Lewy (agregados anormales de proteínas en el interior de las células nerviosas) y un grupo de enfermedades que pueden contribuir a la demencia frontotemporal (degeneración del lóbulo frontal del cerebro). Los límites entre las distintas formas de demencia son difusos y frecuentemente coexisten formas mixtas

Factores de riesgo y prevención

Aunque la edad es el principal factor de riesgo de demencia, la enfermedad no es una consecuencia inevitable del envejecimiento. Además, la demencia no afecta exclusivamente a personas mayores. La demencia de inicio temprano (aparición de los síntomas antes de los 65 años) representa hasta un 9% de los casos. Algunas investigaciones han revelado una relación entre la aparición de deterioro cognitivo y factores de riesgo relacionados con el modo de vida que también son comunes a otras enfermedades no

transmisibles, como la inactividad física, la obesidad, las dietas desequilibradas, el consumo de tabaco y el consumo nocivo de alcohol, la diabetes y la hipertensión. Otros factores de riesgo modificables son la depresión, el bajo nivel educativo, el aislamiento social y la inactividad cognitiva.

Impactos sociales y económicos

La demencia tiene importantes repercusiones sociales y económicas en lo que respecta a los costos médicos directos, los costos sociales directos y costos referidos a la atención prestada fuera del ámbito institucional.

Demencia (desde Medline plus)

Es una pérdida de la función cerebral que ocurre a causa de ciertas enfermedades. Afecta la memoria, el pensamiento, el lenguaje, el juicio y el comportamiento.

Causas

La demencia por lo regular ocurre a una edad avanzada. Es poco común en personas menores de 60 años. El riesgo de padecer esta enfermedad aumenta a medida que una persona envejece.

La mayoría de los tipos de demencia son irreversibles (degenerativos). Irreversible significa que los cambios en el cerebro que están causando la demencia no pueden detenerse ni revertirse. El mal de Alzheimer es el tipo más común de demencia.

Otro tipo común es la demencia vascular. Es causada por muchos accidentes cerebrovasculares pequeños.

La demencia de los cuerpos de Lewy es una causa común de demencia en los ancianos. Las personas con esta afección tienen estructuras proteínicas anormales en ciertas zonas del cerebro.

Las siguientes afecciones también pueden llevar a la demencia:

- Enfermedad de Huntington
- Lesión cerebral
- Esclerosis múltiple
- Infecciones como el VIH/SIDA, la sífilis y la enfermedad de Lyme
- Mal de Parkinson
- Enfermedad de Pick
- Parálisis supranuclear progresiva

Síntomas

Los síntomas de demencia abarcan dificultad con muchas áreas de la función mental, incluyendo:

- El comportamiento emocional o la personalidad
- El lenguaje
- La memoria
- La percepción
- Pensamiento y juicio (habilidades cognitivas)
- La demencia aparece primero generalmente como olvido.

El deterioro cognitivo leve (DCL)

Es la fase entre el olvido normal debido al envejecimiento y la aparición de la demencia. Las personas con DCL tienen ligeros problemas con el pensamiento y la memoria que no interfieren con las actividades cotidianas. Con frecuencia no se dan cuenta del olvido. No todas las personas con DCL presentan demencia.

Los síntomas del deterioro cognitivo leve incluyen:

- Dificultad para realizar más de una tarea a la vez
- Dificultad para resolver problemas y tomar decisiones
- Olvidar hechos o conversaciones recientes
- Tardar más tiempo en llevar a cabo actividades mentales más difíciles

Los síntomas tempranos de demencia pueden incluir:

- Dificultad para realizar tareas que exigen pensar un poco, pero que solían ser fáciles, tales como llevar el saldo de la chequera, participar en juegos y aprender nueva información o rutinas
- Problemas del lenguaje, como tener dificultad para encontrar el nombre de objetos familiares
- Perder interés en cosas que previamente disfrutaba; estado anímico indiferente
- Extraviar artículos
- Cambios de personalidad y pérdida de habilidades sociales, lo cual puede llevar a comportamientos inapropiados.
- A medida que la demencia empeora, los síntomas son más obvios e interfieren con la capacidad para cuidarse.

Los síntomas pueden incluir:

- Cambio en los patrones de sueño, despertarse con frecuencia por la noche
- Dificultad para realizar tareas básicas, como preparar las comidas, escoger la ropa apropiada o conducir
- Olvidar detalles acerca de hechos de actualidad
- Olvidar acontecimientos de la historia de su propia vida, perder la noción de quién es
- Tener alucinaciones, discusiones, comportamiento violento y dar golpes
- Tener delirios, depresión, agitación
- Mayor dificultad para leer o escribir
- Falta de juicio y pérdida de la capacidad para reconocer el peligro
- Uso de palabras erróneas, no pronunciar las palabras correctamente, hablar con frases confusas
- Retraerse del contacto social.

Las personas con demencia grave ya no pueden:

- ✓ Llevar a cabo actividades básicas de la vida diaria, como comer, vestirse y bañarse
- ✓ Reconocer a los miembros de la familia
- ✓ Entender el lenguaje

Otros síntomas que pueden ocurrir con la demencia:

- Problemas para controlar las deposiciones o la micción
- Problemas para tragar

Tratamiento

El tratamiento depende de la afección que está causando la demencia. Algunas personas pueden requerir hospitalización por un corto tiempo.

En ocasiones, los medicamentos para tratar la demencia pueden empeorar la confusión del paciente. La suspensión o el cambio de medicamentos es parte del tratamiento.

Ciertos tipos de ejercicios mentales pueden ayudar con la demencia.

El tratamiento de afecciones que pueden llevar a la confusión a menudo puede mejorar enormemente el funcionamiento mental.

Tales afecciones incluyen:

- Anemia
- Insuficiencia cardíaca congestiva
- Disminución de oxígeno en la sangre (hipoxia)
- Depresión
- Insuficiencia cardíaca
- Infecciones
- Trastornos nutricionales
- Trastornos de la tiroides

Se pueden utilizar medicamentos para:

Disminuir el ritmo al cual empeoran los síntomas, si bien el mejoramiento con estos fármacos puede ser pequeño

Controlar problemas con el comportamiento, como pérdida del juicio o confusión.

Una persona que tiene demencia requerirá de apoyo en casa a medida que la enfermedad empeora. Los familiares u otros cuidadores pueden ayudar a la persona a lidiar con la pérdida de memoria y los problemas del comportamiento y el sueño. Es importante asegurarse de que las casas de las personas que tienen demencia sean seguras para ellas.

Expectativas (pronóstico)

Las personas con deterioro cognitivo leve no siempre desarrollan demencia. En los casos en los que se presenta demencia, ésta por lo general empeora con el tiempo. La demencia a menudo disminuye la calidad y expectativa de vida. Las familias probablemente necesitarán planear el cuidado futuro de su ser querido.

Prevención

- La mayoría de las causas de la demencia no se pueden prevenir.
- Los riesgos de la demencia vascular se pueden reducir al prevenir los accidentes cerebrovasculares al:
 - ✓ Consumir alimentos saludables
 - ✓ Hacer ejercicio
 - ✓ Dejar de fumar
 - ✓ Controlar la presión arterial
 - ✓ Manejar la diabetes

Demencia senil

La demencia es un trastorno de la razón que supone un deterioro progresivo e irreversible de las facultades mentales. Quien sufre demencia experimenta graves trastornos en la conducta y en las funciones cognitivas, hasta el punto de no poder continuar realizando sus actividades cotidianas.

Senil, por su parte, es lo perteneciente o relativo a una persona de avanzada edad en la que se evidencia una decadencia física y/o mental.

La noción de demencia senil hace referencia al trastorno de la mente que aparece en la ancianidad. Se trata de un síndrome orgánico que se caracteriza por el deterioro de la memoria, trastornos del juicio y del pensamiento abstracto y alteraciones de la personalidad.

Cuando la demencia senil alcanza un grado avanzado, la persona no puede interactuar con normalidad ni llevar a cabo actividades de manera autónoma. Por eso quienes sufren el trastorno deben recibir atención permanente.

Sin embargo, uno de los primeros consejos que los médicos dan a los familiares de pacientes con demencia senil es que les permitan hacer tantas cosas por sí mismos como sea posible.

Otras recomendaciones muy comunes son: establecer rutinas y horarios, para evitar que la persona se desoriente en su vida diaria; mantener las cosas que suele usar siempre en los mismos sitios; poner relojes y calendarios bien a la vista; evitar el acceso a sustancias peligrosas y objetos cortantes.

Aunque existen muchos trastornos y síndromes asociados o similares, lo que dificulta una definición precisa, los especialistas concuerdan en que la demencia senil se inicia después de los 65 años de edad.

Entre los primeros indicios de su aparición se encuentran la ansiedad, las ideas paranoides, el aislamiento social, el estrés, los rasgos obsesivos, la confusión de fechas y ubicaciones, los olvidos constantes, los cambios extremos de humor y las alteraciones en la personalidad, la dificultad para recordar términos de uso cotidiano y la pérdida de confianza en las personas más cercanas.

Para proceder a diagnosticar la demencia senil la medicina se basa en una serie de métodos que comienzan por el descarte de otros trastornos cuyos síntomas sean la pérdida temporal de memoria y la confusión. Seguidamente, es necesario observar el historial clínico del paciente para buscar casos de demencia senil en sus antepasados y familiares más cercanos. La confirmación del diagnóstico se puede obtener mediante tomografías del cerebro y un examen neurológico, pasos esenciales para advertir cambios a nivel físico.

Es importante distinguir, de todas formas, entre la demencia senil, el envejecimiento normal, la depresión, la esquizofrenia y otros trastornos con deterioro cognitivo. Cada caso tiene diferentes particularidades y requieren de diferentes tratamientos.

El suministro de fármacos, el ejercicio físico pautado y controlado y una dieta determinada pueden ayudar a reducir las alteraciones vinculadas a la demencia senil.

La causa más común de este problema es la enfermedad de Alzheimer, la cual se encuentra en casi la mitad de los pacientes de demencia senil. Se trata de un trastorno de tipo genético que destruye las neuronas, impidiendo la formación de nuevos recuerdos y acabando poco a poco con la funcionalidad del cerebro humano.

Por otro lado, se encuentran el alcoholismo, el consumo abusivo de esteroides, la enfermedad de Parkinson y la de Huntington, la encefalitis bacteriana o viral y la esclerosis múltiple; la razón es que la ingesta de ciertos medicamentos para tratar dichos problemas puede provocar daños en el tejido del cerebro.

Otra causa de la demencia senil puede ser una deficiencia de niacina y tiamina (dos vitaminas del grupo B); una vez que se consigue restaurar sus niveles, es posible que los síntomas se reviertan. Por último, exponerse al mercurio o al plomo puede también provocar la aparición de demencia senil.

La demencia senil: un duelo familiar.

José M. Uncal Jiménez de Cisneros Médico Psiquiatra Centro Allumar

Publicado en la revista Asociación Familiares Alzheimer Asturias-AFA

Estos y otros comentarios similares surgen con demasiada frecuencia en el seno de muchas familias que, sin esperarlo ni por supuesto merecerlo, se ven obligados a sufrir el tremendo impacto que supone el diagnóstico de demencia senil o presenil en la persona de un ser querido. Sea por el Alzheimer o por cualquier otro mal que deteriore sus funciones mentales, la persona en cuestión deja de ser la misma. Su personalidad cambia, su humor se altera, su memoria se pierde, su capacidad de razonamiento se distorsiona y, evidentemente, resulta un caos en el sistema familiar hasta entonces más o menos estabilizado.

Una serie de emociones y sentimientos se revolucionan en todos los elementos de la familia, lo que antes era

cariño se empieza a transformar en rencor y tensión estresante. Lo que antes era comprensión, diálogo y comunicación se convierte en discusión, intolerancia e irritabilidad. Lo que antes era paz y tranquilidad, ahora es amargura, infelicidad y desesperanza. Porque la vivencia de la familia allegada y los seres queridos de un paciente diagnosticado de demencia senil es bastante terrible; sobre todo, al principio de la enfermedad.

Es un proceso muy similar a la reacción de duelo; ese conjunto de reacciones anímicas y emocionales que acompañan al ser humano cuando ha de enfrentarse a la muerte y pérdida de un ser querido. Porque cuando la demencia causa estragos en el afectado es una especie de muerte en vida.

Sí, esté ahí y está vivo; pero no es él. «El que era mi padre, mi esposa o mi hermano ya no está ahí; es su cuerpo vivo, es su imagen, pero no es su persona». Ya que ha habido una variación tan radical en su forma de ser y actuar que resulta un extraño en el habitual intercambio afectivo. Generalmente no alcanzamos a entender lo que es realmente esta reacción de duelo hasta que lo experimentamos en propia carne.

De repente, y sin estar preparados, sufrimos un golpe terrible en nuestra alma: el diagnóstico clínico de algo irreversible. Y a continuación, durante una larga temporada, sentimos una serie de emociones que nos asustan, sorprenden a veces e, indudablemente nos hacen sufrir mucho. Y este dolor supone un trauma psicológico lo suficientemente importante como para cambiarnos la vida.

Las emociones y los sentimientos son la expresión que originamos como respuesta al impacto que nos producen las circunstancias que ocurren en nuestra vida. Y este impacto/expresión es personal, único e irrepetible; cada persona es un mundo y vivencia sus sentimientos de una forma peculiar e individual. Es un error pensar que no pasa nada, que todo tiene que ser como antes; porque no es cierto. El auténtico duelo produce cambios, a veces trascendentales en nuestra vida. Cambios externos, porque la persona demenciada ya no está con nosotros como antes; pero también muy importantes cambios internos, fruto del sufrimiento y la reflexión consecuenta.

La experiencia catastrófica de pérdida genera unos sentimientos dolorosos que perturban nuestra paz y tienden a anular cualquier otro sentimiento positivo. Y esto que sentimos es algo normal. Es lógico (y no patológico) que suframos cuando perdemos a un ser querido. Ni tiene nada que ver con la depresión; al menos con la depresión como trastorno psiquiátrico.

Es cierto que el que atraviesa un duelo está triste y llora; pero no es una depresión lo que padece, es una etapa de duelo. Hay una serie de reacciones sentimentales más o menos comunes a todas las personas que atraviesan un duelo. Y cuando éste no se complica y sigue un curso natural se desarrolla en sucesivas fases o etapas. Puede durar más o menos cada una; y a veces se superponen, pero suelen llevar esta secuencia:

1. Estupor

Aturdimiento e imposibilidad de aceptar la realidad de lo que está ocurriendo. Es un estado de shock psíquico que embota la mente, que la enturbia, anulando la conciencia de la realidad. La desgracia se vive como un sueño, una mala pesadilla de la que antes o después despertaremos.

2. Anhelos Pensamientos obsesivos,

Búsqueda incesante de soluciones, sentimiento de poderosa angustia y ansiedad... Empezamos a darnos cuenta de una realidad y no lo soportamos.

3. Negación

«No es verdad, no puede ser, a mí no me puede pasar esto...». Como un resorte aparecen los mecanismos inconscientes de defensa ante la angustia.

4. Rabia

Ira que se desarrolla a medida que se toma conciencia de la realidad. Por la frustración y la impotencia que la enfermedad del ser querido nos produce: «¿Por qué a mí? ¿Por qué todos siguen bien, siguen su vida y yo no puedo?». Rabia y hostilidad hacia quienes tratan de consolar, hacia los implicados (médicos, etc.), hacia el propio familiar con demencia, hacia sí mismo (autorreproches) acompañada de profundos sentimientos de culpa.

5. Desesperanza

Rendimiento ante la búsqueda inútil de una curación milagrosa. Conciencia ya clara de la realidad. Tristeza (no depresión), sensación de soledad, de desorganización, de desesperanza... «No tiene remedio».

6. Negociación Recapacitación, búsqueda de equilibrio,

Pequeños cambios y proyectos, intentos para seguir adelante a pesar de la carga que supone el proceso demencial.

7. Aceptación

Especie de tristeza serena, pero ya sin angustia. Capacidad para recordar con cariño lo que era aquel familiar antes de demenciarse, pero ya sin derrumbarse, sin sufrimiento.

8. Reorganización

Se retoma la vida y surgen nuevas propuestas.

Reanudación de la actividad, establecimiento de nuevas habilidades y roles que llevan a la adaptación de la vida cotidiana a la nueva situación. El pasado no se olvida; queda en la memoria como un buen recuerdo, pero ya sin efecto traumático.

Todas estas etapas suelen darse cuando el duelo lleva un curso adecuado. A veces duran más, a veces menos, a veces se solapano alteran un poco el orden natural, dependiendo de la persona y la coherencia familiar preexistente. Todas estas reacciones, por muy intensas que sean, son normales; no patológicas. Y lo más importante de todo: cuando tiene lugar una desgracia de este tipo en un ser querido hay que pasar por ellas.

Para que el duelo se supere y esté bien elaborado hay que sufrirlas. Alguien comparó el duelo a un túnel por el cual hay que atravesar una zona de oscuridad para poder alcanzar la luz. Los que se detienen o vuelven atrás sólo prolongan las tinieblas. Pena, negación, rabia, culpa... son emociones normales en el proceso del duelo. Y hay que dejar que se expresen y liberen en su justa medida. Sin tragárselas, sin represión. Que salgan al exterior. Son como una mala digestión que es preciso vomitar para quedarse a gusto.

Si no se pudren y enquistan en nuestro interior provocando «malos rollos» psicológicos que antes o después van a distorsionar nuestra existencia. Podemos sentir pena. ¿Lloramos por el afectado o por nosotros mismos al sentirnos desvalidos y abandonados? «¿Qué será ahora de él, que será de mí? Nos viene el temor a que nos pase lo mismo, a la propia demenciación. Nos angustia el futuro «no estoy preparado para esto y acabara conmigo. Podemos sentir culpa. Por creer no estar haciendo lo suficiente o lo correcto, por creer que no se siente el cariño que debería sentir, por sentir a veces odio y malos deseos hacia el familiar con demencia...

Todo es normal y no debemos avergonzarnos. Al contrario: la forma de superar todo eso es la expresión clara y llana de todos esos sentimientos. La expresión sentimental descubre muchas cosas de uno mismo, purga nuestro interior y ayuda a conocernos mejor. Descubre nuestras debilidades, nuestras fortalezas y nuestros límites.

Si todo este conocimiento se aprovecha, nos puede incitar al cambio, dándonos cuenta de que sólo el presente, y no el pasado, se puede cambiar. Y que el futuro dependerá de los cambios que hagamos en este presente para adaptarnos. No queda más remedio que aceptar la realidad de la pérdida: Separar, lo más claramente posible «su demencia de mi cordura. Pensar que el demenciado es quien más ha perdido: la capacidad para razonar, cosa que el cuidador, el familiar aún posee. Para elaborar y asimilar todo esto, muchas veces es precisa la ayuda y el asesoramiento psicológico para no derrumbarse y quedarse a medio camino. Por ello, tan esencial como los cuidados que debe recibir el enfermo de demencia lo son los apoyos que pueda agenciarse quien ha de llevar la carga cotidiana de su cuidado.

Enfermedad de Alzheimer

La enfermedad de Alzheimer es la forma más común de demencia entre las personas mayores. La demencia es un trastorno cerebral que afecta gravemente la capacidad de una persona de llevar a cabo sus actividades diarias.

El Alzheimer comienza lentamente. Primero afecta las partes del cerebro que controlan el pensamiento, la memoria y el lenguaje. Las personas con el mal pueden tener dificultades para recordar cosas que ocurrieron en forma reciente o los nombres de personas que conocen. Un problema relacionado, el deterioro cognitivo leve, causa más problemas de memoria que los normales en personas de la misma edad. Muchos, pero no toda la gente con deterioro cognitivo leve, desarrollarán Alzheimer.

Con el tiempo, los síntomas del Alzheimer empeoran. Las personas pueden no reconocer a sus familiares. Pueden tener dificultades para hablar, leer o escribir. Pueden olvidar cómo cepillarse los dientes o peinarse el cabello. Más adelante, pueden volverse ansiosos o agresivos o deambular lejos de su casa. Finalmente, necesitan cuidados totales. Esto puede ser muy estresante para los familiares que deben encargarse de sus cuidados.

El Alzheimer suele comenzar después de los 60 años. El riesgo aumenta a medida que la persona envejece. El riesgo es mayor si hay personas en la familia que tuvieron la enfermedad.

Ningún tratamiento puede detener la enfermedad. Sin embargo, algunos fármacos pueden ayudar a impedir por un tiempo limitado que los síntomas empeoren.

Delirio

El delirio es una condición que presenta rápidos cambios en el estado mental. Esto causa confusión y cambios en el comportamiento. Además de pasar de un estado de lucidez a inconsciencia y de perder contacto con la realidad, puede haber problemas con:

- Atención y conciencia
- Pensamiento y memoria
- Emoción
- Control de los músculos
- Dormir y despertar

Las causas del delirio incluyen medicamentos, intoxicaciones, enfermedades o infecciones graves y dolor intenso. También puede ser parte de algunas enfermedades mentales o demencia.

El delirio y la demencia tienen síntomas similares, por lo que puede ser difícil distinguirlos. También pueden ocurrir juntos. El delirio comienza repentinamente y causa alucinaciones. Los síntomas pueden mejorar o empeorar y pueden durar horas o semanas. Por el contrario, la demencia se desarrolla lentamente y no causa alucinaciones. Los síntomas son estables y duran meses o años.

El delirium tremens es un tipo grave de síndrome de abstinencia alcohólica. Por lo general, sucede cuando las personas dejan de beber después de años de abuso de alcohol.

Las personas con delirio a menudo, aunque no siempre, se recuperan por completo después de que su enfermedad subyacente sea tratada

Los síntomas DEL DELIRIO abarcan:

- Cambios en la lucidez mental (por lo regular más alerta en la mañana, menos alerta en la noche)
- Cambios en la sensibilidad (sensación) y la percepción
- Cambios en el nivel de conciencia o conocimiento
- Cambios en el movimiento (por ejemplo, puede ser de movimiento lento o hiperactivo)
- Cambios en los patrones del sueño, somnolencia
- Confusión (desorientación) en cuanto a tiempo o lugar
- Disminución en la memoria y recuerdos a corto plazo
- Pensamiento desorganizado, como hablar de una manera que no tiene sentido
- Cambios emocionales o de personalidad, como ira, agitación, depresión, irritabilidad, euforia
- Incontinencia
- Movimientos desencadenados por cambios del sistema nervioso
- Problemas para concentrarse

DIFERENCIAS ENTRE DEMENCIA SENIL Y ALZHEIMER.

Demencia senil

Quando hablamos de demencia senil no nos referimos a una enfermedad sino que, únicamente, hacemos referencia a su pérdida de capacidad mental donde las funciones de conducta o de conocimiento del mundo se han visto perjudicadas. Este tipo de paciente requiere de la supervisión continua y de ayuda para llevar a cabo su rutina diaria puesto que, su concepción de la realidad está alterada. Por eso, es importante aprender a hablar con un paciente con demencia senil_pues sus facultades de comprensión no son las mismas.

Así, es factible que una persona con esta afección pueda ver alucinaciones, creer que está en otro año o incluso hablar con personas que no están junto a ellas. Dependiendo del tipo que se tenga, los síntomas de la demencia son unos u otros.

Las causas de la aparición de la demencia senil en una persona vienen dadas por el propio paso de los años o por padecer otras enfermedades que provoquen esta pérdida de capacidad mental. Entre las enfermedades más propensas a desarrollar demencia destacamos las siguientes:

- Enfermedad de Parkinson
- Enfermedad de Pick
- Síndrome de Down
- Padecer tumores
- Demencia vascular
- Alzheimer

En cambio, el Alzheimer sí es una enfermedad mental cuya cura todavía se desconoce pero sí se pueden llegar a controlar sus síntomas con fármacos y tratamientos que deben siempre ser recetados por un especialista.

El Alzheimer es una variante de la demencia senil pero puede aparecer en edades más tempranas; la diferencia principal es que cuando una persona padece Alzheimer su esperanza de vida es de 10 años aproximadamente y, en cambio, la demencia no implica la muerte del paciente.

El Alzheimer aparece porque las neuronas del paciente se mueren de manera progresiva por lo que distintas zonas del cerebro se ven atrofiadas por esta acción. Como enfermedad, presenta diferentes síntomas que dependen de las etapas en las que se encuentre el paciente.

A modo de conclusión, cabe remarcar que las principales diferencias entre la demencia y el Alzheimer son: La demencia no es una enfermedad sino un deterioro de las capacidades mentales de una persona; el Alzheimer, por su contra, sí es una enfermedad que se desarrolla de manera progresiva en un paciente.

La demencia aparece por diferentes causas entre las que destaca el paso del tiempo o el padecimiento de otras enfermedades; el Alzheimer, por el contrario, no se conocen sus causas pero sí se sabe que es un estadio más de la demencia senil.

La esperanza de vida de un paciente con demencia no se ve alterada por sufrir este deterioro; sin embargo, una persona con Alzheimer sí ve reducida su esperanza de vida a, aproximadamente, 10 años.

DIFERENCIAS ENTRE ALZHEIMER-DEMENCIA Y PARKINSON

José Manuel Marín Carmona
Comité científico en Alzheimer.

Geriatra. Programa Municipal de Memoria y Demencias. Ayuntamiento de Málaga. Presidente de la Sociedad Andaluza de Geriatria y Gerontología

Aun cuando ha sido un término ampliamente utilizado a lo largo del siglo XX, y todavía hoy en día, lo primero que hay que dejar claro es que no existe la demencia senil. La vejez, per se, no es causa demencia, ni todas las personas que alcancen una edad avanzada tienen por qué desarrollar demencia de forma ineludible, que es lo que indicaría el término demencia senil. Los ejemplos de personas de edad avanzada en plenas facultades psíquicas están en la mente y en la vida de todos nosotros.

El envejecimiento ocasiona modificaciones cognitivas (disminución de la velocidad de procesamiento mental, dificultad para mantener la atención en varias cuestiones al mismo, cierto déficit de memoria inmediata, etc.) que no tienen por qué interferir con la capacidad de un individuo para llevar una vida autónoma e independiente (a diferencia de las demencias).

Otra cuestión es que la edad es el principal factor de riesgo para desarrollar demencia, fundamentalmente de causas neurodegenerativas (la enfermedad de Alzheimer entre ellas), pero las causas serán las propias de la neurodegeneración y no la edad por sí misma.

La causa más frecuente de demencia es la enfermedad de Alzheimer, que representa aproximadamente el 75% de todas las demencias. Es una enfermedad neurodegenerativa, de curso insidioso y progresivo, cuya causa aún es incierta y en la que se imbrican factores genéticos y ambientales.

Hoy sabemos que las lesiones cerebrales que originarán la demencia (placas de proteína betaamiloide, ovillos neurofibrilares) empiezan a aparecer en determinadas áreas del cerebro 15-20 años antes de la aparición de los síntomas. En su forma típica, los primeros síntomas afectan a la memoria inmediata, a la denominada memoria episódica, con dificultades para codificar y guardar la información. Progresivamente se afectarán otras funciones cognitivas (lenguaje, orientación, capacidad de juicio, etc.) y conductuales, determinando la pérdida de la persona afectada de la capacidad de valerse por sí misma en su vida cotidiana. La enfermedad sintomática suele transcurrir de forma lenta y progresiva a lo largo de 12-15 años, y se verá influenciada por factores que tienen que ver con la propia salud de la persona (enfermedades vasculares cerebrales, medicaciones, infecciones, etc.) y el entorno donde ésta se desenvuelva.

La enfermedad de Parkinson es una enfermedad neurodegenerativa que se caracteriza por la destrucción progresiva de neuronas dopaminérgicas y la sustancia que producen, la dopamina. La sintomatología, de aparición progresiva, tiene que ver, fundamentalmente, con la falta de coordinación de los movimientos. Característicamente suele aparecer temblor (de reposo, en una mano o pierna), rigidez, amimia (cara inexpressiva), lentitud de movimientos, trastornos de la marcha (encorvados, a pasos cortos, con bloqueos), etc.

Es frecuente que los pacientes con enfermedad de Parkinson padezcan depresión y puedan desarrollar demencia. La demencia asociada a la enfermedad de Parkinson tiene rasgos diferentes a la enfermedad de Alzheimer. La memoria suele estar menos afectada que en el Alzheimer, y la presencia de síntomas neuropsiquiátricos (depresión, alucinaciones, delirios, etc.) es más frecuente y precoz.

Existe otra demencia relacionada con la enfermedad de Parkinson, la demencia por cuerpos de Lewy, que se caracteriza por alucinaciones visuales precoces y muy vívidas, fluctuaciones a lo largo del día de los síntomas, síntomas parkinsonianos y caídas de repetición. Suele tener un curso rápidamente progresivo. Por último, tratándose ambas de enfermedades neurodegenerativas, no es excepcional que en una misma persona mayor coincidan enfermedad de Alzheimer y enfermedad de Parkinson.

UNIDAD V

Bleger José, "Psicología de la conducta". Editorial Paidós, Bs As., Cap. II, III, IV y XVIII.

Morris Charles, "Introducción a la Psicología", Pearson educación. Cap. 10

Personalidad.

El Ello, YO y Súper yo.

De todas las teorías desarrolladas por **Sigmund Freud**, la del **Ello**, el **Yo** y el **Superyó** es una de las más famosas. Según su enfoque psicodinámico, cada una de estas estructuras representa una instancia psíquica que, desde nuestro sistema nervioso, nos llevan a perseguir unos intereses que chocan entre sí.

Así pues, el *Ello*, el *Yo* y el *Superyó* **son los conceptos que Freud utilizó para referirse al conflicto y la lucha de fuerzas antagónicas que, según él, rigen nuestra forma de pensar y de actuar.** El objetivo del psicoanálisis era, por lo tanto, hacer aflorar la verdadera naturaleza de los conflictos y los bloqueos que según Freud estaban en la base de la psicopatología.

Las tres instancias psíquicas de la teoría de Freud

El enfoque psicodinámico, que nació con el psicoanálisis de Freud, **se fundamenta en la idea de que los procesos psíquicos que se producen en cada persona están definidos por la existencia de un conflicto.** De ahí viene el término "dinámica", que expresa esa constante sucesión de acontecimientos por las que una parte intenta imponerse a la otra. Los conceptos del Ello, el Yo y el Superyó forman el apartado de la teorías de Freud en el que esta idea de choque entre diferentes estructuras psíquicas queda más patente.

Pero alejémonos de términos tan abstractos. ¿En qué se basa esa lucha que según Freud se libra en nuestra cabeza de manera fundamentalmente inconsciente? ¿Qué intereses y objetivos hay en juego según el padre del psicoanálisis? Para responder estas preguntas primero es necesario definir qué son el Ello, el Yo y el Superyó, las tres entidades que para Freud explican la personalidad de los seres humanos a través del modo en el que luchan entre sí.

El Ello

Freud proponía que el Ello o Id es la estructura de la psique humana que aparece en primer lugar. A diferencia de lo que ocurre con el Yo y el Superyó, está presente desde que nacemos, y por lo tanto durante los primeros dos años de nuestras vidas es la que manda a lo largo de ese periodo de tiempo.

El Ello **se mueve a partir del principio del placer inmediato**, y por eso lucha por hacer que las pulsiones primarias rijan la conducta de la persona, independientemente de las consecuencias a medio o largo plazo que eso pueda conllevar. Por ello se suele considerar que el Ello es "la parte animal" o "instintiva" del ser humano.

El Yo

Esta instancia psíquica surgiría a partir de los dos años y, a diferencia del Ello, se regiría por el principio de la realidad. Eso significa que el Yo **está más enfocado hacia el exterior**, y nos lleva a pensar en las consecuencias prácticas de lo que hacemos y los problemas que puede generar una conducta demasiado desinhibida. Esto hace que se enfrente al Ello para aplacar las pulsiones que emanan de él, para lo cual utiliza los mecanismos de defensa.

En definitiva, el Yo es, según la teoría de Sigmund Freud, la instancia psíquica que se encarga de hacer que la fuerza del Ello no tome el control del cuerpo llevándonos a situaciones catastróficas a corto plazo, y que la del Súper yo no llegue a asfixiarnos por su carácter restrictivo. No es simplemente una entidad que limita la influencia de las otras dos, sino que tiene su propia agenda e intereses y se rige por una lógica distinta: la de lo pragmático y la supervivencia.

El Superyó

El Superyó aparecería según Freud a partir de los 3 años de vida, y **es consecuencia de la socialización (básicamente aprendida a través de los padres)** y la interiorización de normas consensuadas socialmente. Es la instancia psíquica que vela por el cumplimiento de las reglas morales. Es por eso que el Superyó presiona para realizar grandes sacrificios y esfuerzos con tal de hacer que la personalidad de uno mismo se acerque lo máximo posible a la idea de la perfección y del bien.

Como el Ello rechaza totalmente la idea del sometimiento a la moral y el Yo, a pesar de tratar de frenar las pulsiones, también se mueve por objetivos egoístas centrados en la supervivencia y lo pragmático de adaptarse al entorno, El Superyó se enfrenta a ambos. Para el padre del psicoanálisis, el Superyó tiene sentido en un contexto en el que la influencia de la sociedad nos obliga a adoptar conductas de vigilancia de uno mismo para evitar las confrontaciones con los demás, aunque a la larga esta influencia vaya mucho más allá de esta lógica orientada a la socialización y pase a constituir un elemento fundamental de la creación de la identidad del individuo.

El equilibrio entre las fuerzas

Freud creía que todas estas partes de la psique existen en todas las personas y, a su modo, son parte indispensable de los procesos mentales. Sin embargo, también creía que la lucha entre el Ello, el Yo y el Superyó en ocasiones puede generar descompensaciones que producen sufrimiento y la aparición de psicopatologías, por lo que se debía tratar de re-equilibrar la correlación de fuerzas a través del psicoanálisis. De hecho, una de las características de las teorías de Freud es que crean un concepto de la salud mental en la que los trastornos no son la excepción, sino la norma; lo más común son los desajustes entre estas instancias psíquicas, debido a que los problemas mentales permanecen implícitos y latentes en la lucha interna que mantienen entre ellas.

Por ejemplo, si el Superyó llega a imponerse, la represión de pensamientos y emociones puede llegar a ser tan excesiva que periódicamente se producen crisis nerviosas, algo que atribuía por ejemplo a los casos de mujeres con histeria demasiado adheridas a una moral rígida y profundamente restrictiva.

Por otro lado, si el Ello predominaba, esto podía dar paso a la sociopatía, una impulsividad que pone en peligro tanto a la persona que la experimenta como a los demás, ya que la prioridad absoluta es satisfacer necesidades con urgencia.

Este concepto de equilibrio entre fuerzas impregnó totalmente la obra de Sigmund Freud, ya que no creía que existiese una solución definitiva al enfrentamiento entre las tres instancias psíquicas: las personas más sanas no son aquellas en las que el Ello, el Yo y el Superyó han dejado de luchar (cosa imposible, según él), sino aquellas en la que esta lucha causa menos infortunios.

Hay que tener en cuenta, sin embargo, que la imposibilidad de refutar las teorías de Freud convierte estos tres conceptos en constructos teóricos poco útiles para la psicología científica actual, en parte por el impacto que tuvo sobre la filosofía de la ciencia la obra de Karl Popper y sus críticas al psicoanálisis.

Trastornos de la personalidad

(Desde Medline plus)

Los trastornos de la personalidad son un grupo de afecciones mentales en las cuales una persona tiene un patrón prolongado de comportamientos, emociones y pensamientos que es muy diferente a las expectativas de su cultura. Estos comportamientos interfieren con la capacidad de la persona para desempeñarse en las relaciones interpersonales, el trabajo y otros contextos.

Causas

Las causas de los trastornos de personalidad se desconocen. Se cree que factores genéticos y ambientales están relacionados con su desarrollo.

Los profesionales en salud mental clasifican estos trastornos en los siguientes tipos:

Trastorno de la personalidad antisocial

Trastorno de la personalidad por evitación

Trastorno límite de la personalidad

Trastorno de la personalidad dependiente

Trastorno histriónico de la personalidad

Trastorno narcisista de la personalidad

Trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva

Trastorno de la personalidad paranoica

Trastorno esquizoide de la personalidad

Trastorno de la personalidad esquizotípica

Síntomas

Los síntomas varían ampliamente dependiendo del tipo de trastorno de la personalidad.

En general, los trastornos de la personalidad involucran sentimientos, pensamientos y comportamientos que no se adaptan a un amplio rango de escenarios.

Estos patrones generalmente comienzan en la adolescencia y pueden llevar a problemas en situaciones laborales y sociales.

La gravedad de estas afecciones varía de leve a severa.

Pruebas y exámenes

Los trastornos de personalidad se diagnostican sobre la base de una evaluación psicológica. El proveedor de atención médica valorará los antecedentes y la gravedad de los síntomas de la persona.

Tratamiento

Al principio, las personas con estos trastornos usualmente no buscan tratamiento por su cuenta. Esto es porque sienten que el trastorno es parte de ellos. Tienden a buscar ayuda una vez que su comportamiento ha causado problemas graves en sus relaciones personales o en sus trabajos. También pueden buscar ayuda cuando están luchando con otro problema psiquiátrico, como un trastorno del estado anímico o drogadicción.

Aunque lleva tiempo tratar los trastornos de personalidad, ciertas formas de psicoterapia pueden servir. En algunos casos, los medicamentos son un complemento útil.

Expectativas (pronóstico)

El pronóstico varía. Algunos trastornos de la personalidad mejoran enormemente durante la madurez sin ningún tratamiento, mientras que otros sólo mejoran lentamente incluso con tratamiento.

Posibles complicaciones

Las complicaciones pueden incluir:
 Problemas con las relaciones interpersonales
 Problemas en el trabajo o la escuela
 Otros trastornos de salud mental

Neurosis y psicosis:

Cuando se produce el inevitable conflicto entre el ello y el súper-yo el yo puede resolver este conflicto de un modo sensato y socialmente admitido o puede no hacerlo. Cuando no se resuelve este conflicto de un modo apropiado surge una patología mental; el yo, en este caso, puede identificarse unilateralmente con las exigencias del súper-yo o, por contra, con las exigencias del ello. En un caso se produce la neurosis y en otro la psicosis.

Por neurosis Freud entendía un abigarrado número de patologías mentales que tienen como nexo común una conducta patológica afectada de estados de profunda culpa, miedo o ansiedad. El lavarse repetitivamente las manos puede ser un ejemplo de esta conducta neurótica que pretende “purificar” de un modo simbólico los aspectos del ello que el yo se afana en ocultar para satisfacer al súper-yo. El miedo a los espacios abiertos puede tener el mismo origen: el deseo de proteger al yo ideal de un choque contra el mundo real que le produciría angustia y ansiedad. Otros trastornos como los depresivos pueden caer bajo esta amplia etiqueta de “neurosis” toda vez que en estos trastornos el sujeto desarrolla una continua baja autoestima y un continuo sentimiento de culpa: el súper-yo domina la vida psíquica del enfermo mostrándole de continuo su alejamiento de lo que “debería ser” según los estrictos criterios del yo ideal del súper-yo.

Por psicosis Freud entendía aquellos trastornos en donde el sujeto se exiliaba de la realidad y construía otra diferente a la realidad socialmente admitida. El psicótico tiene alucinaciones y no ve la realidad tal cual nosotros la vemos sino distorsionada por las exigencias del ello que al final llevan al enfermo a un estado de desconexión total con la realidad social y a un profundo sentimiento de soledad. Según el psicoanálisis las psicosis sobreviene cuando el enfermo se ha tenido que enfrentar a hechos dramáticos y frustrantes que le han empujado a cortar sus nexos con la realidad, es decir a abandonar el principio de realidad del yo en aras

del principio de placer. El sufrimiento del enfermo psicótico llega cuando percibe la exclusión social y afectiva que conlleva su ruptura con la realidad ordinaria de tal manera que una construcción irreal del mundo que debería satisfacer plenamente al ello desconectado con la realidad se convierte en una pesadilla.

Los niños pequeños tienen episódicos comportamientos neuróticos (fobias, angustias, etc.) y psicóticos (amigos invisibles, alucinaciones, etc.) pero estos desajustes son normales en cualquier desarrollo psíquico. El equilibrio entre las exigencias del ello y del súper-yo es difícil y alcanzarlo es un proceso complejo con muchos escollos intermedios.

Mecanismos de defensa

(Extraído íntegramente del manual de Psicología Myers):

La ansiedad, decía Freud, es el precio que pagamos por la civilización. Como miembros de grupos sociales debemos controlar nuestros impulsos sexuales y agresivos y evitar mostrarlos. Pero a veces el yo teme la pérdida del control en su lucha interna entre las exigencias del ello y del súper-yo, y el resultado es una nebulosa oscura de ansiedad desmedida, que nos deja el sentimiento de intranquilidad sin saber cuál es la causa. En esos momentos, según Freud, el yo se protege a sí mismo con mecanismos de defensa. Estas tácticas reducen o reorientan la ansiedad de diversas maneras, pero siempre distorsionando la realidad. Seis ejemplos:

La represión elimina de la conciencia los pensamientos y los sentimientos que despiertan la ansiedad. Según Freud, la represión subyace a todos los otros mecanismos de defensa, cada uno de los cuáles ocultan impulsos amenazantes y los mantiene alejados de la conciencia. Para él, la represión explica por qué no recordamos el deseo que sentíamos por nuestro progenitor del otro sexo en la infancia. Sin embargo, también creía que la represión suele ser incompleta, que los impulsos reprimidos afloran en los símbolos oníricos y en los lapsus verbales.

Siguiendo con la teoría de Freud, también luchamos contra la ansiedad mediante la regresión, es decir, con el retorno a una etapa más temprana del desarrollo infantil. Por tanto, es posible que cuando un niño se siente ansioso por los primeros días de colegio haga una regresión a la etapa oral y empiece a chuparse el pulgar. Los monos jóvenes, cuando están ansiosos, regresan al regazo de su madre o de su sustituto. También los estudiantes universitarios de primer año pueden extrañar la seguridad y la comodidad de su hogar.

En el tercer mecanismo de defensa, la formación reactiva, el yo disfraza de manera inconsciente los impulsos inaceptables y aparecen como sus opuestos. En el camino hacia la conciencia, la frase inaceptable "lo odio" se convierte en "lo quiero", la timidez se vuelve osadía y los sentimientos de inferioridad se transforman en fanfarronería.

La proyección disimula los impulsos amenazantes atribuyéndoselos a los demás. Por tanto, "no confía en mí" puede ser una proyección de un sentimiento real "no confío en él" o "no confío en mí mismo".

El mecanismo conocido de la racionalización sucede cuando generamos inconscientemente una justificación para poder ocultarnos a nosotros mismos los motivos reales de nuestros actos. Es así que los bebedores habituales pueden decir que beben con sus amigos "para ser sociables".

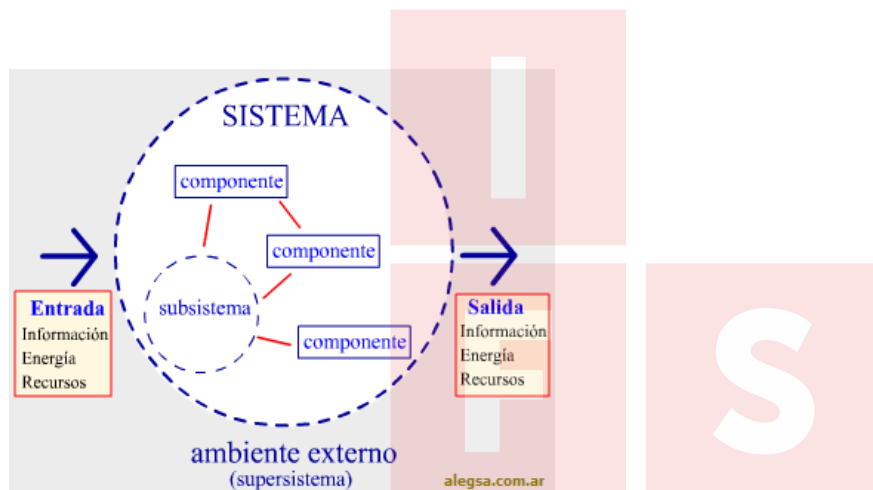
El desplazamiento, siguiendo a Freud, desvía los impulsos agresivos o sexuales hacia un objeto o una persona que es psicológicamente más aceptable que el que despierta los sentimientos. Los niños que temen expresar enojo contra los padres pueden desplazar este sentimiento pateando a su mascota. Los estudiantes molestos por un examen pueden descargar su malestar contra un compañero.

Todos estos mecanismos de defensa funcionan de manera indirecta e inconsciente y reducen la ansiedad al disimular los impulsos amenazantes. Así como el organismo se defiende inconscientemente contra la enfermedad, así también, creía Freud, el yo se defiende inconscientemente contra la ansiedad.

Sistema.

Un sistema es un conjunto de partes o elementos organizados y relacionados que interactúan entre sí para lograr un objetivo. Los sistemas reciben datos, energía o materia del ambiente (entrada) y proveen información, energía o materia (salida).

Son ejemplos de sistemas: un árbol, sistema circulatorio humano, el sistema solar, una computadora, una institución, un sistema operativo...



Esquema de un sistema

Clasificación de sistemas

*** Los sistemas pueden clasificarse según su origen en:**

Sistema artificial: por ejemplo, un televisor, una computadora, un celular.

Sistema natural: por ejemplo, un ave, un humano, el ciclo del agua, el sistema solar.

Sistema social: por ejemplo, una empresa, una institución, un estado. Puede ser incluido dentro de los sistemas artificiales.

*** En cuanto a su constitución o naturaleza, un sistema puede ser:**

Sistema físico o concreto: por ejemplo, una computadora, un árbol.

Sistema abstracto o conceptual: por ejemplo, un software, una metodología, un sistema de creencias.

*** También pueden clasificarse según su ambiente**

(Según realicen o no intercambios con su entorno):

Sistema abierto: un sistema que tiene flujos de entrada y salida; intercambia energía, materia y/o información con su ambiente.

Sistema cerrado o aislado: un sistema que no tiene ni entradas ni salidas; no intercambia ni energía, ni materia con su ambiente. En ocasiones, con fines de estudio, se considera un sistema cerrado aquel que no intercambia materia, pero sí energía con su medio.

*** Según su alterabilidad en el tiempo:**

Sistema estático: no cambia con el tiempo.

Sistema dinámico: cambia con el transcurso del tiempo.

*** Según la complejidad de sus relaciones:**

Sistema simple: pocos componentes y relaciones. Por ejemplo, la rueda, la palanca, la polea, la cuña, etc.

Sistema complejo: numerosos componentes y relaciones entre sí. Por ejemplo, un ecosistema, la Tierra, el Estado, una ciudad, etc.

Un grupo de elementos no constituye un sistema si no hay una relación e interacción entre estos, que de la idea de un "todo" con un propósito.

Cualquier conjunto de elementos que no tengan relación entre sí, ni cumplan un objetivo, NO es un sistema. Por ejemplo, un conjunto de tuercas no constituyen un sistema o una pila de naranjas tampoco lo es.

Determinar las fronteras de un sistema puede ser fácil en algunos casos o sumamente complicada en otros: límites o fronteras entre el sistema y su ambiente admiten cierta arbitrariedad.

Objetivo o fin de un sistema

El objetivo de un sistema es su propósito, su fin; para qué fue diseñado, desarrollado, construido o pensado el sistema.

Por ejemplo, el objetivo de un sistema de ventilación en un hogar es proveer de aire puro, limpio y acondicionado al hogar.

El objetivo del sistema árbol es proveer oxígeno al medioambiente, sombra, refugio para animales y plantas. El objetivo de un sistema de gestión de biblioteca es permitir al usuario acceder rápidamente a un vasto catálogo de libros y textos en general.

En general, el objetivo de estudiar sistemas sirve para comprender el funcionamiento del sistema, descubrir sus límites/fronteras visibles y/o no visibles, entender el objetivo del mismo y cómo interactúa con otros sistemas externos.

Si ahondamos en el estudio, sirve para descubrir sus partes internas y las interrelaciones entre estas, entendiendo cómo actúan en sinergia. También se pueden descubrir sus propiedades emergentes y realizar esquemas del sistema.

Estudiar un sistema puede permitir comprenderlo, cambiarlo, mejorarlo, adaptarlo, duplicarlo y explicarlo.

Las organizaciones como Sistemas Sociales

Los sistemas sociales como un tipo específico de sistemas abiertos poseen propiedades distintivas y diferenciadoras. No presentan unos límites físicos, una estructura física establecida como la de los sistemas biológicos. Los sistemas sociales poseen una estructura pero es más de sucesos y eventos que de partes físicas y ésta es inseparable de su funcionamiento.

Las organizaciones son sistemas ideados artificialmente y lo que mantiene unidos a sus miembros son lazos psicológicos más que biológicos. Las organizaciones, sistemas sociales abiertos, se pueden diseñar para un amplio rango de objetivos y determinan que sus curvas de crecimiento no se ajusten a las típicas del ciclo de vida de los sistemas biológicos. Requieren diversos mecanismos de control que mantengan sus partes unidas y en funcionamiento de modo interdependiente.

Sistemas sociales según Katz y Kahn

Katz y Kahn señalan un modelo teórico para la comprensión de las organizaciones: un sistema input-output de energía.

Las organizaciones sociales son sistemas abiertos en los que el input de energías y la conversión del output en input energético ulterior consisten en transacciones entre la organización y su ambiente.

Todos los sistemas sociales consisten en actividades pautadas de un cierto número de individuos. Estas actividades son complementarias o interdependientes con respecto a algún output o resultado común, se repiten de forma constante y están limitadas en el espacio y el tiempo.

Al enfatizar en el concepto de organización los aspectos relacionados con las actividades pautadas de un cierto número de individuos, sitúan el concepto de rol en un lugar pertinente. Conceptualizan la organización como un sistema de roles.

Sistemas sociales según Schein

Presenta aspectos estructurales y procesos internos de funcionamiento. Su interacción con el medio ambiente, su necesidad de intercambiar materia, energía e información con ese entorno y su integración como subsistema en sistemas sociales más amplios, pone de relieve la necesidad de considerar la organización en sus relaciones con el exterior. Schein plantea:

concebir la organización como un sistema abierto, lo que significa que se halla en una interacción constante con su medio ambiente, recibiendo, transformando y exportando se puede concebir la organización como un sistema de múltiples propósitos o funciones que implican diversas interacciones entre la organización y el medio ambiente las organizaciones consisten en muchos subsistemas que se hallan en interacción dinámica entre sí, es importante analizar la conducta de estos subsistemas, los concebamos en términos de grupo y de roles o en función de otros conceptos; los subsistemas dependen mutuamente entre sí, los cambios en un subsistema es probable que afecten a la conducta de otros; la organización existe en un medio ambiente dinámico que consta de otros sistemas, algunos más amplios y otros más estrechos los lazos entre la organización y su medio hacen difícil especificar las fronteras de una organización dada, es mejor formular un concepto de organización en términos de procesos estables de importación, conversión y exportación.

Concluyendo, Las organizaciones son sistemas sociales con múltiples propósitos, compuestas de muchos subsistemas concebidos en términos de grupos, roles, centros de comunicación o de toma de decisiones, etc. Se forman y desarrollan en un medio ambiente que engloba otros sistemas sociales y que les impone una exigencia y restricciones. La organización se conceptualiza como procesos estables de importación, conversión y exportación de materia, energía e información en un entorno ambiental.

Conformismo

Noah Chomsky dice que “caso tras caso, vemos que el conformismo es el camino fácil, y la vía al privilegio y el prestigio; la disidencia trae costes personales”. Si esta es nuestra realidad, ¿por qué una actitud conformista puede ser arriesgada?

En este caso entran en juego cuestiones personales, sociales e incluso psicológicas. Si observamos nuestro mundo, vemos infinidad de gente que se deja llevar por las tendencias. Una mayoría sigue a una minoría. ¿Cuáles son las causas de este comportamiento gregario?

¿Qué es el conformismo?

Se suele ajustar a los cambios o modificaciones producidas en la opinión o comportamiento de una persona. Es el resultado de una presión por parte de otros individuos o grupo de ellos.

Dicha presión puede ser real, pero también imaginaria e incluso para que actúe no es necesario que pase por la conciencia. Por otro lado, su existencia no siempre es fácil de detectar, ya que su influencia puede ser sutil.

El fenómeno del conformismo

El psicólogo Solomon Asch es uno de los que más se ha acercado a este fenómeno.

A través de sus experimentos sobre conformismo demostró cómo la presión de grupo es capaz de modificar la manifestación pública (conformidad pública) de un sujeto.

“La doctrina dogmática suele decir que la realidad es así, y le creemos a tal punto que no tenemos que pensarla más. Eso es conformismo y contra eso estoy”

-Rosa Montero-

Por qué nos volvemos conformistas

Según Asch y otros psicólogos, existen dos grandes causas que provocan el conformismo:

Muchas personas conceden más fiabilidad al juicio de otros que al propio. Esto nos llevaría a un conformismo público (manifestar que se está de acuerdo con la mayoría) y a un convencimiento privado (entender que realmente lo que piensa la mayoría es verdad)

Otras personas, pese a pensar que están equivocadas, siguen la opinión del grupo por el hecho de sentirse aceptados. El miedo al rechazo nos lleva a un conformismo público pero no a un convencimiento privado.

Riesgos del conformismo

Como es lógico, ser conformistas implica una serie de riesgos que atacan directamente a nuestra dinámica de pensamiento. En muchos casos es nuestra propia individualidad, junto a nuestras certezas y nuestra seguridad, la que está en juego.

Pérdida de individualidad

Un riesgo grave que corremos siendo conformistas es la pérdida de individualidad. Además, al mantener un comportamiento uniforme con la mayoría incrementamos la presión que se hace sobre las personas que tienen un comportamiento distinto al de la mayoría. De hecho, Asch descubrió que el tamaño de la mayoría determina en gran medida su capacidad para provocar conformismo.

¿Y qué supone la pérdida de individualidad? Supone renunciar a nuestra forma de pensar, a nuestra frescura, a nuestra originalidad en favor de una mayoría. Implica perder un sello de identidad propio para adquirir aquel que posee la gran parte de la población. ¿Acaso no hay nada más bello que ser nosotros mismos? El conformismo adquiere una dimensión de pérdida si no somos conscientes de él. Una pérdida que nos sume en una mar y nos difuminamos en detrimento de nuestra propia individualidad.

Compromiso con el grupo antes que con uno mismo

Un riesgo que sufrimos al ser excesivamente conformistas se relaciona con la falta de compromiso con uno mismo. Cuando has ofrecido un juicio públicamente y te has comprometido con una opinión, aunque no sea personal, el sujeto se acomoda a la mayoría. De esta forma, actuamos en favor de una mayoría en detrimento de nuestras propias convicciones. Poco a poco, nos vamos anulando y desintegrando en un pensamiento único que no se correspondía con nuestra forma de ser ni de pensar.

Además, puede que la persona utilice diferentes estrategias mentales e inconscientes para que ese conformismo, inicialmente público, se transforme también en privado. Esta forma de eliminar el malestar por la disonancia entre las dos esferas -pública y privada- sería una de las más comunes. La disonancia cognitiva entra en juego en este momento. Este fenómeno se produce cuando llevamos a cabo una conducta pero pensamos otra contraria. Cuando esto ocurre, ponemos toda nuestra maquinaria – consciente e inconscientemente – a trabajar para sentir que actuamos de forma coherente a como pensamos.

Baja autoestima

El conformismo es un agente capaz de minar la autoestima de cualquiera de nosotros. Al ceder el comportamiento público a las presiones de la mayoría, el conformista se sitúa en un escalón inferior a esta. Sus pensamientos tienen cada vez menos importancia, pues en la práctica lo que prima es lo que piense el grupo. Así pues, el sujeto suele dibujar una visión de sí mismo negativa y en la que se auto-percibe como alguien de poco valor.

Falta de iniciativa

Otro riesgo que conlleva ser excesivamente conformista es que se acaba cayendo en un estado de falta de iniciativa. La presión grupal invita a que cada individuo acepte las normas para sentirse parte del todo. De esta forma, lo importante siempre será el grupo, y no la iniciativa propia, que irá decayendo hasta casi desaparecer. Así, el conformismo elimina la motivación de la iniciativa individual para sobrevivir.

Falta de autoridad

Finalmente, el conformismo acaba decayendo en falta de autoridad. Dado que la legitimidad es otorgada al grupo, un individuo no se considera autorizado para tener sus propios juicios e iniciativas. Se deslegitima a sí mismo mostrando una absoluta obediencia a la opinión de la mayoría.

“El conformismo es la forma moderna del pesimismo”

-Antonio Escotado-

El hecho de vivir en sociedad y sufrir presiones grupales nos lleva a veces a extremos incómodos. No es fácil mantener nuestra individualidad si implica dejar de ser aceptados. Ambas son necesidades básicas y difíciles de equilibrar. No obstante, el conformismo es muy arriesgado, pues finalmente somos nosotros mismos, como personas únicas y valiosas, quienes nos perdemos en la maraña social.

Conducta Desviada.

Definición:

Se puede definir la desviación como cualquier conducta que no esté conforme con las expectativas de la sociedad o de un grupo determinado de la sociedad o de un grupo determinado dentro de ella. La desviación es un distanciamiento de la norma y sucede cuando un individuo o un grupo de individuos no comparten los patrones de la sociedad. Generalmente, nos acostumbramos a considerar la desviación a términos de aquella conducta que ha sido juzgada como negativa, tal como el crimen o la locura. Sin embargo, el individuo que sobresalga o sobrepase ampliamente los patrones de una sociedad puede ser considerado igualmente desviado.

Las normas sociales que existen en el seno de una cultura defienden el comportamiento desviado. Un acto puede ser apropiado y aceptable en una situación dada, mientras se le considera impropio e inaceptable en una situación distinta.

Por ejemplo, el oficial de policía que dispara y mata a un asesino fugitivo como último recurso (es un acto de autodefensa) Puede recibir una mención al mérito por su valor. No obstante el criminal que dispara y mata a una persona durante un asalto, está sometido a una de las más severas penas que contempla la ley. Ambos actos son desviados puesto que cada uno representa un distanciamiento de la norma.

En nuestra propia cultura, como ejemplos de desviación están las conductas como el asesinato, el rapto, el robo, la locura, la delincuencia juvenil, la drogadicción ...

Desviación primaria: En algunos casos, el individuo incurre en actos desviados, pero la desviación es temporal y no recurrente. Esta clase de instancia aislada de desviación se denomina desviación primaria. El

individuo continúa siendo una persona socialmente aceptable, alguien cuyo estilo de vida no está denominado por una pauta desviada. Como persona, casi con certeza, se lo considera a sí mismo un desviado.

La persona que ocasionalmente oculta sus ingresos con el fin de evadir impuestos, la que maneja con exceso de velocidad, la que bebe demasiado en una fiesta, o la que contrata los servicios de un apostador, está involucrada en una forma primaria de desviación.

Desviación secundaria:

Es la forma secundaria de desviación, el individuo se caracteriza por exhibir una conducta desviada y se lo identifica públicamente como un desviado. La sociedad considera a tales individuos como inaceptables e indeseables.

Un individuo que bebe con exceso en una fiesta, o también bebe excesivamente en su casa, en el trabajo y en otros eventos sociales, es reconocido por aquellos que lo rodean como un alcohólico, entra en la segunda etapa de la desviación. El sello de la desviación queda definitivamente fijado cuando a la persona en cuestión se le arresta por manejar embriagada, se la encuentra culpable en el tribunal, se le retira su licencia de conducir o se la incluye en un programa de tratamiento para alcohólicos.

Desviación Individual:

Consideramos que un individuo es desviado cuando, actuando solo se desvía de las normas establecidas de su subcultura y de hecho rechaza esas normas.

El raptor trabaja solo, captura a su víctima y finalmente comete el crimen, es un ejemplo de individuo desviado. Para planear y ejecutar su crimen no ha contado con nadie más; por el contrario, la suya es una actuación solitaria.

Desviación de Grupo:

Un grupo que, actuando como entidad colectiva, contradiga las normas de la sociedad convencional está representando una desviación grupal. Una amplia gama de desviación de grupo tiene lugar en el interior de la subcultura desviada de una sociedad. Debe señalarse que el individuo en esta situación actúa en conformidad con las normas de su subcultura; es la subcultura la que ha rechazado las normas de la sociedad. Es particularmente difícil, social y legalmente, deslindar la responsabilidad individual de la responsabilidad del grupo desviado.

Una pandilla de delincuentes ejemplifica el concepto de desviación de grupo. La pandilla tiene su propio conjunto de normas, valores, actitudes y tradiciones. El pandillero que adhiere a las reglas de la pandilla, actúa conforme a las expectativas de sus compañeros, pero la pandilla como colectividad no actúa conforme a los patrones de la sociedad convencional. Así mismo, un grupo de ejecutivos de una corporación empeñados en una batalla de precios, es un ejemplo de grupo desviado.

Explicaciones Biológicas de la Desviación

Los científicos que pertenecen a esta escuela de pensamiento consideran que la desviación social está relacionada positivamente con factores biológicos tales como la conformación corporal y la gama de cromosomas. Las explicaciones biológicas de la desviación han sido objeto de muchas críticas y no han demostrado una gran sustentación.

Cesare Lombroso, un criminólogo italiano del siglo XIX, fue el pionero entre aquellos científicos que intentaron explicar la desviación en términos de la conformación corporal. En sus escritos, Lombroso sugiere que el criminal es biológicamente mucho menos desarrollado que el ciudadano normal y se parece, más a sus antecesores evolutivos, que a sus contemporáneos. Charles Goring, un alumno de Lombroso que continuó

sus estudios después de la muerte de éste, llego a la conclusión de que no hay diferencias físicas significativas entre los criminales y el resto de la población.

Una persona con mandíbulas prominentes, grandes mofletes, defectos oculares, brazos excesivamente largos, piernas y dedos desmesurados y distinción anormal sería un modelo de lo que Lombroso denomina tipo criminal.

William Sheldon, un antropólogo norteamericano, identifico tres tipos corporales básicos: el endomorfo (el tipo redondo, blando, gordo), el mesomorfo (el tipo atlético, muscular) y ectomorfo (el tipo huesudo, frágil, delgado).

Sheldon intenta correlacionar personalidad y conducta con el tipo corporal. Concluye, como resultado de su investigación, que el mesomorfo es el tipo más propenso a la delincuencia, ya que es impulsivo, energético y nervioso. Afirmaba que el endomorfo tenía propensión a ser amigable y autoindulgente, en tanto que el ectomorfo lo encontraba abiertamente sensible y algo indeciso.

Usando la tipología desarrollada por William Sheldon, Eleanor y Sheldon Glueck publicaron en 1956 los resultados de una investigación en la cual comparaban quinientos jóvenes delincuentes con quinientos jóvenes no delincuentes. Los Glueck encontraron que un porcentaje significativo de jóvenes delincuentes eran mesomorfos.

La investigación sobre la relación de ciertas gamas de cromosomas con la conducta desviada se esta todavía llevando a cabo, aunque ha habido varios esfuerzos convincentes para refutar cualquiera de las dos teorías. Un hombre normal posee una pareja de cromosomas XY, y una mujer normal ostenta por lo general una pareja de cromosomas XX. Hay desacuerdo entre los investigadores sobre si un "criminal nato" posee una gama de cromosomas XYY.

Richard Speck, un convicto de haber asesinado siete enfermeras de Chicago en 1966 tenía una gama de cromosomas XYY. Después de haber hecho este descubrimiento, numerosos investigadores en los Estados Unidos trataron de averiguar si había una correlación entre la gama de cromosomas y el comportamiento desviado. En el momento de escribir esto, no ha surgido ninguna prueba que demuestre la existencia de algún tipo de vínculo entre la gama de cromosomas y la desviación.

Explicaciones Psicológicas de la Desviación:

Varios psicólogos explican la desviación en términos de la personalidad defectuosa. Esto es, que existe cierto tipo de personalidades que tienden a relacionarse más estrechamente con la desviación social que otras.

Sigmund Freud divide la mente en tres partes: el id, el ego y el superego. El id representa la parte inconsciente, instintiva, impulsiva y no socializada de la personalidad. El ego representa la parte consciente y racional de la personalidad. A menudo se hace referencia a éste como el "guardián" de la personalidad, por que regula la interacción entre el id y el superego. El superego representa la parte de la personalidad que ha absorbido los valores culturales y las funciones de manera consciente. Quienes pertenecen a la escuela psicoanalítica consideran que el comportamiento desviado resulta cuando un id imperativo (e incontrolable) se presenta en combinación con un superego pasivo mientras que, al mismo tiempo, el ego permanece sin dar una dirección adecuada.

Si una persona está hambrienta y por lo tanto requiere alimento, el id instara de que esa necesidad debe ser satisfecha usando cualquier medio a su alcance. Si un superego es extremadamente débil y posee escaso control sobre el id, la persona puede simplemente dirigirse a un restaurante y tomar la comida de una

mesa ya ocupada. En este caso, el ego no prevé ningún peligro, y el superego no da señal de que esa clase de comportamiento sea inaceptable.

Explicaciones sociológicas de la desviación:

Los sociólogos han ensayado diferentes aproximaciones con miras a explicar las causas de la conducta desviada en términos de una socialización impropia. De acuerdo con uno de los enfoques, el individuo que no ha sido socializado adecuadamente no incorpora las normas culturales dentro de su propia personalidad y por lo tanto no está en incapacidad de diferenciar entre lo culturalmente apropiado y la conducta impropia.

Un segundo enfoque supone, en cambio, que un individuo desviado, para llegar a serlo primero debe *aprender* a ser desviado. Los sociólogos consideran que muchas formas de la conducta desviada se transmiten de una persona a otra y este proceso de aprendizaje involucra los mismos mecanismos que cualquier otra situación de aprendizaje. Un tercer enfoque explica la desviación como el resultado de una tensión entre la cultura y la estructura social de una sociedad. Cada sociedad no solo ha prescrito sus metas, mediante la cultura sino que además ha sancionado socialmente los medios para la obtención de esas metas. Cuando un individuo no tiene acceso a esos medios es probable que se produzca una conducta desviada.

Asociación diferencial. Esta teoría desarrollada por el sociólogo Edwin h. Sutherland es similar al segundo enfoque descrito en el párrafo anterior. Sutherland supone que para que una persona llegue a ser criminal primero debe aprender a serlo. Y continúa suponiendo que este aprendizaje tiene lugar como resultado de la interacción social del individuo con otra gente. Muchos individuos están expuestos a relaciones con grupos o individuos tanto desviados como no desviados. Sutherland mide la interacción con dichos grupos en cuanto a su frecuencia, duración, prioridad e intensidad del contacto con cada uno. Mientras mayor sea el nivel de cada una de esas cuatro variables, para el grupo desviado como para el no desviado, mayor será la probabilidad de que el individuo se comporte de una manera similar.

El delito de cuello blanco es una práctica desviada en la que incurren individuos de status social elevado y de reconocida respetabilidad, quienes cometen un delito en el curso normal de sus ocupaciones. Como ejemplos tenemos la deformación en el manejo de la información, el soborno o el acuerdo clandestino sobre precios. Para cometer esta clase de delitos, el individuo debe aprender primero las técnicas adecuadas. Teniendo frecuentes, largos e intensos contactos con colegas comprometidos en esa desviación y dando prioridad a las relaciones con ese tipo de colegas, los individuos pronto comenzaran a cometer esa clase de actos por sí mismos.

Emilio Durkheim introdujo el concepto de anomia en la sociología. La anomia se define como un estado de anormalidad o desarraigo resultante de la incompatibilidad que hay entre las expectativas culturales y las realidades sociales.

Del proceso de socialización, los individuos aprenden a identificar las metas culturalmente significativas y a la vez los medios culturalmente aceptados para la obtención de esas metas. Cuando no se presenta la oportunidad para la consecución de desviación social. Merton enumera cuatro tipos de conducta desviada que pueden surgir bajo las condiciones descritas. Estas metas y los individuos buscan alternativas, el comportamiento por el cual optan puede resultar siendo una: innovación, ritualismo, retraimiento y rebelión.

La **innovación** aparece cuando la gente acepta las metas culturales pero rechaza los medios culturalmente aceptados para su obtención.

Los ladrones de banco buscan obtener las mismas metas que otros miembros de la sociedad: la acumulación de riqueza. En vez de trabajar duro en un empleo convencional e ir haciendo ahorros cada mes, los ladrones de banco cambian las reglas e innovan. Para ellos, un solo día de "trabajo" exitoso les puede significar suficiente riqueza para vivir un largo tiempo.

El **ritualismo** tiene lugar cuando la persona acepta los medios culturalmente aprobados pero rechaza las metas.

Un trabajador de un hospital es ritualista cuando se ocupa más por llenar el formulario rutinario de ingreso de un paciente en la sala de emergencia, que por suministrar tratamiento médico rápido a esa persona.

El **retramiento** sucede cuando una persona rechaza tanto las metas culturalmente aprobadas como los medios para su consecución.

Un alcohólico que abandona la familia, el hogar, el trabajo, los amigos y ocupaciones para continuar bebiendo aislado, efectivamente se retrae de la sociedad.

La **rebelión** ocurre cuando son rechazados tanto las metas y medios aprobados culturalmente y en su lugar se instauran unos nuevos.

Los "panteras Negras" y otros grupos extremistas que desarrollaron principalmente su lucha en la década del 60 en los Estados Unidos, son ejemplos de grupos rebeldes.

Obediencia

El término **obediencia** (del latín *oboedientia*) indica el proceso que conduce de la escucha atenta a la acción, que puede ser duramente pasiva o exterior o, por el contrario, puede provocar una profunda actitud interna de respuesta.

Obedecer requisitos se realiza por medio de consecuentes acciones apropiadas u omisiones. Obedecer implica, en diverso grado, la subordinación de la voluntad a una autoridad, el acatamiento de una instrucción, el cumplimiento de una demanda o la abstención de algo que prohíbe.

La figura de la autoridad que merece obediencia puede ser, ante todo, una persona o una comunidad, pero también una idea convincente, una doctrina o una ideología y, en grado sumo, la propia conciencia, o una deidad en el caso de las religiones.

Hay distintos tipos y niveles de obediencia que solo nombraremos: obediencia militar, infantil, sociológica, solidaria, voluntaria, obediencia como autodisciplina, obediencia religiosa o de la fe, voto de obediencia, obediencia sacerdotal, obediencia anticipada y obediencia ciega.

Autoridad:

La autoridad es la facultad o potestad que se tiene para gobernar o ejercer el mando.

La palabra, como tal, proviene del latín *auctoritas*, *auctoritātis*, que a su vez deriva del verbo *augere*, que significa 'aumentar', 'promover'.

Como tal, la autoridad es el atributo que otorga a una persona, cargo u oficio el derecho para dar órdenes.

Asimismo, es la cualidad que propicia que una orden se cumpla. De este modo, tener autoridad supone, por un lado, mandar, y, por el otro, ser obedecido.

En este sentido, la autoridad se asocia al poder del Estado que, como tal, se rige por una serie de leyes y normas según las cuales está dotado de poder para ejercer la autoridad sobre los ciudadanos que formen parte de él. De allí que autoridad sea también sinónimo de potestad, facultad y legitimidad para mandar u ordenar.

La autoridad, por otra parte, supone también el prestigio y crédito que se reconoce en una persona o institución, en razón de su legitimidad, calidad o competencia en algún ámbito o materia específico: "En la cúspide de su carrera, el pensador francés era considerado una autoridad en antropología moderna".

Se pueden distinguir diversos tipos de autoridad, nombraremos algunos como la autoridad formal, autoridad funcional, autoridad operativa, autoridad técnica y autoridad personal.

Crisis

José Luis González de Rivera y Revuelta

Catedrático de Psiquiatría. Instituto de Psicoterapia e Investigación Psicosomática

El concepto de crisis

Es frecuente asociar la idea de crisis con dificultad, riesgo y peligro. Sin embargo, la esencia del concepto está más próxima a la de cambio crucial, significativo o determinante. Procede de la raíz sánscrita *skibh*-cortar, separar, distinguir, asimilada por la voz griega *krisis*, *decidir*. El término fue usado por Hipócrates para referirse al momento en el que una enfermedad cambia su curso, para bien o para mal. Corominas recoge esta rancia raigambre médica al definir la crisis como "mutación grave que sobreviene en una enfermedad, para mejoría o para empeoramiento", y añade, como segunda acepción más amplia, "momento decisivo en un asunto de importancia".

Así, entenderemos como *crisis una condición inestable, que se presenta en el curso de un proceso, y cuya resolución condiciona y modula la continuidad del mismo*.

La crisis implica la inevitabilidad de una transformación. En sí misma, es una organización inestable y transitoria; de ahí el matiz perentorio, incluso angustioso, de su concepto. La incertidumbre y diversidad de posibilidades añade, por otra parte, la sensación de responsabilidad y de riesgo: En efecto, la crisis puede marcar el empeoramiento o la destrucción del proceso, pero también su fortalecimiento y optimización. Como dice Shakespeare por boca de Bruto, el grado de acierto de la acción en momentos de crisis marca la diferencia entre la miseria y la fortuna.

La aplicación del concepto de crisis en salud mental presupone un principio de continuidad psíquica, entendido como una experiencia básica subyacente a todas las demás. La interrupción de esta vivencia de continuidad es intolerable, y, si ocurre, debe ser rápidamente reparada. Es evidente que los seres humanos tienden a buscar una lógica interna en sus vidas, de tal manera que puedan entender su desarrollo y prever su curso. El sentido de la vida viene dado por esta lógica interna.

La situación de crisis, al romper el flujo continuo de la existencia, fuerza un replanteamiento vital, obligando, a veces, a la construcción de un nuevo sentido. En la situación óptima, la aposición progresiva de vivencias personales, críticas o no, asegura la continuidad psíquica, la unificación de la consciencia y la constitución de una identidad autodefinitoria. Desde esta perspectiva, podemos entender la crisis como: *una experiencia puntual que fuerza al individuo a reconsiderar en un plazo breve de tiempo el sentido de su vida*. De ahí el riesgo y la potencialidad creativa de las crisis.

Cuando el proceso de resolución de crisis fracasa, la conciencia se fragmenta, las contradicciones internas se acumulan y el sentido personal de identidad se vuelve frágil provisional. Como primer intento de compensación, las circunstancias y condiciones que amenazan la vivencia de continuidad son rechazadas, negando todo cambio y dificultad. Si esta defensa fracasa, la clara experiencia de la vida sin sentido conduce a la desesperación, y, para evitarlo, puede producirse como segunda línea de defensa la provocación o búsqueda de situaciones de cambio, con consecuencias a veces desastrosas.

Caplan, creador de la psiquiatría comunitaria, propone definir la crisis como "un obstáculo que el sujeto encuentra en la consecución de metas importantes y que no puede ser superado mediante sus estrategias habituales de resolución de problemas".

El papel patogénico de las crisis viene de esta vivencia de incapacidad, de la sensación de ser superado por la situación, que puede acabar en una renuncia masiva al proyecto vital, con pérdida del futuro y desorganización de las capacidades de adaptación y defensa. De ahí que la intervención en la crisis se considere como una herramienta preventiva elemental en psiquiatría comunitaria.

No deben hacernos olvidar sus potenciales efectos beneficiosos. Toda crisis es un riesgo, pero también una oportunidad. La intervención del psiquiatra y del profesional de la salud mental debe buscar, no sólo la prevención de mayores males, sino también la optimización de los recursos personales. De ahí la importancia de los programas de formación profesional y de sensibilización y educación de la población en general. Sin ellos, los dispositivos sanitarios atenderán las situaciones de crisis con baja eficacia, e incluso con un posible grado de iatrogenia.

Estrés, Trauma y Cambio

Junto al concepto de estrés está el principio de homeostasis, o equilibrio interno del organismo, que se mantiene constante frente a todas las variaciones del entorno. Cuando la influencia del ambiente supera o no alcanza las cotas en las que el organismo responde con máxima eficiencia, éste percibe la situación como peligrosa o desagradable, desencadenándose una reacción de lucha-huida y/o una reacción de estrés, con hipersecreción de catecolaminas y cortisol (Ley General de la Homeostasis).

Aunque los conceptos de estrés y trauma suelen estar asociados, corresponden en realidad a fenómenos distintos.

El estrés implica siempre una dinámica de resistencia, tensión y lucha, que persiste mientras los factores externos lo exigen, o mientras dura la resistencia del organismo.

El trauma indica ya una ruptura, un fracaso de las capacidades de integración, una discontinuidad en la vida psíquica.

Lo que se llama **estrés traumático** no consiste en una mera sobrecarga temporal de las capacidades de adaptación, sino en una alteración profunda y permanente del funcionamiento mental. Por eso, las situaciones de estrés se recuerdan muy bien, mientras que los traumas se acompañan siempre de amnesia más o menos parcial. Para que un estrés se convierta en traumático, es necesario que su intensidad o su naturaleza superen las capacidades de procesamiento del sistema nervioso, dando lugar a disrupciones permanentes en la organización del mundo interno.

En el contexto de los síndromes de estrés, puede bien decirse que una crisis es una experiencia estresante, que en algunos casos llega a ser traumática, y que casi siempre provoca, o viene precipitada por, un **cambio vital**. El elemento distintivo de la crisis es la *convicción o decisión interna de que la situación es insostenible y que es preciso hacer algo para transformarla*. La motivación hacia el cambio es una respuesta apropiada a la percepción subjetiva de la naturaleza del estado de crisis.

La evolución de una crisis

Al desarrollo de una crisis sigue un proceso fásico, que se completa, habitualmente, en un tiempo inferior a ocho semanas. Siguiendo a Caplan podemos diferenciar las siguientes fases:

Primera fase: Shock o Impacto agudo.

Algo ocurre, generalmente de manera súbita, o, por lo menos, eso le parece al sujeto, que se siente afectado profundamente, sin poder evitarlo ni superarlo de la manera habitual en que hace frente a otros problemas. Junto al estrés propio de la situación, se añaden pronto sentimientos de confusión e impotencia, desamparo y desvalimiento. Inicialmente, cada individuo reacciona según sus pautas características de reactividad al

estrés, entre las que predominan la ansiedad, la irritabilidad y las manifestaciones psicósomáticas, aunque algunos raros individuos experimentan entusiasmo y aumento de energía.

Segunda fase: Desorganización crítica.

Cuando todas las estrategias habituales de afrontamiento y resolución de problemas fallan, la tensión emocional aumenta, hasta niveles insoportables. En este estado, diversas actividades pueden ser emprendidas, no para mejorar las cosas o resolver la situación, sino, simplemente, para escapar de ella o para descargar la tensión acumulada. Así, no son infrecuentes en esta fase conductas psicopáticas o "fuera de carácter", diversos tipos y grados de abuso de tóxicos, conductas autodestructivas y episodios emocionales bruscos.

Característicamente, el sujeto despliega también actividades de búsqueda de ayuda, que pueden ser apropiadas y bien programadas, o "gritos de socorro" ineficaces y atropellados. Según empieza a hacerse evidente la insuficiencia de los recursos personales, y su disparidad con las exigencias de la situación, cada vez se hacen más prominentes sentimientos depresivos de indefensión y fracaso. France, aplicando la teoría de Seligman, distingue distintos grados de indefensión en una crisis, según que este sentimiento se adopte desde un punto de vista personal o universal, permanente o transitorio, y global o específico.

En el peor de los casos, el estado de indefensión es personal, permanente y global, es decir, el individuo se considera incapaz de afrontar una situación que otro cualquiera podría resolver, no tiene ninguna esperanza ni perspectiva de recuperarse, y extrapola su convicción de incompetencia e ineficacia desde el evento concreto a todas las áreas de su vida.

En el mejor de los casos, el individuo considera su estado de indefensión como inevitable y propio de la naturaleza humana, afectando la situación a cualquier individuo tanto o más que a él mismo (universal), está convencido de que pasará (transitorio) y lo mantiene estrictamente restringido al evento concreto, conservando la sensación de eficacia en todas las demás áreas de su vida (específico).

Tercera fase: Resolución.

Entre las múltiples actividades que el sujeto despliega ante el impacto inmediato de la situación, alguna puede tener éxito, y la crisis se resuelve casi sin llegar a plantearse. Pero en el desarrollo típico de una crisis, los primeros intentos de contraataque suelen fallar, y el individuo continúa sintiendo una creciente presión interna por hallar una solución. La urgencia de la situación puede estimular su creatividad, llevándole a descubrir nuevas estrategias de afrontamiento; o bien, puede encontrar nuevas fuentes de ayuda, formar nuevas relaciones o trabajar con profesionales o consejeros varios. Esta fase es el núcleo central de la crisis, en la que se toma una decisión, que puede significar la salida a través de la creación de nuevos recursos personales y de un crecimiento interno apresurado, o, por el contrario, a través de la consolidación de mecanismos mal adaptativos de evitación y retraimiento. Lo cierto es que, en un plazo de tiempo limitado, el sujeto llega a una formulación más o menos consciente de la situación y de sí mismo con respecto a ella.

Cuarta fase: Retirada final.

Si la crisis no se resuelve, bien o mal, en las fases anteriores, se llega a la fase final, que parece en cierta forma análoga al estadio de agotamiento de la reacción general de adaptación de Selye.

La retirada puede ser **total**, como a través del suicidio, o **parcial**, que puede ser interna, como a través de una desorganización psicótica o una estructuración delirante, o **externa**, como en un cambio radical de entorno, relaciones, actividad y hasta de nombre.

En cualquiera de estos casos, la crisis se termina, sea por la muerte, sea por la negación de sí mismo que supone la psicosis, sea por la renuncia a todo lo vivido hasta el momento de la crisis y el inicio de una nueva vida.

Es importante prestar atención sobre la diferente calidad de las tentativas de suicidio que tienen lugar en la fase dos, que representan llamadas de ayuda o intentos de solución, y las que tienen lugar en la fase cuatro, que buscan directamente la muerte como manera definitiva de resolver la crisis. En todo caso, es preciso tener en cuenta que las tentativas de suicidio son frecuentes en las situaciones de crisis, sobre todo en adolescentes.

Clasificación clínica de las crisis

Las manifestaciones de este estado dependen de la personalidad del sujeto, de sus experiencias anteriores, incluyendo su historia crítica y traumática, de su entorno socio-cultural, de la fase en que llegue a nuestra atención, y del tipo de situación que precipite la crisis.

Personalidad del sujeto.

Como es de suponer, los rasgos de personalidad colorean la forma de afrontar la crisis, estableciendo, en primer lugar, un filtro sobre qué acontecimientos serán considerados como críticos (es decir, bloqueantes de las metas importantes del sujeto) y cuáles no. Así, la aparición de arrugas en la piel puede precipitar una crisis en una mujer con rasgos histriónicos, y pasar desapercibida a otra persona que no considere la belleza física un elemento importante de su identidad. En segundo lugar, una vez inmerso en la situación de crisis, los rasgos de personalidad condicionan la preferencia por determinadas estrategias de afrontamiento y de resolución de problemas, tema que ha sido admirablemente tratado por MacKinnon, y que no será repetido aquí.

Los dos parámetros de personalidad que más nos interesan, tanto por su influencia patoplástica como por su condicionamiento de las intervenciones terapéuticas, son la madurez y la flexibilidad. Entendemos por madurez el nivel de estabilidad del auto concepto e identidad psicosocial. La flexibilidad es el grado o facilidad con que pueden formarse nuevas estrategias y decisiones, renunciando a otras que ya no cumplen el propósito por el que fueron creadas.

Naturalmente, a mayor madurez de la personalidad, mejor capacidad resolutoria, menor duración de la crisis y mejor salida de la misma. Es posible que la mayoría de los pacientes que llegan a nuestra atención en la fase II o en la IV de una crisis presenten diversos grados de inmadurez, lo que es tanto como decir de vulnerabilidad a la crisis.

Por eso, las mejores medidas preventivas ante las crisis son aquellas que conducen al fortalecimiento y desarrollo de la personalidad, es decir, una buena educación. Sin embargo, desde el punto de vista terapéutico práctico inmediato, la intervención en la crisis no puede aspirar a influir de manera estructurante en la personalidad, debiendo conformarse con apoyar la frágil identidad comprometida, identificar pronto el área en que debe concentrarse el trabajo psicoterapéutico, y confiar en que las capacidades creativas del paciente se avivarán ante la necesidad del momento.

Por eso, desde el punto de vista de la teoría de la crisis, la personalidad se considera en un equilibrio dinámico, estructurado en base a decisiones y pautas de adaptación formadas en experiencias previas, pero predispuesto a la reorganización, ampliación y transformación, según sea necesario para responder a nuevas crisis.

La flexibilidad de la personalidad viene dada por el grado en que el sujeto está abierto a nuevas experiencias y por su disposición al cambio interno. Aunque existe una cierta tensión entre madurez y flexibilidad, no son principios contradictorias, sino complementarios: Puede decirse que el desarrollo óptimo y armónico de la personalidad lleva a una madurez flexible y a una flexibilidad madura.

Experiencias previas.

Cada nueva crisis actúa no solamente por sí misma, sino además como un recordatorio de crisis previas. En la medida en que éstas hayan sido mal resueltas, su reactivación será un estrés sobreañadido a la situación crítica actual. Por el contrario, en la medida en que la resolución de crisis anteriores haya sido eficaz, el sujeto enfrentará la nueva con mayor confianza. Una historia de fracasos repetidos en la resolución de crisis es de mal pronóstico para la crisis actual, a menos que se consiga poner estos fracasos en perspectiva, elaborar las dificultades y bloqueos que impidieron resoluciones satisfactorias en el pasado, e incluir entre las decisiones a formar durante la nueva crisis la de "que no vuelva a pasar lo mismo". Es por eso importante, en la evaluación de un paciente en situación de crisis, obtener una buena historia crítica, especialmente en lo que se refiere a su actitud ante situaciones similares anteriores. Las pautas de enfrentamiento y las consecuencias experimentadas anteriormente nos dan una clara predicción de las probabilidades en la situación presente, y nos orientan hacia las avenidas terapéuticas más eficaces.

Cuando una nueva situación evoca una crisis pendiente, la reacción conjunta puede parecer catastróficamente exagerada. El terapeuta bien informado debe ser consciente de que está asistiendo a la resolución, no sólo de la crisis actual, sino, sobre todo, de la crisis fantasma o "asignatura pendiente". De hecho, acontecimientos aparentemente banales pueden desencadenar una crisis porque sirven de gatillo disparador de un problema largamente larvado, que ya no puede mantenerse por más tiempo fuera de la consideración consciente inmediata.

Condicionantes socioculturales.

La educación, la cultura, y consideraciones similares, influyen, en primer lugar, en que una situación se considere como crítica, o no. La pérdida del trabajo del que mantiene la familia, por ejemplo, es una grave crisis en la mayoría de los casos, pero algunas comunidades rurales, con fuertes y amplios lazos familiares, y acceso a otros medios de subsistencia pueden afrontar la exigencia mejor que, por ejemplo, una familia obrera urbana. El apoyo social, en todos sus aspectos, es un importante modificador de la crisis, amortiguando el estrés e incrementando los recursos de afrontamiento, tanto por aporte directo como indirectamente por fortalecimiento auxiliar de la personalidad del sujeto.

Las pautas culturales de afrontamiento y resolución de crisis, compartidas por la comunidad y avaladas por una larga tradición, son sumamente útiles, y representan un sistema organizado de intervención y prevención en muchas crisis previsibles y normativas. No es lo mismo perder a un ser querido en un lugar que conserva sinceramente los rituales de duelo y atención a los moribundos, que en un moderno hospital de salud. Las pautas culturales establecidas guían a la persona que se enfrenta a la crisis en cuanto a su correcta conducta y actitud, favorecen la adecuada expresión emocional, aseguran el apoyo de familiares, amigos y extraños, garantizan la transmisión de los bienes y responsabilidades del muerto sin culpa, y, sobre todo, reconocen que se trata de una crisis personal importante, a la que hay que dedicar tiempo y sufrimiento. La moderna (o postmoderna) tecnología de la muerte y el duelo no permite ninguna de estas cosas, y es responsable de la masiva negación de aspectos esenciales de la vida, con graves consecuencias en cuanto a la salud mental de la población.

El afrontamiento y resolución de crisis también se puede aprender y compartir. La familia, como organización protectora responsable inmediata de la educación del individuo, juega en ello un papel principal. Como en tantas otras cosas, es más el ejemplo viviente que la normativa verbal lo que cuenta: Las crisis ajenas cuya resolución el niño tiene oportunidad de presenciar, son mucho más estructurantes que todos los consejos preventivos que pueda recibir.

Tipos de crisis

- a) **Crisis generalizadas**, que afectan a todo un grupo o familia, y personales, que afectan sólo a un individuo concreto;
- b) **Crisis inesperadas e imprevisibles**, como catástrofes, accidentes de tráfico, etc., en las que no es posible una preparación previa, y anticipadas o previsibles, como la muerte de un familiar mayor, un divorcio largamente anunciado, etc.;
- c) **Crisis normativas**, un tipo especial de crisis previsible, relacionado con la emergencia de funciones y necesidades nuevas en edades críticas; y d) transiciones o cambios vitales importantes no incluíbles en los apartados anteriores, cuya característica principal es que son, en gran medida, conscientemente autogenerados.

Las crisis *normativas*, descritas inicialmente por Erik Erikson son universales, en el sentido de que ocurren en todos los seres humanos, y, al mismo tiempo, personales, en el sentido de que, para cada individuo, es una vivencia intransferible, consubstancial a su propio desarrollo psíquico.

Detección y Diagnóstico de las crisis

Las manifestaciones externas o aparentes de las crisis son variadas, múltiples y difíciles de describir en términos operativos. Con frecuencia, cumplen criterios de trastorno adaptativo o de trastorno postraumático de estrés, pero no todos los cuadros con esos diagnósticos son crisis, ni todas las crisis llegan a ser diagnosticadas. Gran parte de lo que denominamos "morbilidad psiquiátrica menor", fenómeno muy extendido en la población, corresponde probablemente a situaciones de crisis sin detectar. Después de cierto tiempo, muchas de estas situaciones acaban por cumplir los criterios de alguna condición de corte depresivo, aunque también pueden cumplir los de algún trastorno de ansiedad o de adicción.

El *diagnóstico* representa la decisión final del médico con respecto a la relevancia patológica de una determinada agrupación de signos, síntomas y conductas. Los criterios estandarizados aseguran una relativa constancia del diagnóstico a través de todo el mundo, particularmente en lo que se refiere a los trastornos más intensos y mejor definidos.

El *malestar subjetivo*, por otra parte, es el sufrimiento, descontento o sensación desagradable que un individuo experimenta en un momento determinado, independientemente de cómo lo exprese. La *queja principal* surge en la ocasión de la consulta con un profesional de la salud, y representa una decisión del paciente sobre los motivos apropiados para solicitar asistencia clínica. Finalmente, la *conducta de enfermedad* es la manera personal en que el individuo interpreta su malestar subjetivo y reacciona frente a él. La validez de un sistema diagnóstico queda gravemente afectada si no tiene sensibilidad a los tres últimos factores, que a su vez están relacionados con la cultura, costumbres y actitudes del sujeto. El malestar subjetivo no siempre es fácil de describir en los términos operativos de la escuela de Saint Louis. La queja principal puede ser reflejo fiel del malestar subjetivo, o bien puede ocultarlo, deformarlo o tamizarlo para ajustarse mejor a normas culturales. La conducta de enfermedad no siempre incluye el recurso a profesionales cualificados, sobre todo si no se percibe a éstos como proclives a escuchar y entender todo lo que es el enfermo necesita comunicar.

La intervención en la crisis.

Caplan y su escuela son los principales constructores de la teoría y la práctica de intervención en la crisis, pero el origen del concepto debe reconocérsela a Lindeman, que demostró la importancia del tratamiento intensivo breve en reacciones de duelo subsecuentes a crisis inesperadas generalizadas. La intervención en la crisis es un procedimiento específico cuyo objetivo principal es modificar la relación de fuerzas en lucha que forman la crisis, incrementando la probabilidad de inclinar la balanza hacia el lado positivo. Una pequeña corrección de trayectoria en el momento oportuno tiene grandes efectos.

Una crisis significa una ruptura con los puntos de vista habituales, y en ella se barajan elementos que no pueden ser integrados en el mundo interno sin crear notable destrucción del mismo.

Re contextualizar es poner las cosas en perspectiva, redefinir las situaciones y decidir actuaciones en términos más acordes con una visión positiva de la realidad. No se trata de engañarse, edulcorar las cosas o minimizar las tragedias, sino de operar desde un punto de vista que permita sacar partido de la experiencia. Así, al dar prioridad a la información disponible para resolver la crisis, se evita concentrarse en la experiencia disfórica como principal contenido de la conciencia.

Priorizar tiene efectos paradójicos, por cuanto que concentrarse en el problema y aplicarle técnicas de resolución y re contextualización es más ansiolítico que intentar pensar en otra cosa.

Medicación.

La intervención en la crisis es fundamentalmente un procedimiento psicoterapéutico. Pero ello no basta para que, en algunos casos, pueda ser conveniente asociar tratamiento psicofarmacológico, ilustrado por el diagnóstico patogenético, e integrado con la estrategia terapéutica general.

Los antidepresivos de nueva generación son útiles por su efecto incrementador de la resistencia al estrés, sobre todo cuando la sintomatología depresiva está ya presente. Cuando en el curso del afrontamiento de la crisis aparecen cuadros depresivos serios, es difícil obtener una buena respuesta a la psicoterapia antes de que se logre una cierta recuperación farmacológica de la función limbo-hipotalámica.

Los ansiolíticos son menos útiles, y, en todo caso, de rendimiento inferior a un buen entrenamiento en relajación o meditación. Sin embargo, deben ser tenidos en cuenta en las disomnias de estrés, utilizándolos como ayuda provisional, no como solución definitiva. Naturalmente, cuando el paciente presenta síntomas que desbordan la respuesta de estrés relacionada con la crisis, como en las psicosis reactivas, el tratamiento farmacológico debe ser enérgico y apropiado.

Es preciso, además, tener en cuenta que procesos psicóticos latentes y predisposiciones depresivas pueden ser reactivados en situaciones de crisis, estando indicado en este caso el tratamiento preventivo con estabilizadores del humor, como litio, carbamazepina o clonazepam.

¿Qué son los Primeros Auxilios Psicológicos?

Es la intervención psicológica en el momento de Crisis, entendiéndose como una ayuda breve e inmediata de apoyo y rescate a la persona para reestablecer su estabilidad emocional y facilitarle las condiciones de un continuo equilibrio personal.

Objetivos:

Alivio en lo inmediato de los síntomas de reacción.

Restauración de un nivel de funcionamiento CASIC mínimo: (Cognitivo, Afectivo y Somático, Interpersonal y Conductual)

Cierta comprensión de los eventos precipitantes relevantes que condujeron al desequilibrio.

Identificación de los recursos de ayuda y rescate que se pueden utilizar: Personales, familia, profesionales, comunidad, etcétera.

Iniciar nuevas formas de Percibir, Pensar y Sentir lo hasta ahora sucedido,

Desarrollar habilidades de afrontamiento efectivo, autoestima, asertividad y solución de conflictos.

Dar seguimiento a la intervención o asegurar su atención especializada posteriormente.

Metas:

Lo principal es ayudar a la persona a recuperar su nivel de funcionamiento emocional equilibrado, que tenía antes del incidente que precipitó la crisis, o potencializar su capacidad creativa para superar el momento crítico

1ra. Intervención en crisis Primeros Auxilios Psicológicos	2da. Intervención en crisis Terapia Psicológica Breve
¿Por cuánto tiempo? De minutos a horas	¿Por cuánto tiempo? De semanas a meses.
¿Por parte de quién? Padres de familia, policía, clero, abogados, médicos, enfermeras, trabajadores sociales, maestros, estudiantes líderes, supervisores, etc.)	¿Por parte de quién? Psicoterapeutas y Orientadores: psicología, psiquiatría, trabajo social, consejería pastoral, enfermería psiquiátrica, orientadores vocacionales, etc.)
¿Dónde? Ambiente informal: hospitales, iglesias, hogares, escuelas, lugar de trabajo, líneas telefónicas de urgencia, etc.	¿Dónde? Ambientes formal: clínicas, centros de salud mental, centros de día, consultorios, oficina escolar, etc.
¿Cuáles son las metas? Restablecer el equilibrio, dar apoyo de contención; reducir la mortalidad, rescate de eventualidades de riesgo y enlazar con recursos profesionales de ayuda.	¿Cuáles son las metas? Resolver la crisis, reelaborar y recolocar el incidente de crisis; ordenar el incidente a la trauma de vida; establecer la apertura/disposición para afrontar el futuro.

Procedimiento:

La meta de los Primeros Auxilios Psicológicos es restablecer la homeostasis emocional. El objetivo es auxiliar a la persona a dar pasos concretos hacia el afrontamiento de la crisis, lo cual incluye el manejo adecuado de los sentimientos, el control de los componentes subjetivos de la situación y comenzar el proceso de solución del problema.

Existen Cinco componentes estratégicos de los Primeros Auxilios Psicológicos

Realizar contacto psicológico:

Se define este primer contacto como empatía o “sintonización” con los sentimientos y necesidades de una persona durante su crisis. La tarea es escuchar cómo la persona en crisis visualiza la situación y se comunica con nosotros. A sí mismo, se invita a la persona a hablar, y a escucharse, sobre lo sucedido (los hechos) y dar cuenta de sus reacciones (sentimientos y actitudes) ante el acontecimiento, estableciendo lineamientos reflexivos y sentimientos encontrados.

Existen varios objetivos del primer contacto psicológico; el primero es que la persona sienta que se le escucha, acepta, entiende y apoya; lo que a su vez conduce a una disminución en la intensidad de sus ansiedades; el primer contacto psicológico puede servir para reducir el dolor de estar solo durante una crisis, pero en realidad se dirige a algo más que esto.

Analizar las dimensiones del problema:

La indagación se enfoca a tres áreas:

- a) presente
- b) pasado inmediato y
- c) futuro inmediato.

El presente hace referencias a “qué sucedió, cómo te sientes, qué piensas, qué puedes hacer” (como la muerte de un ser querido, el despido, el maltrato doméstico, el abandono del cónyuge, el descubrimiento de una infidelidad, la discusión con un hijo adolescente, etc.).

El pasado inmediato remite a los acontecimientos que condujeron al estado de crisis y su indagación implica preguntas como: “quién, qué, dónde, cuándo, cómo”;

El futuro inmediato se enfoca hacia cuáles son los eventuales riesgos para la persona y prepararse para las soluciones inmediatas.

Sondear posibles soluciones:

Implica la identificación de un rango de soluciones alternativas tanto para las necesidades inmediatas como para las que pueden dejarse para después. Esto implica llevar o “acompañar” a la persona en crisis a generar alternativas seguido de otras posibilidades. Una segunda cuestión es la importancia de analizar los obstáculos para la ejecución de un plan en particular.

Iniciar pasos concretos:

Implica ayudar a la persona a ejecutar alguna acción concreta. El objetivo es en realidad muy limitado: no es más que dar el mejor paso próximo, dada la situación. El interventor tomará un actitud facilitadora o directiva, según las circunstancias, en la ayuda al paciente para tratar con la crisis.

Verificar el progreso:

Implica el extraer información y establecer un procedimiento que permite el seguimiento para verificar el progreso de ayuda. El seguimiento puede suceder mediante un encuentro posterior, cara a cara o por teléfono o correo electrónico. El objetivo es ante todo completar el circuito de retroalimentación o determinar si se lograron o no las metas de los Primeros Auxilios Psicológicos: el suministro de apoyo, reducción de la mortalidad y cumplimiento del enlace con fuentes de apoyo.

¿Qué SI hacer? y ¿qué NO hacer? en los Primeros Auxilios Psicológicos:

Contactar

SI escuchar de manera cuidadosa y refleja los sentimientos y la naturaleza de los hechos.

SI comunicar aceptación.

NO contar tu “propia historia”
NO ignorar sentimientos o hechos
NO juzgar, regañar o tomar partido

Dimensionar el problema

SI plantear preguntas abiertas
SI llevar a la persona a una mayor claridad
SI evaluar la mortalidad
NO depender de preguntas de si/no
NO permitir abstracciones continuas.
NO soslayar las señales de “peligro”
NO dar la razón del “problema”

Posibles soluciones

SI alentar la lluvia de ideas
SI trabajar de manera directa por bloques
SI establecer prioridades
NO dejar obstáculos sin examinar
NO permitir una mezcolanza de necesidades

Acción concreta

SI dar un paso cada vez
SI establecer metas específicas de corto plazo
SI confrontar cuando sea necesario
SI ser directivo, sólo sí debes serlo
NO intentar resolverlo todo ahora
NO tomar decisiones que comprometan por largo tiempo
NO ser tímido o prometer cosas
NO retraerse de tomar decisiones cuando parezca necesario

Seguimiento

SI hacer un convenio para re contactar
SI acordar un segundo encuentro
SI evaluar los pasos de acción
NO dejar detalles en el aire o asumir que el paciente continuará la NO acción de plan por sí mismo
NO dejar la evaluación a alguien más

Recomendaciones básicas para la atención de personas en estado de crisis por pérdida o potencialmente autodestructiva.

ENFÓQUESE EN EL PROBLEMA.

Cuando se está desorganizado, el dolor y enojo predominan, por lo que su discurso es incoherente y distorsionado. Es necesario mantenerse en la catarsis emocional de lo que implica el problema.

VALORE LAS ÁREAS MÁS AFECTADAS.

El proceso de Crisis comprende manifestaciones en la estructura CASIC

IDÉNTIFIQUE LA PÉRDIDA.

Los estados de dolor psíquico se relacionan, con mucha frecuencia, con una pérdida importante, entonces, se debe entender cuál fue la pérdida y qué significado tiene para la persona; establecer lo que es bueno y malo (conveniente o inconveniente) de la situación.

NO CONFRONTAR O INTERPRETAR.

No rechazar nada de lo que la persona diga, hasta que se establezca un vínculo de confianza importante, y el haber explorado todas sus opciones. Posteriormente, no dé explicaciones complejas ni obligue a la persona a modificar su estado emocional. Eso lo hará sentirse culpable y desesperado.

MOTIVARLO PARA QUE SEA MAS PROPOSITIVO.

Si el pensamiento de la persona es muy negativo o distorsionado, es necesario motivarle a la acción sencilla y clara, reforzando sus pequeños logros.

SUJÉTESE AL DESEO DE VIDA.

En toda persona, aún con alto riesgo suicida, hay una parte que quiere vivir; es necesario enfocarse en esa parte. Cuando exprese que no hay nada por lo que quiera vivir, hay que decirle, que imagine que la detendría a cometer dicho acto. Intente crear un deseo inmediato de vida. Plantear alguna actividad para más tarde y para un día siguiente.

NO ENTRE EN DEBATE, NO DISCUTA.

No contestar preguntas tales como: "Deme Ud. una razón para vivir", evitar comentarios idealistas.

SUGIERA OPCIONES POSIBLES.

Ayude al individuo a encontrar metas y objetivos realistas. Provea cierto sentido de logro control sobre la situación y de cómo va a reaccionar ante dicha situación.

NO DÉ CONSEJOS DIRECTOS.

Nunca se dan consejos directos ni se arma sólo el rompecabezas. Guíe a la persona, busque posibilidades y dé opciones para su elección.

SEA PACIENTE.

Establezca confianza y movilice sus recursos. Tenga conocimiento de los lugares o profesionales a los que pueda referir a las personas.

HAGA LAS 4 PREGUNTAS CLAVE:

- 1) ¿Cuáles son sus ideas relacionadas con su dificultad o problema?
- 2) ¿Qué ha hecho usted para mejorar esta situación?
- 3) ¿Qué es lo que ha impedido solucionar el problema?
- 4) ¿Tiene usted alguien que le ayude a solucionar su problema?

DEJE QUE EL SUJETO ESTABLEZCA EL RITMO.

No apresurar a la persona.

HABLE DE VARIOS TÓPICOS.

En orden siempre en relación al problema.

NO PROMETA LO QUE NO ES POSIBLE.

Ya que esto puede provocar que se pierda la credibilidad y la confianza.

USE SIEMPRE UN SENTIDO DE ESPERANZA.

Ejemplo "Que otras cosa hay para Ud." o "Que otras posibilidades tiene."

MANTENGA LA CONVERSACIÓN.

Enfocada en él o ella, evite las preguntas personales.

AL FINAL PIDA LOS DATOS.

Al inicio la persona puede no haber querido proporcionarlos y probablemente al final coopere y pueda darlos.

ESTABLEZCA UN COMPROMISO DE BÚSQUEDA DE AYUDA.

Dicho compromiso puede ser tan solo hacer una llamada telefónica, o bien acudir a alguna institución que le brinde la ayuda adecuada. Se intenta regresar el control de sus actos a la persona, así como la posibilidad de que reciba ayuda especializada.

EL PERFIL O ESTRUCTURA CASIC

Conductual. Actividades y conductas manifiestas.

Afectiva. Emociones sentidas con más frecuencia. Sentimientos acerca de cualquiera de los comportamientos citados arriba; presencia de ansiedad, ira, alegría, depresión, temor, etc.

Somática. Funcionamiento físico general, salud, enfermedades relevantes actuales y pasadas. Sensaciones placenteras o dolorosas experimentadas. Influencia del consumo de sustancias y alimentos. Presencia o ausencia de tics, dolores de cabeza, malestares estomacales y cualquier otro trastorno somático; etc.

Interpersonal. Naturaleza (asertiva o conflictiva) de las relaciones con otras personas: la familia, los amigos, los vecinos, los compañeros de escuela o trabajo.

Cognoscitiva. Manera de dormir y sueños diurnos y nocturnos usuales; representaciones mentales distorsionada acerca del pasado o el futuro; autoimagen; metas vitales y las razones para su validez; creencias religiosas; filosofía de la vida.

Funcionamiento CASIC durante la crisis.

El principal objetivo aquí es determinar (evaluar) el impacto del incidente precipitante en las cinco áreas del funcionamiento CASIC del individuo:

Conductual:

- ✓ ¿Cuáles actividades (acudir al trabajo, a la escuela, dormir, comer y así sucesivamente) han sido las más afectadas por el incidente de crisis?
- ✓ ¿Cuáles áreas no han sido afectadas por la crisis?
- ✓ ¿Cuáles conductas se han incrementado, fortalecido o dañado por la crisis?
- ✓ ¿Cuáles estrategias de afrontamiento se han intentado, y cuál fue el relativo éxito/fracaso de cada uno?

Afectiva:

- ✓ ¿Cómo se siente la persona con las secuelas del incidente de crisis? ¿Airado? ¿Triste? ¿Deprimido? ¿Aturdido?
- ✓ ¿Se expresan libremente los sentimientos o se mantienen ocultos? ¿Los sentimientos expresados son los adecuados en el manejo de la persona?
- ✓ ¿El estado afectivo da algunas claves como para la etapa de translaboración de las crisis?

Somática:

- ✓ ¿Existen molestias físicas asociados con el incidente de crisis? ¿Es esto una reactivación de problemas anteriores o es algo "totalmente nuevo"?
- ✓ Si la crisis proviene de una pérdida física (pérdida de un miembro corporal, cirugía, enfermedad), ¿Cuál es la naturaleza exacta de la pérdida, y cuáles son los efectos de ésta sobre otros funcionamientos del organismo?
- ✓ ¿Hay antecedentes de uso de drogas o sustancias que participan en el estado de crisis? ¿Requiere medicación alguna?

Interpersonal:

- ✓ ¿El impacto de la crisis de la persona sobre el inmediato mundo social de la familia y los amigos resulta adaptativo o se encuentra en franca desadaptación?
- ✓ ¿Es posible hacer uso de la red y de los sistemas sociales de ayuda?

- ✓ ¿Cuál es la actitud interpersonal que se adopta durante el tiempo de la crisis, por ejemplo, aislamiento, dependencia, etc.?

Cognoscitiva:

- ✓ Las expectativas o metas vitales perturbadas por el incidente de crisis
- ✓ Las reflexiones o pensamientos introspectivos usuales
- ✓ El significado del incidente precipitante en la parcialidad y totalidad de la vida
- ✓ Presencia de los “debería”, tales como “yo debería haber sido capaz de manejar esto”
- ✓ Patrones ilógicos de pensamiento acerca de resultados inevitables
- ✓ Los patrones usuales para hablarse a sí mismo
- ✓ El estado del dormir
- ✓ Imágenes de una fatalidad inminente

Factores de protección

- Capacidad del individuo para afrontar su propia existencia. Supone simplemente asumir la realidad vital y encararla con todas sus consecuencias.
- Conciencia de llevar el “timón de vida” de su propia realidad y no de los acontecimientos.
- La reflexión constante de deseos y anhelos que lleven por el rumbo hacia un destino apetecido.
- Saber por sí mismo que es lo correcto y lo incorrecto en cada circunstancia.
- Procurar establecer, concretar y controlar lo que se tiene que hacer y lo que se tiene que pensar.
- Autonomía de ideas.
- Capacidad para la vida afectiva y para el goce.
- Construcción adecuada de la identidad personal.
- Aptitudes y habilidades laborales y lúdicas.

Factores de riesgo

- Limitación en el ejercicio de la libertad interna necesaria.
- Priorizar necesidades innecesarias sobre las necesidades básicas.
- Baja tolerancia a la frustración.
- Autoestima dañada.
- Construcción distorsionada de ideas.
- Comunicación asertiva deficiente.

Resiliencia

Antecedentes

“El concepto de resiliencia ha acabado con la dictadura del concepto de vulnerabilidad.” (Stanislaw Tomkiewicz, 2001) El vocablo resiliencia proviene del latín, el término “resilio” que significa volver atrás, volver de un salto, resaltar, rebotar, ser repelido o resurgir.

En un contexto de investigación epidemiológico social se observó que no todas las personas sometidas a situaciones de riesgo sufrían enfermedades o padecimientos de algún tipo, sino que, por el contrario, había quienes superaban la situación y hasta surgían fortalecidos de ella. A este fenómeno se lo denomina en la actualidad resiliencia.

El concepto de resiliencia no es nuevo en la historia. Se trata de un término que surge de la Física y de la Ingeniería de Materiales, para simbolizar la elasticidad de un material, propiedad que le permite absorber energía y deformarse, sin romperse, cuando es presionado por otro objeto o fuerza exterior, y seguidamente recobrar su extensión o forma original una vez que cesa dicha presión. Ejemplos de cuerpos con resiliencia

son una cinta elástica, una pelota de goma, un muelle, o la caña de bambú que se dobla sin romperse ante el viento para enderezarse de nuevo.

Este término también se usa en la medicina, concretamente en la osteología, donde expresa la capacidad de los huesos de crecer en la dirección correcta después de una fractura.

Más tarde el concepto fue utilizado en las ciencias sociales, como la psicología, la pedagogía, la sociología, la medicina social y la intervención social, con un significado muy cercano al etimológico: *ser resilientes significa ser rebotado, reanimarse, avanzar después de haber padecido una situación traumática*. El trabajo que dio origen a esta nuevo concepto fue el de dos psicólogas especializadas en desarrollo infantil Emmy Werner y Ruth Smith (1982) emprendieron hace medio siglo y que sembró sin ellas anticiparlo las semillas del concepto de resiliencia humana.

Estudiaron la influencia de los factores de riesgo, los que se presentan cuando los procesos del modo de vida, de trabajo, de la vida cotidiana, de las relaciones sociales, culturales, políticas y ecológicas, se caracterizan por una profunda inequidad y discriminación social, desigualdad tanto de género como etnocultural que generan formas de remuneración injustas con su consecuencia: la pobreza, un sistema de vida lleno de factores estresores, sobrecargas físicas, psíquicas y/o emocionales, exposición a peligros, lo que llama Breilh procesos destructivos que forman parte de determinados modos de funcionamiento social o de los grupos humanos. Siguió durante treinta y dos años a más de 500 niños (se trata de niños y niñas que eran los patitos feos de las familias pobres de los bajos fondos) nacidos en medio de la pobreza en la isla de Kauai, una de las islas del Archipiélago de las Hawai. Todos ellos pasaron penurias, pero una tercera parte sufrió además experiencias de estrés y/o fue criado por familias disfuncionales por peleas, divorcio con ausencia de padre, alcoholismo o enfermedades mentales. Muchos de ellos presentaron las patologías físicas, psicológicas y sociales que desde el punto de vista de los factores de riesgo se esperaban.

Pero también constató que muchos de ellos lograron un desarrollo sano y positivo: estos sujetos fueron definidos como resilientes. Se formuló entonces una pregunta que daba paso y fundamentaba un nuevo paradigma, ¿Por qué no se enfermaron los que no se enfermaron? Primero se planteó la cuestión genética (denominándolos “niños invulnerables” portadores de un temperamento especial, fruto quizá de condiciones genéticas especiales, dotados con una mejor capacidad cognitiva), pero se dieron cuenta de que todos los sujetos que resultaron resilientes tenían, por lo menos, a una persona (familiar o no) que los aceptó de forma incondicional, independientemente de su carácter, su aspecto físico, su inteligencia, sus conductas o su problemática personal, social y/o familiar. Necesitaban contar con alguien y de forma simultánea sentir que sus esfuerzos, su competencia y su autovaloración eran reconocidos y fomentados y estos sujetos las tuvieron. Eso hizo la diferencia. El afecto, el amor incondicional recibido, estaba en la base de la capacidad de superarse.

Werner manifiesta que todos los estudios realizados en el mundo acerca de los niños desgraciados, comprobaron que la influencia más positiva para ellos es una relación cariñosa y estrecha con un adulto significativo. Por tanto la aparición o no de esta capacidad en los sujetos depende de la interacción de la persona y su entorno humano.

En la actualidad podemos señalar que la resiliencia no procede exclusivamente del medio ni es algo exclusivamente innato que algunos traen al nacer y otros no. *La misma se basa en la interacción que se produce entre el individuo y el entorno*. Tal y como apunta Aldo Melillo, “La resiliencia se teje, no está ni en el individuo, ni en el entorno, sino entre ambos porque enlaza un proceso interno con el entorno social”.

Werner forma parte de una serie de precursores o primera generación de investigadores de la resiliencia que buscaban identificar los factores de riesgo y los factores protectores que habían posibilitado la adaptación de los niños. Estas investigaciones iniciales establecen la búsqueda en torno a un modelo trídico donde se estudian tres grupos de factores: los atributos personales, los aspectos relativos a la familia y las características de contexto donde están inmersos. De esta manera, entre otros, se descubrió que la ecuación compensaba los déficits iniciales. A mediados de los años noventa surge una segunda generación de investigadores (como Michael Rutter y Edith Grotberg, entre otros) que continúan preocupándose por descubrir aquellos factores que favorecen la resiliencia, pero ahora añaden una nueva vertiente de investigación con el estudio de la dinámica y la interrelación entre los distintos factores de riesgo y protección.

La primera generación de investigadores considera la resiliencia como aquello que se puede estudiar una vez la persona se ha adaptado, cuando ya tiene una capacidad resiliente. En otras palabras, sólo se puede etiquetar una persona de resiliente si ya ha habido adaptación; entonces, la investigación se centra en encontrar aquel conjunto de factores que han posibilitado la superación.

En cambio, la segunda generación de investigadores considera la resiliencia como un proceso que puede ser promovido. Por tanto, las investigaciones se preocupan más en dilucidar cuáles son las dinámicas presentes en el proceso resiliente, con el objetivo fundamental de ser replicadas en intervenciones o contextos similares. Es necesario investigar la imbricación existente entre los distintos factores de riesgo y los resilientes, y por otro lado, también es necesario estudiar la elaboración de modelos que permitan promover la resiliencia de forma efectiva mediante programas de intervención.

La segunda generación de investigadores rompe los esquemas fijos e inamovibles respecto los factores. De esa manera, sus estudios constatan que la distinción que se establece entre factores promotores y factores de riesgo es muy permeable.

Es conveniente destacar los resultados y reflexiones realizadas a partir del estudio de niños en situaciones adversas llevadas a cabo por el BICE (Oficina Internacional Católica de la Infancia). Es importante hacer constar que ellos son los responsables del primer libro sobre resiliencia en España. “El realismo de la esperanza. Herido pero no vencido”

A pesar de que en sus inicios las investigaciones alrededor de las personas resilientes se dirigieron a estudiar una infancia marcada por situaciones traumáticas, ahora el estudio de la resiliencia se ha extendido y entendido como una cualidad que puede ser desarrollada a lo largo del ciclo de la vida.

La resiliencia se ha convertido en una categoría susceptible de ser aplicada a todo el ciclo vital. No se trata de un proceso reducido a la infancia. Todo el mundo, en cualquier etapa de su vida y en cualquier ámbito, puede encontrarse en una situación traumática, la puede superar y salir fortalecido.

Habría un tercer enfoque, el latinoamericano. En Latinoamérica, los primeros planteamientos sobre resiliencia surgen alrededor de 1995. Para estos investigadores, la resiliencia es comunitaria y puede obtenerse como un producto de la solidaridad social, que se hace evidente en los esfuerzos colectivos de algunos pueblos a la hora de enfrentar situaciones de emergencia. Este enfoque se enraíza en la epidemiología social que entiende el proceso salud-enfermedad como una situación colectiva causada por la estructura de la sociedad y por los atributos del proceso social. Así, la resiliencia comunitaria desplaza la base epistemológica del concepto inicial, modificando el objeto de estudio, la postura del observador y la validación del fenómeno.

Empezaré esta exposición con una metáfora muy ilustrativa para entender qué es la resiliencia:

“Una hija estaba muy molesta porque parecía que cuando un contratiempo se les solucionaba, aparecía un problema nuevo aún más complicado. Habló de ello con su padre, que era jefe de cocina. La miró y, sonriente, cogió tres ollas. En un puchero puso algunos huevos, en otro algunas zanahorias y en una tercera ollita, café.

La joven se quedó pasmada pensando que su padre no la escuchaba, como ya era habitual, porque en lugar de proporcionarle una respuesta se ponía a cocinar. Después de veinte minutos de cocción, el padre preguntó a su hija ¿Qué ves? La chica se quedó atónita. ¿Qué quieres que vea? ¡Cómo no me haces ningún caso mientras cueces unos huevos y unas zanahorias y haces café!, respondió medio enfadada. El padre imperturbable la invitó a palpar los tres ingredientes. La joven azorada le preguntó qué significaba.

Él le respondió: “los huevos eran frágiles antes de la cocción, y ante la adversidad (el calentamiento con el fuego) se han vuelto duros; las zanahorias, en cambio, eran duras y con el fuego se han vuelto blandas; en cambio; el café, cuando ha sido calentado ha sido incluso capaz de poder transformar su contexto: el café ha transformado el agua.

¿Qué deseas ser tú, hija mía, ante las adversidades? Ojalá que seas como el café y que cuando aparezcan los problemas o las adversidades, seas capaz de ser fuerte, sin dejarte vencer ni aislarte, salir airoso e incluso mejorar tu misma consiguiendo cambiar tu entorno”.

La resiliencia es una metáfora que se asemeja al poder de transformación del café. La resiliencia según Edith Henderson Grotberg, **es “la capacidad del ser humano para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas y ser transformado positivamente por ellas”.**

La resiliencia es parte del proceso evolutivo y debe ser promovido desde la niñez. La mayoría de las definiciones del concepto de resiliencia son variaciones de ésta. En psicología, el término resiliencia se refiere a la capacidad de los sujetos para sobreponerse a períodos del dolor emocional.

Cuando un sujeto o grupo es capaz de hacerlo, se dice que tiene resiliencia adecuada, y puede sobreponerse a contratiempos o incluso resultar fortalecido por los mismos.

El concepto de resiliencia se corresponde con el término entereza. Esta capacidad de resistencia se prueba en situaciones de fuerte y prolongado estrés.

“La resiliencia es la capacidad que posee un individuo frente a las adversidades, para mantenerse en pie de lucha, con dosis de perseverancia, tenacidad, actitud positiva y acciones, que permiten avanzar en contra de la corriente y superarlas”. (E. Chávez y E. Iturralde, 2006).

“La resiliencia es un proceso dinámico que tiene por resultado la adaptación positiva en contextos de gran adversidad”. (Luthar, 2000).

“La resiliencia distingue dos componentes: la resistencia frente a la destrucción, es decir, la capacidad de proteger la propia integridad, bajo presión y, por otra parte, más allá de la resistencia, la capacidad de forjar un comportamiento vital positivo pese a las circunstancias difíciles”. (Vanistendael, 1994).

“La resiliencia se ha caracterizado como un conjunto de procesos sociales e intra-psíquicos que posibilitan tener una vida “sana” en un medio insano. Estos procesos se realizan a través del tiempo, dando afortunadas combinaciones entre los atributos del niño y su ambiente familiar, social y cultural”. (Rutter, 1992).

“La resiliencia es un proceso dinámico, que tienen lugar a lo largo del tiempo, y se sustenta en la interacción existente entre la persona y el entorno, entre la familia y el medio social. Es el resultado de un equilibrio entre factores de riesgo, factores protectores y personalidad de cada individuo, funcionalidad y estructura familiar, y puede variar con el transcurso del tiempo y con los cambios de contexto. Implica algo más que

sobrevivir, más o menos indemne, al acontecimiento traumático, a las circunstancias adversas. Incluye la capacidad de ser transformado por ellas e incluso construir sobre ellas, dotándolas de sentido, y permitiendo no sólo continuar viviendo, sino tener éxito en algún aspecto vital y poder disfrutar de la vida. La resiliencia se construye en la relación”. (Roberto Pereira, 2007)

“La resiliencia es la habilidad para resurgir de la adversidad, adaptarse, recuperarse y acceder a una vida significativa y productiva”. (ICCB, Institute on Child Resilience and Family, 1994).

“Es la capacidad de un sujeto para superar circunstancias de especial dificultad, gracias a sus cualidades mentales, de conducta y adaptación”. (BICE, 1994).

“La resiliencia es un concepto genérico que se refiere a una amplia gama de factores de riesgo y su relación con los resultados de la competencia. Puede ser producto de una conjunción entre los factores ambientales y el temperamento, y un tipo de habilidad cognitiva que tienen algunos niños aun cuando sean muy pequeños”. (Osborn, 1996).

“La resiliencia significa una combinación de factores que permiten a un niño, a un ser humano, afrontar y superar los problemas y adversidades de la vida, y construir sobre ellos”. (Suárez Ojeda, 1995).

“En general, se admite que hay resiliencia cuando un niño muestra reacciones moderadas y aceptables si el ambiente le somete a estímulos considerados nocivos”. (Goodyer, 1995).

“La resiliencia es la capacidad de tener éxito de modo aceptable para la sociedad, a pesar de un estrés o de una adversidad que implican normalmente un graves riesgo de resultados negativos”. (Vanistendael, 1996)

“La resiliencia es una respuesta global en la que se ponen en juego los mecanismos de protección, entendiendo por estos no la valencia contraria a los factores de riesgo, sino aquella dinámica que permite al individuo salir fortalecido de la adversidad, en cada situación específica y respetando las características personales”. (Infante, 1997).

Tenemos que tener en cuenta además, que la resiliencia:

- nunca es absoluta, total, lograda para siempre.
- Es una capacidad que resulta de un proceso dinámico, evolutivo, en que la importancia de un trauma puede superar los recursos del sujeto.
- varía según las circunstancias, la naturaleza del trauma, el contexto y la etapa de la vida y puede expresarse de modos muy diversos según la cultura.
- es un proceso.
- hace referencia a la interacción dinámica entre factores.
- puede ser promovida a lo largo del ciclo de la vida.
- no se trata de un atributo estrictamente personal
- está vinculada al desarrollo y crecimiento humano.
- no constituye un estado definitivo.
- tiene que ver con los procesos de reconstrucción.
- tiene como componente básico la dimensión comunitaria.
- reconoce el valor de la imperfección.
- considera a la persona como única.
- está relacionada con ver el vaso medio lleno.
- es una capacidad universal.

Hay que significar que el concepto de resiliencia ha sido tratado con matices diferentes por autores franceses y estadounidenses. Por ello, el concepto con el que operan los autores franceses relaciona la resiliencia con el concepto de crecimiento postraumático, al entender la resiliencia simultáneamente como la capacidad de salir indemne de una experiencia adversa, aprender de ella y mejorar.

Mientras que el concepto que utilizan los norteamericanos, más restringido, hace referencia al proceso de afrontamiento que ayuda a la persona a mantenerse intacta, diferenciándolo del concepto de crecimiento postraumático.

Desde la corriente norteamericana se sugiere que el término resiliencia sea reservado para denotar el retorno homeostático del sujeto a su condición anterior, mientras que se utilizan términos como florecimiento (thriving) o crecimiento postraumático para hacer referencia a la obtención de beneficios o al cambio a mejor tras la experiencia traumática.

Es importante también diferenciar el concepto de resiliencia del de recuperación, ya que se representan trayectorias temporales diferentes.

Así, la recuperación implica un retorno gradual hacia la normalidad funcional, mientras que la resiliencia refleja la habilidad de mantener un equilibrio estable durante todo el proceso.

Nadie está libre de sufrir contratiempos, adversidades. Estudios realizados en todas partes del mundo, las personas identificaron las adversidades a las que se enfrentaba (Grotberg, 1995,2000) y se distinguieron dos tipos de adversidades: las adversidades experimentadas dentro del ámbito familiar y las adversidades experimentadas fuera del ámbito familiar.

Entre las primeras destacan: la muerte de uno de los padres o abuelos; el divorcio o la separación; la enfermedad de los padres o de un hermano; la pobreza; una mudanza; un accidente que deje secuelas en la persona; el maltrato; el abuso sexual; el abandono; el suicidio; los segundos matrimonios; el abandono; una salud frágil y la hospitalización; incendios que produzcan daños en la persona; una repatriación forzada de la familia; miembros de la familia discapacitados; padres que pierden sus trabajos o sus fuentes de ingresos; etc...

Entre las experimentadas fuera del ámbito familiar destacan: los robos; la guerra; los incendios; los terremotos; las inundaciones; los accidentes de automóviles; las condiciones económicas adversas; ser refugiado ilegal, ser inmigrante; los daños provocados por tormentas, inundaciones o el frío; ser encarcelado por motivos políticos; la hambruna; ser abusado por un extraño; los asesinatos en el vecindario; los gobiernos inestables; la sequía....

Además hoy podríamos agregar a esta lista el terrorismo, las drogas, la violencia, el embarazo en las adolescentes, los abusos, la violencia en las calles, las familias con un solo ingreso y además viven en la pobreza, la discriminación, el racismo y los problemas de salud mental.

Luis Rojas Marcos, en su último libro, "Superar la adversidad. El poder de la resiliencia" (Espasa, 2010) dice que las desgracias pueden dividirse en dos categorías: comunes y excepcionales.

Para este autor en el grupo de las **desgracias comunes** u ordinarias estarían aquellas que hemos aprendido desde pequeños a percibir como inevitables, "azotes de la vida o gajes desafortunados el oficio de vivir" y que serían por ejemplo la pérdida de seres queridos (muertes imprevistas y prematuras que son difíciles de encajar), los conflictos y rupturas de relaciones afectivas importantes, las enfermedades graves y el paro forzoso. La pérdida más dura para un adulto suele ser la muerte del cónyuge o de un hijo. Para los niños la muerte del padre o de la madre es el golpe más cruel.

También estarían dentro de este grupo, la separación o divorcio de los padres, las enfermedades físicas o emocionales crónicas, dolorosas, debilitantes e incluso mortales, tanto si somos nosotros los afligidos como si los son personas cercana o queridas. Por ejemplo las neuralgias o migrañas crónicas, algunos cánceres, la depresión, los trastornos obsesivo compulsivos graves, las alteraciones neurológicas o musculares

degenerativas irreversibles, la demencia de Alzheimer, la insuficiencia respiratoria crónica, las secuelas corporales de accidentes graves, como parálisis o hemiplejías, y otros padecimientos que impiden la autonomía y la aptitud para convivir, crear o disfrutar de la vida. La pérdida de trabajo también estaría en este grupo, bien por desempleo o bien por jubilación forzosa, ya que la actividad laboral representó para estas personas durante muchos años de su vida la fuente principal de gratificación personal y valoración y reconocimiento social.

Luis Rojas Marcos también hace mención al hecho de que desde 2008 estamos inmersos en una crisis económica mundial sin precedentes, caracterizada por bancarrotas masivas y el hundimiento a nivel mundial de cientos de instituciones financieras y como consecuencia la desaparición de miles de negocios, millones de puestos de trabajo y disminución e incluso desaparición de los ahorros de toda una vida en muchas familias. Esta situación ha llevado a un aumento significativo de los niveles en las tasas de ansiedad y depresión en muchos países del mundo.

En el grupo de las **desgracias excepcionales** este autor incluye la participación en combates de guerra, ser víctima o testigo de actos humanos de extrema crueldad como los crímenes con uso de la violencia, las violaciones, las torturas, los raptos o los internamientos en campos de concentración o de prisioneros por motivos políticos o militaristas.

También estarían en este grupo los conflictos bélicos y sociales cruentos, incluyendo los actos de terrorismo y las matanzas de grupos étnicos o religiosos, las guerras de Irak y Afganistán, los ataques terroristas en Nueva York, Londres y Madrid, los genocidios cometidos en Ruanda, Bosnia y Sudán y las atrocidades que ocurren en Palestina e Israel que aún hoy estamos acostumbrados a ver en los telediarios casi de forma diaria.

Este autor dice que entre las situaciones de ensañamiento físico y psicológico que más ponen a prueba la resiliencia humana se sitúan las que se producen en condiciones en las que las víctimas no pueden escapar del verdugo por imposibilidad física o por imposiciones legales, sociales o psicológicas. Estas circunstancias de deshumanización y acoso persistentes se dan en las cárceles, en los campos de internamiento, en el ámbito secreto de ciertos cultos religiosos, en el medio laboral, en los colegios, y, en el seno privado del hogar familiar.

La violencia prolongada daña la confianza, la autoestima y la integridad personal de los afectados. Tanto las mujeres maltratadas como los niños objeto de abuso sexual tienen que vivir con el hecho de que socialmente en muchas ocasiones se tiende a responsabilizarles de haber sido culpables de su propia desgracia culpándose a sí mismos de su terrible situación.

Otros ejemplos de desgracias consideradas excepcionales por este autor serían los grandes siniestros o accidentes que causan heridos graves o muertes violentas, y los desastres devastadores e imprevisibles provocados por las fuerzas de la naturaleza.

Por último, un grupo de desgracias que son excepcionales pero no tan inesperadas lo forman las **autoinfligidas**. Nadie que se encuentre bien busca de forma consciente una desgracia, pero hay personas que necesitan y persiguen situaciones peligrosas que van más allá de lo que nos ofrece la vida cotidiana. Son personas que les gusta experimentar emociones intensas, que consideran que la sorpresa y el sobresalto son los ingredientes que hacen bonita la vida y que sentir miedo les aporta una sensación excitante que les produce mucho placer y que el suspenso y la duda de lo que va a suceder les estimulan enormemente.

Dentro de este grupo, las personas que lo forman suelen ser de mediana edad, dominantes, porfiadas o impetuosas que no solo hacen caso omiso a las averías más peligrosas de su cuerpo, sino que además mantienen comportamientos altamente autodestructivos. Sustituyen su miedo a la vulnerabilidad por un falso sentido de seguridad. Por ejemplo, beben alcohol pese a sufrir problemas de hígado, fuman pese a padecer enfisema pulmonar o hacen locuras y se embarcan en todo tipo de excesos insensatos, como esquí, maratones o ciclismo de montaña, pese a sufrir graves problemas cardíacos. Realmente son los protagonistas de las historias de muertes repentinas.

Pilares de la resiliencia: cómo promover nuestra propia resiliencia.

“Quiéreme cuando menos me lo merezca, porque será cuando más lo necesite.” (Anónimo).

La identificación de un hecho o situación adversa es el primer paso del camino para aprender a enfrentarlo. Pero, ¿de dónde viene es cualidad?, ¿la tenemos potencialmente todos? Según Grotberg (2006) todos podemos volvernos resilientes.

El desafío es encontrar la manera de promover esa capacidad en cada persona tanto a nivel individual como familiar y social. Algunos de los primeros estudios sobre el tema enumeraron características o factores resilientes que contribuían a identificar aquello que resultaba útil y efectivo a la hora de superar adversidades (Werner y Smith, 1982, Rutter, 1979).

Las características o factores que los diferenciaban eran muchos. De manera que se pueden agrupar en apoyos externos que promueven la resiliencia, la fuerza interior que se desarrolla a través del tiempo y que sostiene a aquellos que se encuentran frente a alguna adversidad, y por último, los factores interpersonales, es decir, esa capacidad de resolución de problemas que es aquello que se enfrenta con la adversidad real.

Grotberg organizó estos factores de la siguiente manera: yo tengo, yo soy y yo Puedo.

Yo tengo (apoyo externo)

- ✓ Una o más personas dentro de mi grupo familiar en las que puedo confiar y que me aman sin condicionamientos, es decir, de forma incondicional;
- ✓ una o más personas fuera de mi entorno familiar en las que puedo confiar plenamente;
- ✓ límites en mi comportamiento;
- ✓ personas que me alientan a ser independiente;
- ✓ buenos modelos a imitar;
- ✓ acceso a la salud, a la educación y a servicios de seguridad y sociales que necesito; y
- ✓ una familia y entorno social estables.

Yo soy (fuerza interior)

- Una persona que agrada a la mayoría de la gente;
- generalmente tranquila y bien dispuesta;
- alguien que logra aquello que se propone y que planea para el futuro;
- una persona que se respeta a sí misma y a los demás;
- alguien que siente empatía por los demás y se preocupa por ellos;
- responsable de mis propias acciones y acepto sus consecuencias;
- segura de mí misma, optimista, confiada y tengo muchas esperanzas.

Yo puedo (capacidades interpersonales y de resolución de conflictos)

- Generar nuevas ideas o nuevos caminos para hacer las cosas;
- realizar una tarea hasta finalizarla;
- encontrar el humor en la vida y utilizarlos para reducir tensiones;
- expresar mis pensamientos y sentimientos en mi comunicación con los demás;

- resolver conflictos en diferentes ámbitos: académico, laboral, personal y social;
- controlar mi comportamiento: mis sentimientos, mis impulsos, el demostrar lo que siento, y
- pedir ayuda cuando la necesito.

Estos factores resilientes pueden promoverse por separado. Sin embargo, cuando una persona se enfrenta a una situación adversa, se combinan todos los factores tomándolos de cada categoría, según se necesiten.

La mayoría de las personas ya cuentan con algunos de estos factores, sólo que no poseen los suficientes, o quizá nos saben cómo utilizarlos contra la adversidad. Otras personas, en cambio, sólo son resilientes en una determinada circunstancia y no lo son en otras.

A continuación pasaré a detallar punto por punto el organigrama de los pilares de la resiliencia que Grotberg nos ofrece en su libro “la resiliencia en el mundo de hoy” y que nos posibilitan a su vez el camino para promover nuestra propia resiliencia:

Yo tengo (apoyo externo)

1. Una o más personas dentro de mi grupo familiar en las que puedo confiar y que me aman sin condicionamientos, es decir, de forma incondicional y
2. una o más personas fuera de mi entorno familiar en las que puedo confiar plenamente. Desde aquí, sé que cuento con alguna persona en mi familia en la que puedo confiar en momentos de adversidad. Pero no daré por sentado que esta persona se comportará siempre igual. Mantendré nuestra relación activa y la reforzaré pasando tiempo con ella. Deberé pensar también en otra persona dentro de mi familia a con la que pueda comenzar a construir una relación de confianza, ya que aquella en la que más con fío en este momento puede mudarse a otro lugar, enfermarse o envejecer demasiado como para poder ayudarme, ¿quién más podría tener ese puesto?

Además, ¿a quién más conozco fuera de mi entorno familiar en quien podré confiar plenamente? Tengo que dar confianza a los demás para poder recibirla después. Aceptaré correr riesgos y comenzaré a conversar con la persona que elegí y veré su respuesta. Si esta se muestra lo suficientemente cordial como para hablar sobre un tema más personal, la invitaré a almorzar o a hacer alguna actividad juntos. Entonces, trataré de contarle algo todavía más personal y le pediré que lo mantenga en secreto, así podré ver si ella es de mi confianza.

En lo personal yo considero que generalmente puedo confiar en aquellas personas que hacen lo que dicen, que mantienen su palabra. Sin embargo, necesitaré asegurarme de que puedo confiar en mí misma para enfrentar las adversidades.

Si siento mucho miedo en correr riesgos por temor al fracaso o al ridículo, entonces necesitaré practicar con situaciones que involucren pequeños riesgos, donde las consecuencias pueden no resultar perjudiciales.

3. Límites en mi comportamiento ¿Sé hasta dónde puedo llegar cuando pido ayuda a los demás o espero recibirla? ¿Sé hasta qué punto puedo sentirme dependiente de una persona para poder enfrentar las adversidades?

Para lograr utilizar eficazmente las pautas para enfrentar adversidades, necesitaré considerar el valor y las limitaciones de cada uno. Utilizaré mi inteligencia para decidir qué lineamientos aplicar para determinada circunstancia y la manera de aplicarlos como expresión de mi libertad.

4. personas que me alientan a ser independiente y
5. buenos modelos a imitar Las personas que me ayudan, ¿hacen las cosas por mí o me alientan para que trate de resolverlas por mí misma? No debo convertirme en sobredependiente de los demás; por tal motivo, necesito pensar en qué medida puedo resolver las cosas sola. Luego, podré considerar cuánto apoyo necesito de los demás.

Puedo ver a través de las reacciones de los otros (lenguaje corporal, el tono de voz o su comportamiento) si estoy dependiendo demasiado de ellos para enfrentar mis adversidades. Si alguien espera que yo sea más independiente de lo que en realidad puedo ser, entonces necesitaré encontrar el modo de decirles que necesito ayuda.

6. acceso a la salud, a la educación y a servicios de seguridad y sociales que necesito ¿Cuento hoy con los servicios sociales que necesito? Y el día de mañana, ¿estarán disponibles también? Tal vez necesite buscar otros recursos adicionales. ¿Se dónde encontrar los negocios, bibliotecas, centros educativos o cualquier otro servicio que necesite hoy o en el futuro? Si estoy enferma o herida, ¿puedo describir lo que sucedió, cómo sucedió y qué necesito?

Tendré que hacer una lista y planear por adelantado según mis necesidades vayan cambiando. Tendré que escribir una guía con los servicios que considero podré eventualmente necesitar.

7. una familia y entorno social estables A medida que la gente se muda a otros lugares, tengo la posibilidad de hacer nuevas relaciones para construir una nueva familia. Por el hecho de ser parte de una comunidad, puedo ser más activa dentro de ésta, creando relaciones y contribuyendo a su crecimiento y estabilidad. ¿Puedo donar mi tiempo a un centro de atención para jóvenes? ¿Serviría mi ayuda en un hospital? Debería contribuir con la comunidad para brindar mi ayuda no solo cuando las situaciones no implican riesgos, sino también cuando la comunidad se enfrenta a distintas adversidades.

Yo soy (fuerza interior)

1. Una persona que agrada a la mayoría de la gente; ¿Soy cordial con los demás?, ¿Hago nuevos amigos con facilidad? ¿Demuestro mi aceptación a la gente que acabo de conocer? Este tipo de conducta agradable no sólo hace que todos se sientan mejor, sino que garantiza una buena predisposición cuando pidamos ayuda para hacer frente a circunstancias adversas.

2. generalmente tranquila y bien dispuesta; ¿Mi temperamento se ha modificado, aunque sea levemente, sin que yo lo notara? ¿Estoy más irritable que antes? ¿Soy menos paciente con los demás? ¿Puedo encontrar mejores maneras de protegerme para evitar sentirme enojado con las otras personas? Como una práctica, plantea Grotberg, intentar tranquilizarse antes de ingresar a una reunión de trabajo o encuentro social donde podría experimentar tensiones fuertes. Se intentará generar una atmósfera tranquila dentro de una situación estresante. Sé que tengo algunas dificultades cuando debo manejar las adversidades y me siento malhumorada o tiendo a enojarme con facilidad. Seguramente, las personas me darán la espalda cuando necesite ayuda. Por otro lado, puedo también pensar mejor cuando me siento tranquila.

3. alguien que logra aquello que se propone y que planea para el futuro; ¿Pienso en términos de futuro? ¿Todavía formulo planes interesantes que se ajustan a lo que quiero para mi futuro? Cuando pienso en el futuro debo hacerlo considerando las adversidades con las que puedo llegar a enfrentarme.

Si me quedara sin dinero, ¿cuento con un plan alternativo? Si mi casa resultase destruida por un incendio, ¿tengo otro lugar adonde ir? Si sufriera un accidente, ¿Sabría qué hacer? El futuro planeado no consiste sólo en objetivos a lograr, también consisten en estar preparada para enfrentar las adversidades que pueden inmiscuirse en nuestras metas.

4. una persona que se respeta a sí misma y a los demás; Cuando tengo respeto por mí mismo, no permito que otras personas se aprovechen de mí o me humillen sin dejar de manifestar mi protesta y de pedir una aclaración como muestra del respeto que merezco. Si soy víctima de maltrato físico o emocional, como por ejemplo en una situación violenta, es necesario que recuerde que no importa la que suceda siempre tendré respeto por mi persona. Nadie me quitará el respeto que tengo por mí mismo. De igual manera, necesitaré respetar a los demás, incluso a aquellos que cometen actos terribles y que son los generadores de grandes adversidades.

Reconoce la autora, Grotberg, que esto no es nada fácil, en especial si fuimos nosotros mismos o nuestros seres queridos las víctimas de esas adversidades. Debemos recordar que todos los seres humanos tienen derechos inherentes a su condición como tales cuando son capturados o encarcelados.

5. alguien que siente empatía por los demás y se preocupa por ellos; ¿Soy capaz de ser solidaria con el dolor y el sufrimiento de otras personas?, ¿hago cosas por lo demás para demostrarles mi interés y mi preocupación por ellos? Si tengo dificultad en estas áreas, debo comenzar, buscando ejemplos de gente solidaria en libros y películas, para poder analizar las maneras que poseen para demostrar su empatía. Luego puedo imitarlos, empezando por cosas pequeñas y midiendo la respuesta que obtengo en cada intento.

6. responsable de mis propias acciones y acepto las consecuencias; ¿Me resulta difícil asumir mi responsabilidad y tiendo a echar la culpa a los demás en general de las cosas que me suceden? Puede ser que me resulte difícil asumir mi responsabilidad.

En tiempos de adversidad, es necesario ser especialmente responsable de mis acciones, de la misma manera en que confío que otras personas serán responsables de aquello que hacen.

7. y yo soy segura de mí misma, optimista, confiada y tengo muchas esperanzas. ¿Tengo la sensación de que las cosas van a funcionar bien para mí si me esfuerzo por lograrlo? ¿Tiendo a visualizar resultados positivos? Sabemos que el hecho de ser optimistas y confiados hace que las posibilidades de enfrentar y superar las adversidades sean mucho más exitosas.

Yo puedo (capacidades interpersonales y de resolución de conflictos)

1. Generar nuevas ideas o nuevos caminos para hacer las cosas; ¿Siento placer al sugerir nuevas ideas para hacer las cosas o resolver problemas y dificultades? ¿Siento la necesidad de correr riesgos probando nuevas ideas? Si tuviera dificultades en esta área tendría que documentarme con libros que me parecieran interesantes y que me ayudaran a ampliar mis conocimientos y análisis de estos temas.

Hay que reconocer que el hecho de ser creativa puede ayudar a la hora de enfrentar adversidades.

2. realizar una tarea hasta finalizarla; ¿Soy una persona constante o me rindo con facilidad ante los retos y las obligaciones? Si tuviera problemas con este aspecto tendría que practicar adquiriendo el compromiso de comenzar un proyecto y terminarlo hasta el final. Es importante tener en cuenta que la constancia es fundamental si deseo enfrentar las adversidades y puedo superarlas.

3. encontrar el humor en la vida y utilizarlos para reducir tensiones; ¿Soy capaz de observar con sentido del humor aquello que sucede a mi alrededor? El humor libera energía para hacer frente al conflicto.

El humor es un excelente compañero para romper con las tensiones y cuando una persona está inmersa en una situación de extrema adversidad es básico contar con este elemento para poder enfrentarla.

4. expresar mis pensamientos y sentimientos en mi comunicación con los demás; ¿Me resulta fácil y cómodo expresar mis pensamientos y mis sentimientos o tiendo a sentir vergüenza o duda? Se refiere a la capacidad de expresar con claridad y de hacer conectar al otro con lo que estás diciendo. Empatizar tanto a nivel cognitivo como emocional en una espiral de retroalimentación positiva.

Esta capacidad en las relaciones interpersonales se torna muy importante en lo cotidiano y constituye una llave de acceso tanto durante como después de una experiencia adversa.

5. resolver conflictos en diferentes ámbitos: académico, laboral, personal y social; ¿Tengo capacidad de enfrentar y resolver mis propios conflictos? Y ¿soy capaz de ayudar a otros a resolver y comprender sus conflictos sin entrometerme en su espacio privado? Tendré que saber cuáles son las herramientas que utilizo, si son las correctas y si me dan buenos resultados. Esta actitud es de gran ayuda para enfrentarse a adversidades tanto reales como imaginarias.

6. controlar mi comportamiento: mis sentimientos, mis impulsos, el demostrar lo que siento, ¿Puedo controlar mis sentimientos y mis impulsos? ¿Cómo lo hago? Tener información de esta área será fundamental a la hora de posicionarme y mostrarme en momentos de adversidad en los que la serenidad y la

tranquilidad serán buenos compañeros del camino en dirección de la solución y superación de dicho momento.

Y; pedir ayuda cuando la necesito. ¿Soy capaz de pedir ayuda sin sentirme una persona débil o vulnerable? ¿Puedo aceptar fácilmente que me pueden dar un sí o un no por respuesta? El hecho de poder pedir ayuda en una situación de mucha dificultad nos ampliará el foco de las posibilidades de poder resolverla.

Grotberg añade que la resiliencia se activa cuando nos enfrentamos a una situación adversa difícil que necesita ser enfrentada y superada y dice que la secuencia de respuesta ante una posible adversidad es la siguiente:

- prepararse para la adversidad;
- sobrevivirla atravesándola y
- Aprender de ella.

1. prepararse para la adversidad.

Si la adversidad no se presenta por sorpresa, podemos disponer de tiempo para prepararnos ante ella, así poder enfrentarla y superarla. Habrá que tener en cuenta aspectos como imaginarse qué es lo que ocurrirá, quién y de qué manera resultará afectado por esa situación, cuáles son los obstáculos que necesitaríamos superar para hacer frente a la situación, quizá habría que considerar la posibilidad de pedir ayuda a alguien, si fuera así, tendría que elegir quién me iba a acompañar en este proceso entre las personas con las que cuento y me pudieran ayudar..., tendría también que saber con qué fortalezas interiores cuento y qué capacidades necesito utilizar para desplegarlas.

2. atravesar la adversidad.

El problema en este momento del camino es que la adversidad empieza a tener vida propia. En este punto crítico en lugar de ser proactivos frente a ella lo que hacemos es tender a controlar los acontecimientos. A medida que vamos avanzando necesitamos adoptar una posición de dominio sobre el proceso. Será importante tener en cuenta en qué puntos se encuentran las cosas, tendremos que hacer una evaluación sobre el estado actual de la adversidad, también es aconsejable saber cómo están manejando la situación las otras personas involucradas, así ser conscientes de las nuevas acciones que deberíamos emprender, si son necesarias otras estrategias o planes, quizá buscar otras vías para resolver el conflicto, saber si necesitamos ayuda, tener presente en quién podríamos confiar en un momento como éste, etc...

La ventaja más importante de estar atravesando una situación adversa es que, por lo general, tenemos que hacer algo, y al hacer algo estamos consumiendo parte de la energía y la ansiedad que nos genera esta situación, consecuencia de lo cual ya no estaremos tan estresados ni angustiados. El actuar también ayuda a evitar sentirnos completamente indefensos. En este momento de la situación resulta muy amenazador pensar que no somos personas totalmente capaces de enfrentar y resolver dicha situación.

3. aprender de la adversidad.

Es muy importante encarar la adversidad una vez que se ha superado. Es fundamental una mirada retrospectiva en este sentido. Jamás hay que menospreciar una adversidad superada, sería un gran error. Aunque, evidentemente, podemos aprender mucho tanto de nuestros errores como de nuestros aciertos. Nos cuestionaremos, por lo tanto, qué es lo que hemos aprendido de esta situación acerca de las personas que han participado en ella, qué hemos aprendido de nosotros mismos y si nos sentimos o no más fuertes, más seguros de nosotros mismos, mejores personas que antes de atravesar y superar esta situación adversa.

Existen tres pilares que sostienen la capacidad de resiliencia, explican Teitelman y Arazi:

La capacidad de juego.

No tomarse las cosas tan a pecho que el temor impida hallar las salidas. Y en esto el sentido del humor, el “mirar las cosas como desde el revés de un larga vista permite tomar distancia de los conflictos. La creatividad, la multiplicación de los intereses personales, los juegos de la imaginación relegan esas causas de alarma a su justo lugar, relativizarlas para no deprimirse.

La capacidad de encarar las situaciones con un sentimiento de esperanza.

Y para ello es fundamental tener al menos a alguien en quien depositar los afectos, admiración, que sirven como guías y estímulo. Es lo que en el lenguaje común de los grupos de resiliencia se conoce como “engancharse”. Esto que viene a veces naturalmente con el modo de ser de La persona, puede ser estimulado por educadores y terapeutas.

Son esenciales asimismo las llamadas redes de sostén o de contención, vínculos que enriquecen e impiden que la persona se sienta en una intemperie vital. Amigos, un maestro, una comunidad barrial, los grupos de resiliencia obran con apoyo y estímulo permanentes.

El auto sostén.

Se puede resumir como un mensaje que la persona elabora para sí misma. “Yo sé que esto me va a pasar”, se dice ante un mal trance. O sea: “Me quiero, confío en mí, me puedo sostener en la vida.

Aldo Melillo relaciona los siguientes factores como pilares de la resiliencia:

Autoestima consistente:

Es la base de los demás pilares y es el resultado del cuidado afectivo consecuente del niño o adolescente por un adulto significativo, “suficientemente” bueno y capaz de dar una respuesta sensible. Este adulto significativo no tiene porqué ser el padre o madre, aunque en la mayoría de los casos pueda serlo.

Depende de la solidez de la autoestima que se desarrolla a partir del reconocimiento del otro. De ahí la posibilidad de captación de los jóvenes por grupos de adictos o delincuentes, con el fin de obtener este reconocimiento.

Introspección: Es el arte de preguntarse a sí mismo y darse una respuesta honesta

Independencia:

Saber fijar límites entre uno mismo y el medio con problemas; la capacidad de mantener distancia emocional y física sin caer en el aislamiento. Depende del principio de realidad que permite juzgar una situación prescindiendo de los deseos del sujeto. Los casos de abusos ponen en juego esta capacidad.

Capacidad de relacionarse:

La habilidad para establecer lazos e intimidad con otras personas, para así balancear la propia necesidad de afecto con la actitud de brindarse a otros. Una autoestima baja o exageradamente alta producen aislamiento; si es baja por autoexclusión vergonzante y si es demasiado alta por rechazo por la soberbia que se supone.

Iniciativa:

El gusto de exigirse y ponerse a prueba en tareas progresivamente más exigentes.

Humor:

Encontrar lo cómico en la propia tragedia. Permite ahorrarse sentimientos negativos aunque sea transitoriamente y soportar situaciones adversas.

Creatividad:

La capacidad de crear orden, belleza y finalidad a partir del caos y el desorden. Fruto de la capacidad de reflexión, se desarrolla a partir del juego en la infancia.

Moralidad:

Entendida ésta como la consecuencia para extender el deseo personal de bienestar a todos los semejantes y la capacidad de comprometerse con valores. Es la base del buen trato hacia los otros.

Capacidad de pensamiento crítico:

Es un pilar de segundo grado, fruto de las combinaciones de todos los otros y que permite analizar críticamente las causas y responsabilidades de la adversidad que se sufre, cuando es la sociedad en su conjunto la adversidad que se enfrenta. Y se propone modos de enfrentarlas y cambiarlas. A esto se llega a partir de criticar el concepto de adaptación positiva o falta de desajustes que en la literatura anglosajona se piensa como un rasgo de resiliencia del sujeto.

Aldo Melillo, además, relaciona el concepto resiliencia con el psicoanálisis e insiste en que si bien hay autores que han traducido el término resiliencia como “elasticidad”, en su concepto actual no se mantiene nada de eso; la resiliencia no supone nunca un retorno íntegro a un estado anterior a la ocurrencia del trauma o la situación de adversidad: ya nada es lo mismo.

Así, este autor manifiesta que la resiliencia se teje: no hay que buscarla sólo en la interioridad de la persona ni en su entorno, sino entre los dos, porque anuda constantemente un proceso íntimo con el entorno social. Esto elimina la noción de fuerza o debilidad del individuo; por eso en la literatura sobre resiliencia se dejó de hablar de niños invulnerables. Tiene contactos con la noción de apuntalamiento de la pulsión de Freud. Como ya dijo Freud “(...) la libido sigue los caminos de las necesidades narcisistas y se adhiere a los objetos que aseguran su satisfacción”. La madre, que es la primera suministradora de satisfacción de las necesidades del niño, es el primer objeto de amor y también de protección frente a los peligros externos; modera la angustia, que es la reacción inicial frente a la adversidad traumática, en grado o media aún mínima. Va constituyendo un sustrato de seguridad, lo que Bowlby y Ainsworth llaman una relación de apego seguro, derivado de una base emocional equilibrada, posibilitada por un marco familiar y social estable.

Son los padres o cuidadores sustitutos, como mediadores con el medio social, los que ayudan a su constitución a través de una acción neutralizadora de los estímulos amenazantes. Si bien esta condición inicial del sujeto sigue existiendo toda la vida, siempre será fundamental otro ser humano para superar las adversidades mediante el desarrollo de las fortalezas que constituyen la resiliencia.

Freud afirmaba que el largo camino del psicoanálisis se debía a lo difícil que puede ser cambiar las circunstancias del sujeto. Pues bien, *el desarrollo de la resiliencia requiere justamente un cambio en las circunstancias del sujeto si se le permite contar con el auxilio de otro humano que genera y/o estimula las fortalezas de su yo, favoreciendo sus defensas y capacidad de sublimación. Si el mundo externo produjo una implosión traumática en el sujeto, el auxilio exterior de otro puede restituir la capacidad de recuperar el curso de su existencia.*

La resiliencia presenta el lado positivo de la salud mental.

Autoestima

Para Luis Rojas Marcos son seis los pilares de la autoestima: 1. conexiones afectivas, 2. funciones ejecutivas, 3. centro de control interno, 4. autoestima, 5. pensamiento positivo y 6. motivos para vivir.

- **Conexiones afectivas:**

Un elemento necesario de la resiliencia humana es la conexión afectiva con los demás, aunque solo sea con una persona. Aquellos individuos que se sienten realmente vinculados a otros superan los escollos que les plantea la vida mejor que quienes no cuentan con la atención y el afecto de algún semejante.

Nuestra capacidad para crear y mantener lazos de afecto es innata. Una vez separados del cordón umbilical materno, los recién nacidos respiran por su cuenta y sus órganos arrancan y empiezan a cumplir de forma

autónoma su misión. Para sobrevivir, los recién nacidos deberán conectarse con algún cuidador receptivo, por lo general suele ser la madre, y comunicar sus necesidades de alimento, seguridad y estímulo con la esperanza de ser satisfechos.

Este autor está convencido de que lo que nos distingue del reino animal y la base primordial en la que se apoya la resiliencia es nuestra extraordinaria capacidad para comunicarnos, relacionarnos, convivir conectados afectivamente y apoyarnos unos a otros. Nuestra forma de expresar y satisfacer la necesidad vital de establecer lazos afectivos con los demás se desarrolla a lo largo de la infancia y la adolescencia y se configura de acuerdo con nuestro temperamento y el impacto de las experiencias que tenemos con nuestros padres, cuidadores y demás personas importantes de nuestro entorno.

Con los años, los rasgos de nuestra personalidad se reflejan en la naturaleza de las relaciones que creamos con los demás y en el significado que les damos. Además como seres sociales que somos, vivimos constantemente expuestos a los pareceres de los otros.

Durante la infancia los juicios de más peso suelen ser los de los padres seguidos de los dictámenes de otros cuidadores y educadores cercanos. Más adelante, cuando empezamos a formar nuestra propia opinión de nosotros mismos, hacemos nuestras muchas de las opiniones que captamos de las personas con autoridad que nos rodean, así como las creencias y normas sociales que absorbemos directamente del entorno o a través de los medios de comunicación. Las personas siempre hemos buscado unirnos las unas con las otras y el lenguaje ha sido el mejor medio para conseguirlo.

Hablar y escuchar cuando hablan otros son actividades que nos definen. La sincronía entre las personas se manifiesta, además, en la facilidad con la que nos contagiamos unos a otros estados emocionales como la confianza, la alegría, el entusiasmo, la inseguridad y el pánico. Los seres humanos también nos comunicamos a través de mensajes subliminales que transmitimos o captamos sin darnos cuenta. Son estímulos que funcionan en el área del subconsciente. De hecho, no hay ni un solo resiliente que no situase una de las claves de su resistencia en alguna persona de la que recibió incondicionalmente cariño o apoyo en algún momento importante de su vida. Boris Cyrulnik siempre insiste en que si bien la capacidad para resistir las agresiones continuadas depende de varios factores innatos y adquiridos, uno indispensable para que cualquier víctima pueda construir una nueva vida con sentido e incluso hermosa es que encuentre sostén emocional, aunque sea de una sola persona.

En los momentos más duros, tormentosos o de gran vulnerabilidad, los lazos afectivos se convierten en salvavidas. Una relación amorosa constituye a menudo el combustible que nos impulsa a luchar, resistir y sobrevivir a la adversidad. Está demostrado que los individuos felizmente emparejados, como aquellos que se sienten parte de un hogar familiar o de un grupo solidario de amistades, muestran un nivel de resiliencia muy superior que quienes viven desconectados o carecen de una red social de soporte emocional. El efecto protector de las relaciones afectivas es independiente del sexo de la persona, de su edad, de su clase social y de su estado de salud física o mental. Estos vínculos de cariño y apoyo mutuo son un potente incentivo para vivir y configuran la parte principal de los cimientos de la resiliencia humana.

Funciones ejecutivas:

Las funciones ejecutivas se encargan de gobernar los pensamientos, las emociones y las conductas. También se ocupan de examinar y evaluar las circunstancias y los mensajes del entorno, de sentar prioridades, de tomar decisiones, de programar y gestionar los trámites necesarios para resolver los asuntos puntuales que nos preocupan y, en definitiva, de alcanzar las metas que nos marcamos.

El “departamento ejecutivo” reside principalmente en el lóbulo frontal del cerebro. Pero este departamento no actúa independientemente, sino que está influenciado por la memoria y por los centros que se ocupan de

regular los sentimientos, de procesar los estímulos del medio que recibimos o intuimos a través de nuestros sentidos y de modular las sensaciones que estos nos producen.

Las aptitudes que dirigen nuestros comportamientos se desarrollan de forma progresiva, pero la sensación de controlar las cosas del entorno es muy temprana. Ejemplo de ello es ver la alegría que expresan los bebés al darse cuenta de que sus acciones tienen un efecto, como cuando tienen hambre y lloran, y su madre se da prisa en ponerle un biberón o de darle el pecho. Los niños comienzan pronto a imitar e incorporar a su repertorio los comportamientos que observan en los adultos importantes de su entorno. Pone el ejemplo de los niños de tres años que ya se dicen a menudo cosas a sí mismo en voz alta, las cosas que deben hacer y las que no, de acuerdo con las instrucciones que ellos reciben de sus padres o cuidadores.

Componentes esenciales de las funciones ejecutivas:

Introspección, que es la capacidad de observarnos internamente, movidos por la necesidad de entender nuestros pensamientos, emociones y actos, o de encontrar explicaciones a los sucesos que nos afectan. Además, gracias a la introspección adquirimos conocimientos de cómo somos y configuramos una visión realista de nuestros talentos, recursos y defectos, con lo que aumentamos las probabilidades de acertar a la hora de tomar decisiones.

Memoria. Ésta es necesaria para la supervivencia de los miembros del reino animal, pero en los humanos supone mucho más, puesto que poseemos varios tipos de memoria, empezando por las dos más importantes: la verbal y la emocional.

Autocontrol, que es la aptitud para frenar conscientemente los ímpetus, para esperar y retrasar voluntariamente la gratificación inmediata, con el fin de perseguir un objetivo superior.

Gracias a esta aptitud podemos desarrollar estrategias a largo plazo. Sin embargo, autocontrol requiere motivación y fuerza de voluntad, dos cualidades con un costo alto, pues llevar las riendas de nuestros impulsos consume bastante energía mental, y esta energía es limitada. Esto explica que, bajo ciertas circunstancias, bastantes personas cedan y se rindan por los acontecimientos.

Una amplia variedad de aflicciones, como los daños cerebrales producidos por infecciones, traumas, accidentes vasculares, tumores o demencias, pueden inutilizar o alterar las funciones ejecutivas. Además, ciertos trastornos de la personalidad, los estados de ansiedad y los problemas de atención con hiperactividad también las debilitan. Igualmente, las sustancias intoxicantes que desinhiben, como el alcohol y algunas drogas, pueden apagar la introspección y desconectar las facultades encargadas de proteger la voluntad, de sopesar el impacto de las decisiones y de guiar racionalmente el comportamiento.

Es incuestionable que el funcionamiento razonable de las capacidades ejecutivas es una condición necesaria para poder afrontar con éxito las duras y complicadas pruebas a que nos somete la vida.

Centro de control interno:

Elemento fundamental de la resiliencia es localizar y mantener el centro de control dentro de uno mismo. Ante las amenazas peligrosas, las personas que mantienen el sentido de autonomía y piensan que dominan razonablemente sus circunstancias o que el resultado está en sus manos, responden con mayor coraje, resisten mejor y se enfrentan más eficazmente a la adversidad, que quienes sienten que no controlan los eventos que les afectan o que sus decisiones no cuentan y ponen sus esperanzas en poderes ajenos a ellos.

Los individuos convencidos de que el desenlace de la situación depende principalmente de fuerzas externas, como el destino o la suerte, suelen sentirse más indefensos y responder con pasividad y resignación. Desconfiar de la utilidad de las propias funciones ejecutivas alimenta los sentimientos de impotencia y desamparo.

Las personas convencidas de que ejercen un cierto grado de control sobre los eventos y dirigen sus propias vidas, aunque haya cierta dosis de fantasía en esta creencia, atenúan mejor sus emociones negativas, resisten más y se enfrentan más positivamente a las condiciones estresantes que quienes piensan que sus decisiones no van a influir mucho en el resultado.

Interiorizar nuestra capacidad de dirigir nuestra vida y adueñarnos del centro de control en momentos difíciles, peligrosos o desconcertante ayuda a superarlos, pues nos estimula a tomar la iniciativa para tratar activamente de dominar las cosas y protegernos.

Autoestima:

No hay que olvidarse nunca que para todos los mortales, digamos lo que digamos, lo más importante del mundo es uno mismo. La autoestima empieza a desarrollarse durante el primer año y medio de la vida. Al principio se nutre del afecto materno y demás cuidadores, y del sentido de seguridad que adquieren los pequeños. A medida que crecen se configura poco a poco por las experiencias que viven, por la valoración que hacen de ellas y por el mérito que se asignan a sí mismos o reciben de las personas de su entorno. El aprecio de los demás, la sensación de que dominan su cuerpo y las cosas que les rodean, y ver cómo objetivos realizables se convierten en logros frecuentes, cultivan en los niños las semillas de la confianza en sí mismos.

No obstante la opinión de nosotros mismos influye también en los juicios que creemos merecer de las personas importantes en nuestra vida, así como las creencias y normas de la sociedad en la que vivimos y que usamos de puntos de referencia.

Por otra parte, dependiendo de la autovaloración que hagamos nos sentiremos más o menos bien con nosotros mismos. Si nuestro juicio de valor es favorable e incluye áreas en las que nos sentimos competentes, o que nos hacen sentirnos orgullosos, el sentimiento es placentero.

Por el contrario, si nos consideramos inadecuados, los reproches a uno mismo suelen mezclarse con los sentimientos de vergüenza, culpa y fracaso. Todos tendemos a valorarnos de una forma gradual.

Por eso, es conveniente indagar sobre los elementos que tenemos en cuenta a la hora de calcular la autoestima. La aptitud para relacionarnos con los demás, la competencia en las actividades que consideramos importantes, la apariencia física, la inteligencia y la independencia son componentes muy comunes de la autoestima. Por eso, un ingrediente primordial de la autoestima es la capacidad de dirigir nuestro programa de vida.

La autoestima se alza como un factor decisivo a la hora de luchar contra la adversidad. Cuando la opinión que tenemos de nosotros mismos es positiva, la resiliencia se fortalece directa e indirectamente.

Una autoestima saludable estimula la confianza, la fuerza de voluntad, la esperanza y, sobre todo, nos convierte en seres valiosos ante nosotros mismos y con ello aumenta nuestra satisfacción con la vida en general. Las personas que se valoran y reconocen sus cualidades y talentos también tienden a sentirse valoradas por los demás, y en condiciones estresantes o peligrosas hacen esfuerzos extras para superarse, lo que aumenta las probabilidades de supervivencia.

La autoestima más beneficiosa es la que, además de favorable se basa en el conocimiento de nuestras capacidades y limitaciones o, como dice el pensador Reinhold Niebuhr, la que nos permite aceptar con serenidad las cosas que no podemos cambiar, nos infunde el valor para cambiar las que podemos cambiar y nos inspira la sabiduría para distinguir las unas de las otras.

Pensamiento positivo:

La perspectiva favorable de las cosas es un ingrediente esencial de la resiliencia humana. Está totalmente demostrado que el pensamiento es congruente con las ganas de vivir y perfectamente compatible con la capacidad de valorar con sensatez las ventajas e inconvenientes de las decisiones que se toman y de luchar sin desmoralizarse contra las adversidades.

Las personas optimistas se muestran más dispuestas a buscar nueva información sobre sucesos que les preocupan y, antes de tomar decisiones importantes, sopesan igual los aspectos positivos que los negativos.

En cuanto al futuro, la **esperanza** es la esencia del pensamiento positivo. Las personas de perspectiva optimista esperan que les vayan bien las cosas y se predisponen a ello.

Existen dos clases de esperanza: general y específica. La primera abarca las expectativas positivas que albergamos sobre el futuro de la vida o de la humanidad en general. Por ejemplo, la idea que alimentamos de que las catástrofes que afligen al mundo tendrán la última palabra. La esperanza específica se centra en la confianza en que uno logrará algo concreto que desea. Se alimenta de la seguridad en uno mismo y en sus funciones ejecutivas, como la fuerza de voluntad, la diligencia, la motivación y la capacidad para dar los pasos necesarios, de cara a conseguir el objetivo.

Esta forma de esperanza fomenta pensamientos como: “Si, puedo”, “Poseo lo que hacer falta para lograrlo”. Cuando nos estimula a conocer y sopesar los riesgos y nos mantiene motivados para vencerlos alcanza su mayor grado de utilidad.

En general el pensamiento positivo facilita la conexión afectiva con otras personas. Los efectos beneficiosos del pensamiento positivo sobre la autoestima son fáciles de imaginar.

El pensamiento optimista estimula estados de ánimo agradables, y las personas que se inclinan a ver el mundo a través de un cristal empañado de emociones gratas tienden a valorarse a sí mismas favorablemente.

El pensamiento positivo también fomenta la evocación de los logros del pasado, facilita las explicaciones positivas de las vicisitudes que surgen, y nutren la fe en uno mismo y la esperanza de que lograremos lo que deseamos.

En definitiva, estimula el sentido de la propia competencia.

Motivos para vivir:

El médico y psiquiatra vienés Viktor Frankl (1905-1997), sobrevivió de forma milagrosa a tres años de internamiento en campos de concentración nazis de Auschwitz y Dachau explicaba que a la vida debemos encontrarle un sentido ya que la búsqueda de la razón de ser de las cosas es la fuerza fundamental que mueve a los seres humanos.

Por eso, una vez que encontramos un significado a nuestra existencia nos tranquilizamos, nos sentimos más seguros y fortalecemos la motivación para soportar el dolor y luchar por vencer la adversidad.

El sentido que le damos a la vida es subjetivo y varía de una persona a otra. No es ni para siempre ni permanente, casi siempre evoluciona con el paso del tiempo y con los cambios que experimentamos en nosotros mismos o los que ocurren en nuestro entorno y en los eventos que moldean nuestro día a día.

Hay individuos que basan el significado de la vida en teorías filosóficas y nociones abstractas, aprovechando la facultad que tenemos los seres humanos de movernos por conceptos y figuras simbólicas.

Algo parecido pasa con los ideales o argumentos que no son tangibles, que están solo en nuestras mentes. Aunque los significados de la existencia humana que se basan en fundamentos filosóficos o dogmas religiosos no tienen validez científica, sí tienen validez humana, porque ofrecen a mucha gente algo valioso por lo que sufrir y vivir. De ahí el poder persuasivo de las religiones.

Las religiones son, en general, una expresión del optimismo natural del género humano, y al sacralizar la vida fortifican la motivación por sobrevivir. Por eso hay científicos, como el reconocido biólogo evolucionista David S. Wilson, que consideraba las religiones una herramienta de nuestro instinto de supervivencia.

Mantener los lazos de amor es el motivo más frecuente para existir y evitar la muerte, la razón más poderosa para sobrevivir. La mayoría de las personas menciona a seres queridos a los que no quieren apenar, abandonar o perder como la razón principal para luchar contra la adversidad y no tirar la toalla. Aquí el autor incluye el amor a la vida en general o a aspectos de la vida que la persona valora. Si el amor es un potente motor de las ganas de vivir, el miedo a la muerte es quizá el motivo más universal para no dejarse vencer y, por tanto, un motivo fundamental para vivir.

El terror a la muerte es un ingrediente fijo de las ganas de vivir, especialmente a partir de los siete u ocho años de edad, cuando empezamos a concebir el significado de desaparecer para siempre

UNIDAD VI

GRUPO.

El concepto de grupo y su relación con la sociedad varía desde la perspectiva de cada autor que lo plantee; según Spencer, percibe a la sociedad como algo más que el agregado de sus miembros. Durkheim, menciona que, el grupo es quien presiona a los individuos para actuar en ciertos sentidos y por otro contribuye a la estabilización de su situación personal. Por lo que, podemos definir grupo al conjunto de personas que comparten un interés objetivo en común e interactúan para alcanzarlo; de igual manera llamamos grupo al conjunto de personas que poseen una relación recíproca y continua. es importante mencionar que, además de la interacción de sus miembros, los grupos deben estar organizados y deben poseer valores comunes y cumplir objetivos

Algunas de las características que se encuentran en cualquier grupo son:

- ▶ 1. La identificación: debe ser identificable por sus miembros y por los que no los son.
- ▶ 2. La estructura: cada integrante ocupa una posición que se relaciona con las posiciones de los otros.
- ▶ 3. Los roles: cada miembro participa desempeñando sus roles sociales.
- ▶ 4. La interacción: las acciones recíprocas son las que permiten el funcionamiento del mismo.
- ▶ 5. Las normas y valores: son ciertas pautas de comportamiento que regulan la relación entre sus miembros.
- ▶ 6. Los objetivos e intereses: todos los miembros participan movidos por intereses u objetivos y consideran que la relación grupal favorece el logro de ellos.
- ▶ 7. La permanencia: los grupos deben tener cierta permanencia en el tiempo

Por su estructura, organización e interacción existen varios tipos de grupos, de los cuales se presentan dos a continuación:

Grupos primarios: Cooley (1909) lo define como un grupo que se caracteriza por la asociación y cooperación cara a cara de sus miembros, unidos por lazos personales y emocionales. Son primarios porque son fundamentales para la formación de la naturaleza social y los ideales del hombre.

Grupos secundarios: Olmsted (1972) menciona que las relaciones entre los miembros de estos son frías, impersonales, racionales, contractuales y formales. Estos grupos se caracterizan por poseer gran cantidad de miembros, lo que no permite la proximidad entre los mismos y generalmente la duración es breve.

Asimismo, cabría tener en cuenta dos elementos característicos del grupo:

1. El grupo tiene claro sus límites. Los integrantes deben reconocer a los miembros del grupo y distinguir a quienes no forman parte de él.
2. Los integrantes del grupo mantienen un contacto, más estrecho y frecuente en unos casos que en otros.

Tipos de grupos

Grupo de referencia

Es aquel cuyas perspectivas o valores son utilizados por un individuo como base de su conducta en un momento determinado.

Grupos de pertenencia.

El consumidor es miembro de un grupo concreto (como por ejemplo un club de fútbol.)

Primarios o secundarios.

Cuando la persona tiene un contacto regular con ciertos individuos (amigos o familia) hablamos de grupo primario. Los miembros de los grupos secundarios tienen menos contacto entre ellos (club de tenis).

Formales o informales.

Según la estructura, podemos clasificar los grupos en formales (roles muy específicos de los miembros (explícitos)) o informales (roles implícitos).

Desarrollo grupal

Tuckman (1965) creía que los grupos por lo común prueban algunas etapas tentativas antes de llegar a una etapa madura y efectiva. Esto le permitió entender el proceso por el cual atraviesa su grupo.

Formación.

En esta etapa, los miembros centran sus esfuerzos en la definición de objetivos y en desarrollo de procedimientos para realizar sus actividades. El desarrollo de grupos en esta etapa abarca a conocer y entender el liderazgo y otras funciones de los miembros. Cada uno de ellos puede:

Mantener la objetividad hasta conocer la situación.

Comportarse con más seguridad de lo que en verdad siente sobre la forma en que opera el equipo.

Experimentar confusión e incertidumbre sobre lo que se espera de ellos.

Ser reservado y diplomático, por lo menos en un plano superficial, sin ser hostil con los demás.

Tratar de valorar los beneficios relacionados con los costos personales derivados de involucrarse con el grupo o equipo.

En esta etapa se dedican a observar a otros miembros del grupo para saber si se quedarán en él y como participarán.

Conflicto.

La competencia en torno a la función de liderazgo y el conflicto sobre los objetivos son temas predominantes en esta etapa.

Algunos grupos tienen poco de que "explotar", pero otros suprimen esta etapa, lo cual causa problemas posteriores.

Normalización.

El grupo establece las reglas mediante las cuales operará y las emociones con frecuencia se centran en la empatía, el interés y la expresión positiva de los sentimientos, que conducen a la cohesión de sus integrantes.

Desempeño.

Es la etapa que se caracteriza por la interdependencia y la resolución de problemas.

Suspensión.

La etapa de suspensión implica la terminación de los comportamientos de las tareas y el alejamiento de los comportamientos orientados a las relaciones. Es también conocida como fase de luto, ya que los miembros de los grupos que se han suspendidos se sienten tristes y nostálgicos

VENTAJAS Y DESVENTAJAS DEL TRABAJO EN GRUPO

A los psicólogos sociales les interesa la forma en que la presencia real o imaginaria de otros influye en la actitud, comportamiento y emociones de los individuos. Como tales, les ha fascinado lo que sucede cuando los seres humanos trabajan juntos. Trabajar así es un arma de doble filo con la que se puede fomentar la productividad, pero también inhibirla. Estos psicólogos han observado y descrito los procesos directamente relevantes para el trabajo grupal.

Las posibles ganancias del proceso observadas en los grupos son las siguientes:

- ✓ Facilitación social.
- ✓ Incremento en conocimientos, habilidades y esfuerzos.
- ✓ Diversidad de puntos de vista.
- ✓ Presiones del grupo para apegarse a las normas.

Desafortunadamente, cada una de las posibles ventajas anteriores puede ser una fente de pérdidas en proceso:

- ✓ Interferencia y pereza social. La simple presencia de otras personas puede provocar ansiedad, y por tanto, disminuir el desempeño, especialmente en tareas complejas.
- ✓ No utilizar la información y las habilidades disponibles. Muchas veces, los grupos asignan un valor a las contribuciones individuales con base en la experiencia percibida, no en la real.
- ✓ La diversidad de opiniones puede provocar conflictos. Los grupos suelen caer en una competencia de ganar o perder en la que los miembros luchan por ganar mediante argumentos, más que trabajar para lograr los objetivos del grupo.
- ✓ Pensamiento grupal. Los grupos pueden tender a presionar a sus miembros para conducirlos a un conformismo irreflexivo

Se pueden distinguir tres tipos de circunstancias que hacen que un grupo de individuos llegue a constituir un grupo:

- 1) Una o varias personas pueden crear deliberadamente un grupo para lograr algún objetivo. Los individuos que deciden crearlo juzgan que por medio de él conseguirán determinados propósitos que no serían posibles sin su existencia. Este juicio no tiene por qué ser correcto para que se llegue a formar el grupo. Los propósitos que se quieren lograr a través del grupo pueden ser muy variados. Hay grupos que se crean para llevar a cabo una tarea de forma más eficiente, otro para resolver problemas...
- 2) Un grupo puede formarse espontáneamente porque las personas se asocian para satisfacer alguna necesidad. Es el caso de los grupos informales dentro de las organizaciones, los clubes sociales o las

pandillas juveniles. La función suele ser la satisfacción de alguna necesidad de sus miembros. Su formación se basa en elecciones interpersonales voluntarias. Algunos determinantes de este tipo de elecciones son la semejanza percibida en las personas, la complementariedad, la reciprocidad, la proximidad o el balance positivo entre ventajas e inconvenientes de pertenecer al grupo.

- 3) Un conjunto de individuos puede convertirse en grupo porque otras personas los traten de un modo homogéneo. En este caso está funcionando el proceso de categorización social que consiste en clasificar a las personas en grupos en función de alguna característica compartida. Hay atributos que son más relevantes que otros como criterios de categorización. Dichos individuos se consideran a sí mismos como miembros de ese grupo, y tanto su comportamiento como el de los demás hacia ellos vendrán determinados en muchos casos por esa pertenencia grupal designada desde fuera.

No es necesario que los individuos interactúen entre sí para ser miembros de este tipo de grupos. Muchas veces ni siquiera se conocen. Que un grupo se haya formado por designación externa no excluye la posibilidad de que cumpla también las mismas funciones que los grupos espontáneos o los creados para alcanzar un objetivo.

Trabajo en equipo.

El trabajo en equipo implica un grupo de personas trabajando de manera coordinada en la ejecución de un proyecto.

El equipo responde del resultado final y no cada uno de sus miembros de forma independiente.

Cada miembro está especializado en un área determinada que afecta al proyecto. Cada miembro del equipo es responsable de un cometido y sólo si todos ellos cumplen su función será posible sacar el proyecto adelante.

El trabajo en equipo no es simplemente la suma de aportaciones individuales.

Un grupo de personas trabajando juntas en la misma materia, pero sin ninguna coordinación entre ellos, en la que cada uno realiza su trabajo de forma individual y sin que le afecte el trabajo del resto de compañeros, no forma un equipo.

Por ejemplo, un grupo de dependientes de un gran almacén, cada uno responsable de su sector, no forman un equipo de trabajo.

Un equipo médico en una sala de operaciones (cirujano, anestesista, especialista cardiovascular, enfermeras, etc.) sí forman un equipo de trabajo. Cada miembro de este equipo va a realizar un cometido específico; el de todos ellos es fundamental para que la operación resulte exitosa y para ello sus actuaciones han de estar coordinadas.

El trabajo en equipo se basa en las "5 C":

Complementariedad: cada miembro domina una parcela determinada del proyecto. Todos estos conocimientos son necesarios para sacar el trabajo adelante.

Coordinación: el grupo de profesionales, con un líder a la cabeza, debe actuar de forma organizada con vista a sacar el proyecto adelante.

Comunicación: el trabajo en equipo exige una comunicación abierta entre todos sus miembros, esencial para poder coordinar las distintas actuaciones individuales.

El equipo funciona como una maquinaria con diversos engranajes; todos deben funcionar a la perfección, si uno falla el equipo fracasa.

Confianza: cada persona confía en el buen hacer del resto de sus compañeros. Esta confianza le lleva a aceptar anteponer el éxito del equipo al propio lucimiento personal.

Cada miembro trata de aportar lo mejor de sí mismo, no buscando destacar entre sus compañeros sino porque confía en que estos harán lo mismo; sabe que éste es el único modo de que el equipo pueda lograr su objetivo.

Por ejemplo, en una operación de trasplante todos los especialistas que intervienen lo hacen buscando el éxito de la operación. El cirujano no busca su lucimiento personal sino el buen hacer del equipo. Además, si la operación fracasa poco va a valer que su actuación particular haya sido exitosa.

Compromiso: cada miembro se compromete a aportar lo mejor de sí mismo, a poner todo su empeño en sacar el trabajo adelante.

La organización (empresa, universidad, hospital, etc.) asigna a un equipo la realización de un proyecto determinado: El equipo recibe un cometido determinado, pero suele disponer de autonomía para planificarse, para estructurar el trabajo.

El equipo responde de los resultados obtenidos pero goza de libertad para organizarse como considere más conveniente. Dentro de ciertos márgenes el equipo tomará sus propias decisiones sin tener que estar permanentemente solicitando autorización a los estamentos superiores.

Diferencias entre equipo y grupo de trabajo.

Grupo de trabajo es un conjunto de personas que realizan dentro de una organización una labor similar.

Suelen estar próximas físicamente, tienen un mismo jefe, realizan el mismo tipo de trabajo pero son autónomos, no dependen del trabajo de sus compañeros: cada uno realiza su trabajo y responde individualmente del mismo.

Por ejemplo, en un hospital los anestesistas forman un grupo de trabajo: realizan la misma actividad, tienen un jefe común (el jefe de sección), pero cada uno responde de su trabajo (la labor de un anestesista no depende de la de sus compañeros).

Puede que un anestesista realice una labor fantástica mientras que el departamento en su conjunto sea un auténtico desastre.

Las diferencias entre equipo de trabajo y grupo de trabajo son importantes:

El equipo de trabajo responde en su conjunto del trabajo realizado mientras que en el grupo de trabajo cada persona responde individualmente.

En el grupo de trabajo sus miembros tienen formación similar y realizan el mismo tipo de trabajo (no son complementarios). En el equipo de trabajo cada miembro domina una faceta determinada y realiza una parte concreta del proyecto (sí son complementarios).

En el grupo de trabajo cada persona puede tener una manera particular de funcionar, mientras que en el equipo es necesaria la coordinación, lo que va a exigir establecer unos estándares comunes de actuación (rapidez de respuesta, eficacia, precisión, dedicación, etc.).

En el equipo de trabajo es fundamental la cohesión, hay una estrecha colaboración entre sus miembros. Esto no tiene por qué ocurrir en el grupo de trabajo.

El grupo de trabajo se estructura por niveles jerárquicos. En el equipo de trabajo en cambio las jerarquías se diluyen: hay un jefe de equipo con una serie de colaboradores, elegidos en función de sus conocimientos, y que funcionan dentro del equipo en pie de igualdad aunque sus categorías laborales puedan ser muy diferentes.

Por ejemplo, una entidad financiera constituyó un equipo de trabajo para analizar una oportunidad de inversión en el extranjero.

Formaban parte de este equipo desde subdirectores generales hasta empleados de reciente incorporación, especialistas en determinadas materias. Dentro del equipo todo funcionaban al mismo nivel, no había distinciones jerárquicas.

No todas las actividades justifican la formación de un equipo de trabajo.

Hay actividades que se organizan mejor en base al trabajo individual que al trabajo en equipo. Son trabajos donde el profesional es autosuficiente, por lo que no es necesario dividir el trabajo en distintos cometidos y asignarlos a un grupo de especialistas.

Por ejemplo, un despacho de abogados generalistas. En él cada profesional puede funcionar autónomamente (son autosuficientes para desarrollar en su totalidad de forma individual cualquier asunto que se presente).

En este caso no estaría justificado constituir un equipo de trabajo ya que todos sus miembros tienen una formación y experiencia profesional similar por lo que más que complementarse se solaparían.

Otras actividades en cambio presentan tal nivel de complejidad que difícilmente va a ser posible que una persona abarque y domine toda su problemática.

En estos casos sí sería necesario constituir un equipo de trabajo formado por especialistas que cubran todas las áreas afectadas.

Como condiciones principales para justificar la constitución de un equipo de trabajo podemos señalar las siguientes:

- Trabajo muy complejo, que afecta a distintas especialidades profesionales.
- Entidad organizada por especialidades.
- En definitiva, y como corolario, nunca se debe constituir un equipo de trabajo si no hay razones que lo justifiquen.
- Constituir y hacer funcionar un equipo de trabajo es una labor compleja que exige mucho esfuerzo, por ello debe haber una razón que lo justifique.

Por el contrario, tampoco se puede renunciar a formar un equipo de trabajo simplemente porque nunca se ha trabajado de esa manera, porque históricamente ha predominado el trabajo individual y la organización ha ido bien. Siempre hay una primera vez y no hay por qué renunciar a nuevos sistemas de trabajo si éstos resultan eficaces.

Simplemente reunir a un grupo de personas para realizar un trabajo no significa constituir un equipo de trabajo. El equipo exige mucho más: coordinación, comunicación entre sus miembros, complementariedad, lealtad hacia el equipo, etc.

En primer lugar hay que definir con claridad cuáles van a ser sus cometidos y cuales los objetivos que deberá alcanzar. Hay que tener muy claro que la tarea encomendada debe justificar la formación de un equipo de trabajo.

Hay que determinar su posición dentro de la organización.

De quién va a depender, cuáles van a ser sus relaciones con el resto de las áreas.

Hay que seleccionar a sus miembros. En función de la tarea asignada hay que buscar a personas con capacidades y experiencia suficiente para cubrir adecuadamente las distintas facetas del trabajo encomendado.

Hay que seleccionar personas con capacidad para trabajar en equipo evitando individualistas. Es preferible además que tengan personalidades diferentes ya que ello enriquece al equipo: unos más extrovertidos que otros; unos apasionados y otros reflexivos; unos generalistas y otros más detallistas, etc.

Aunque pueda parecer que la diversidad puede complicar la gestión del equipo, lo que sí es cierto es que contribuye a su enriquecimiento (cada persona aporta unas cualidades diferentes).

Entre los miembros seleccionados se nombrará un jefe del equipo en base a su mayor experiencia, a su visión más completa del trabajo asignado, a su capacidad de conducir grupos, etc.

Al equipo hay que comunicarle con claridad el proyecto asignado, el plazo previsto de ejecución, los objetivos a alcanzar, cómo se les va a evaluar y cómo puede afectar a la remuneración de sus miembros.

Ya dentro del equipo, el jefe les informará de cómo se van a organizar, cuál va a ser el cometido de cada uno, sus áreas de responsabilidad, con qué nivel de autonomía van a funcionar, etc.

Es bueno que se relacionen, no se trata de que tengan que ser íntimos amigos pero al menos que se conozcan, que tengan confianza, que exista una relación cordial.

Es conveniente fomentar el espíritu de equipo, el sentirse orgulloso de pertenecer al mismo. No se trata de fomentar un sentimiento de división entre "nosotros" (los miembros del equipo) y "ellos" (el resto de la organización), pero sí un sentimiento de unidad, de cohesión.

El equipo no puede funcionar de espaldas a la organización como una unidad atípica, extraña. Muy al contrario, debe estar plenamente integrada en la misma.

Hay que ser consciente de que los equipos van a necesitar tiempo para acoplarse y funcionar eficazmente. Normalmente los equipos irán pasando por diversas etapas.

PICHON RIVIERE (Psicología de la vida cotidiana)

Psicólogo clásico, inauguro una nueva visión donde incorporo al psicoanálisis, la visión social, no se podía dejar de pensar al hombre en situación, en relación con otros. Según él los individuos nos movemos en 4 ámbitos, y cada uno va induciendo al otro.

1º ámbito: Psicosocial o individual:

Las características personales de cada sujeto, siempre están en relación a una situación y teniendo en cuenta la relación con los demás.

Lo que él llama hombre en situación, no existe el sujeto aislado.

Plantea al hombre como "productor" de hechos sociales, y a la vez "producido" por estos hechos y funciones sociales y ámbitos en los que se mueve.

Este 1º ámbito de hombre que produce y producido por otros incluye al 2º ámbito

2º ámbito: Socio dinámico o grupal:

El individuo en los diferentes roles y grupos en los que participa.

3º ámbito: institucional:

Las relaciones que los individuos y los grupos establecen dentro de las instituciones, como ser familiares, estudiantiles o laborales.

4º ámbito: Comunitario:

Los distintos contextos sociales en los que se mueven las instituciones, el grupo y el individuo. Como influyen mutuamente, como se determinan, como la comunidad es un reflejo de los otros ámbitos y como los otros pasan a ser reflejo de la comunidad.

Intrapersonal el 1º y 2º. El 3º ámbito es interpersonal, (contactos personales entre varios) y cuando es comunitario (4º ámbito) es transpersonal por cómo influyen las relaciones culturales.

El primer enlace entre el individuo y la sociedad es el GRUPO, todas las actividades de los seres humanos se han desarrollado siempre en grupos.

La persona en el grupo no pierde la identidad, la individualidad, lo que pierde es el individualismo, cuando uno está en grupo no deja de ser un individuo, no deja de perder su ser, su individualidad, no se pierde la

identidad, se pierde el autoabastecimiento, no puedo estar sola, necesito de los demás (individualismo)
Define al grupo, como un conjunto de personas que están ligados por una constancia de tiempo y espacio, articulada por una mutua representación interna, que se propone en forma implícita o explícita una tarea que puede ser la finalidad, el objetivo de un grupo.

Las personas interactúan a partir de los complejos mecanismos de asunción y distribución de roles. Siempre tiene una finalidad el grupo

La estructura y dinámica de su grupo interno confrontada con la realidad exterior, permite evaluar la intensidad del malentendido, para Pichón enfermedad básica del grupo familiar. Cuando alguien enferma, aparece la tendencia a la segregación del enfermo como depositario de las ansiedades del grupo. Se lo aleja con la fantasía de que desaparecerá la ansiedad. En la familia, el enfermo es fundamentalmente el portavoz de las ansiedades del grupo. Es el depositario de las tensiones y conflictos grupales. Cuando la proyección de aspectos patológicos es masiva, el sujeto queda paralizado, fracasa en su intento de elaboración de la ansiedad, y enferma (salto de lo cuantitativo a lo cualitativo).

Se configura así el estereotipo. La enfermedad opera, por otra parte, como denuncia de la situación conflictiva y del caos subyacente. El paciente se ha convertido en el *portavoz*, el "alcahuete" del grupo. El misterio familiar subyace a menudo a los conflictos. Hay una conspiración del silencio. El enfrentamiento de este "misterio" es vivido como una amenaza de catástrofe, y por lo tanto la familia se resiste al esclarecimiento. Esto lleva a un trato particular al enfermo, una forma de "cuidarlo" de modo que los hechos queden ocultos, todo lo cual configura una sutil (o no tanto) forma de segregación. La tarea correctora consistirá, para Pichón, en la reconstrucción de las redes de comunicación, un replanteo de los vínculos y una reestructuración del interjuego de roles.

El mundo vincular, la familia y los grupos

La experiencia de Pichón en el campo de lo que él llama "urgencia psiquiátrica", es decir el abordaje del paciente en crisis, le brinda, en forma espontánea inicialmente, una posibilidad de encuentro y observación con el grupo familiar también en crisis. Esa experiencia le permite establecer relaciones de causalidad no lineal, no mecánica, entre la estructura y dinámica del grupo familiar y la configuración del mundo interno del sujeto definido como "portavoz". Entonces se plantea como encuadre el abordaje de la situación de un sujeto que enferma tomando como unidad de análisis no al sujeto sino al grupo familiar.

En ese grupo la emergencia de la enfermedad a través de un portavoz pone de manifiesto mecanismos de interacción, ansiedades, juego de roles que recorren la situación grupal y procesos defensivos; que nos permite inferir el sistema de fantasías que sostiene esa forma de interacción y genera patología. ¿Y qué vemos? Vemos que las formas de comunicación con los integrantes pone de manifiesto una semántica familiar, códigos verbales y códigos de conducta.

En esa complejidad de relaciones, en el interior de un sistema (familiar) tomado como unidad de análisis, aquello que parecía no tener sentido, lo adquiere: la conducta y el discurso del paciente se revelan como un intento de respuesta coherente y significativa en ese sistema.

Pichon Rivière es el primero en nuestro país que articula el discurso y la estructura del mundo interno con las formas de interacción familiar.

Este descubrimiento de la direccionalidad de la conducta, de los niveles de determinación del psiquismo desde la interacción familiar tiene consecuencias tanto teóricas como clínicas. Surgen las preguntas acerca

del lugar que ocupan las relaciones reales: las experiencias con el otro y la acción del otro, que es una acción secuencial que se mueve hacia la gratificación o hacia la frustración.

Para Pichón las respuestas que surgían desde su marco teórico psicoanalítico eran ya insuficientes. Y es cuando empieza a elaborar los conceptos claves de su teoría. Plantea, entonces, que el mundo interno tiene una estructura grupal; que el mundo interno como dimensión intrapsíquica es una reconstrucción, un reflejo no especular de la red de relaciones en la que el sujeto emerge.

Pichón polemiza con una noción del psicoanálisis que es la noción de relación de objeto, noción que da cuenta de la relación del sujeto con su mundo. Esta noción va a ser cuestionada y sustituida por la de vínculo en tanto estructura interaccional y determinante que incluye mínimamente a dos sujetos, su nueva relación, procesos de comunicación y aprendizaje.

Para Pichón, desde lo indagado a nivel del grupo familiar, ese acontecer intrapsíquico, que en ningún momento niega, no puede ser totalmente comprendido sin analizar los vínculos, las relaciones que los sujetos establecen y la forma en que se afectan recíprocamente.

Al poner la mirada en lo interaccional, en lo intersubjetivo, para poder comprender lo intrapsíquico, se cuestionan también otras relaciones que determinan a esos vínculos: el orden grupal, el orden de las instituciones y el más fundante orden de las relaciones sociales que sostienen y determinan esos vínculos. Entonces, podemos decir, a partir del cambio de perspectiva plantea una psicología a la que llama "Social" porque está fundada en el sujeto como síntesis de las relaciones sociales que se articulan en este nuevo esquema que termina de configurarse en la década del 60 y luego en la del 70: una conceptualización a partir de la clínica y una fundamentación en la concepción del hombre y en la historia desde la que Pichón realizaba su práctica.

Portavoz

En los comienzos de su elaboración Pichón utilizó el concepto de emergente prácticamente como sinónimo del término portavoz; sin embargo más adelante efectuó la distinción entre ambos términos, otorgándole a cada uno de ellos una relevancia propia. El concepto de portavoz pasó a designar entonces al vehículo a través del cual se manifiesta lo emergente: la situación grupal se pone de manifiesto por intermedio de alguien que actúa como portavoz. En relación a éste Pichón sostiene:

"Portavoz de un grupo es el miembro que en un momento denuncia el acontecer grupal, las fantasías que lo mueven, las ansiedades y necesidades de la totalidad del grupo. Pero el portavoz no habla sólo por sí sino por todos, en él se conjugan lo que llamamos verticalidad y horizontalidad, entendiendo por verticalidad lo referido a la historia personal del sujeto, y por horizontalidad el proceso actual que se cumple en el aquí y ahora en la totalidad de los miembros."

Esta concepción del portavoz como vehículo de lo emergente surge del trabajo de Pichón con familias de pacientes psicóticos. Pichón observó que el enfermo mental no es un individuo aislado sino el producto de un medio ambiente; más en particular, es el resultado de la interacción de un grupo familiar enfermo. En este sentido Pichón encontró que el portavoz es depositario de cuestiones que se relacionan con su entorno y participa de lo que dio en llamarse el juego de las tres D: depositario, depositado y depositante.

El depositario es precisamente aquél que se hace cargo de la patología del grupo familiar, el portavoz.

Lo depositado está constituido por las ansiedades del resto de los integrantes del grupo, la patología de los demás.

Los depositantes son los otros miembros del grupo familiar.

Trasladando este esquema al grupo operativo, Pichón considera que en el grupo se produce una dinámica en la cual en un momento dado a algún miembro del grupo se lo hace depositario de "algo" relacionado con la situación grupal. Este miembro, convertido en portavoz, es quien denuncia el acontecer grupal a través de lo que dice o lo que hace.

La historia personal del portavoz determina que la situación grupal denunciada sea esa situación en particular y no cualquier otra, vale decir, el portavoz es aquel miembro del grupo en cuya historia personal resuena la situación grupal específica denunciada.

Sin embargo, el portavoz no tiene conciencia de su denuncia. Enuncia algo sin tener conciencia de la significación grupal de lo que hace o dice: lo enuncia como algo propio

Instituciones y grupos

Desde una concepción positivista, la institución no es otra cosa que un hecho social. Tal es la definición de **Durkheim**: Las instituciones son, antes que nada el orden instituido. Pero también pueden entenderse como sistemas defensivos frente a la angustia. **Monerot** ofrece una visión mucho más subjetiva: la comprensión de las instituciones, pasa por el plano de lo individual.

Berger y Luckmann afirman que la transmisión del significado dentro de las instituciones se basa en el conocimiento social y se transforman en soluciones permanentes para problemas permanentes dentro de una comunidad. De esta forma, la institución propone un orden, legitima y proporciona valores. Los potenciales actores de acciones institucionalizadas aprenden sistemáticamente estos significados lo cual pone en evidencia la necesidad de un proceso educativo. Resulta necesario para el funcionamiento de la institución que sus significados se inscriban de manera indeleble en la conciencia del individuo.

La institución es, pues, un espacio humanizado en donde se encarna la experiencia individual a través de diferentes roles que al ser objetivados se transforman en parte del mundo objetivo accesible para cualquier sociedad. Así, los roles desempeñados por los individuos, participan del mundo social en tanto han internalizado dichos roles al tiempo que el mundo cobra realidad subjetiva dentro de ellos.

Hay, formas más poéticas de pensar las instituciones. **Marcelo Percia** diría que una institución es un barullo devastador, un estallido que arrasa con clasificaciones, estadísticas y esquemas, un hervidero de desconfianzas y complicidades... así, toda institución tendrá diferentes historias. Una historia oficial y otra marginal que se escribirá en los pasillos, en las quejas murmuradas, en el humor.

Como diría **Kaminsky**, todo puede hablar dentro de las instituciones en la medida que sepamos escucharlo. Porque no se trata solo de lo que una institución es sino también aquello que ella cree ser. La creencia conforma una más de sus dimensiones, que amplía el panorama de su estructura física, sus objetivos y sus producciones. Todo esto, conforma una singularidad institucional.

Los grupos dentro de las instituciones

Kaminsky dirá que en las instituciones podemos ver *grupos objeto* y *grupos sujeto*. Mientras que los primeros están sometidos a las consignas instituidas (jerarquización institucional/verticalidad) su acción es lo que de ellos se espera, estén satisfaciendo o no las expectativas institucionales. Los segundos pueden desprenderse de la jerarquización, por lo tanto son más flexibles respecto al interés personal. Estos grupos no pueden sostener una posición instituyente de forma permanente, pero tienen vocación de "tomar la palabra", algo que los grupos objeto no pueden hacer, en tanto sólo se limitan a repetir "al pie de la letra".

Castoriadis, dirá que la institución es una red simbólica en la que se combinan dos variables, un componente funcional y otro imaginario.

Así, todas las instituciones poseen un juego de fuerzas en tensión constante. Por un lado encontraremos lo **instituido** que estará dado por lo establecido, lo determinado y representa una fuerza que tiende a perpetuarse de un modo determinado, conservador, resignado, en contra de todo cambio. Lo **instituyente** será aquella fuerza que oponiéndose a lo instituido, será portadora de la innovación, el cambio y la renovación.

Tanto lo instituido como lo instituyente, poseen una naturaleza dinámica ya que uno ansía el lugar del otro. Siguiendo a **Lidia Fernández**, la institución educativa es un objeto cultura que expresa cierta cuota de poder social. Se trata de un conjunto de seres humanos que posee una particular forma de organizarse con el objeto de satisfacer necesidades básicas y asegurar producciones culturales.

La institución se sostiene en tanto es útil para los procesos de socialización y control social. Esto significa que la tensión que se produce entre los deseos de los individuos y la necesidad de adecuarlos a las formas sociales admitidas a través de las producciones culturales cuyo objetivo es convencerlos de la necesidad de sacrificar los deseos individuales en virtud de la estabilidad colectiva.

Lidia Fernández, sugerirá que el estilo institucional opera como intermediario entre las condiciones y los resultados.

Así postula los siguientes supuestos que subyacen en los enfoques institucionales:

Existe en toda organización social, cierto conocimiento oculto y cuya revelación es evitada o impedida por medios de diversa potencia represiva.

Este conocimiento oculto refiere a las causas de las diferencias sociales y de la enajenación, pero además, por el simple hecho de permanecer vedado, es generador de diferencias aún mayores.

Algunos sectores se benefician de este conocimiento oculto, por lo cual elevarán barreras con el objeto de mantener la situación.

Los perjudicados por este conocimiento oculto también son portadoras de diferencias y defienden la concepción del mundo que las incluye.

Para que el conocimiento sea liberado es necesario que se ponga en marcha un movimiento social que procure la transformación de la enajenación y la injusticia.

Pero la institución, en última instancia, puede ser un espacio deliberativo, en tanto puede pensarse como un espacio en donde se propicie un estado de palabra. Los grupos pueden ser estados de la institución, una perspectiva. Lo grupal puede ser una turbulencia, un cuerpo desarticulado, una búsqueda de una mejor comunicación.

Liderazgo.

La palabra liderazgo define a una influencia que se ejerce sobre las personas y que permite incentivarlas para que trabajen en forma entusiasta por un objetivo común. Quien ejerce el liderazgo se conoce como líder.

El liderazgo es la función que ocupa una persona que se distingue del resto y es capaz de tomar decisiones acertadas para el grupo, equipo u organización que preceda, inspirando al resto de los que participan de ese

grupo a alcanzar una meta común. Por esta razón, se dice que el liderazgo implica a más de una persona, quien dirige (el líder) y aquellos que lo apoyen (los subordinados) y permitan que desarrolle su posición de forma eficiente.

La labor del líder consiste en establecer una meta y conseguir que la mayor parte de las personas deseen y trabajen por alcanzarla. Es un elemento fundamental en los gestores del mundo empresarial, para sacar adelante una empresa u organización, pero también lo es en otros ámbitos, como los deportes (saber dirigir un equipo a la victoria), la educación (profesores que consiguen que sus alumnos se identifiquen con su forma de pensar) y hasta en la familia (padres o hermanos mayores que son tenidos como absoluto ejemplo por parte de sus hijos, por ejemplo).

Existen distintas clasificaciones de los líderes, que se establecen a partir de diversos criterios. Cuando un líder es escogido por una organización, se habla de un líder *formal*. Los líderes *informales*, en cambio, emergen de manera natural o espontánea dentro un grupo.

De todas formas, la clasificación más difundida es aquella que refiere al vínculo entre el líder y los sujetos a los cuales influencia (es decir, sus seguidores). En este caso, existen liderazgos democráticos, autoritarios y liberales (*laissez faire*).

El líder democrático es aquel que, en primer lugar, fomenta el debate y la discusión dentro del grupo.

También es llamado liderazgo participativo, crea entusiasmo entre los trabajadores al priorizar la participación de todo el grupo. El líder promueve el diálogo entre sus seguidores para tener en cuenta las opiniones del grupo, pero la decisión final la toma el superior.

Ventajas

Este tipo de líder se gana al equipo porque los empleados contribuyen en el proceso de decisión. Por tanto, los empleados suelen sentirse como parte de la compañía y de los cambios que puedan producirse en la organización, mejorando su afiliación y compromiso con la empresa, del mismo modo que su productividad y capacidad de innovación.

Desventajas

Pese a que existe cierto consenso a la hora de afirmar que este tipo de liderazgo tiene muchas ventajas, algunos investigadores piensan que también tiene sus desventajas. Por ejemplo, muchas veces no se pueden superar los desacuerdos entre dos o más partes del grupo o el camino se hace más lento a la hora de alcanzar una meta, en comparación con otros estilos de liderazgo. Además, este tipo de liderazgo requiere que el líder posea gran habilidad para mantener la motivación y la colaboración de quienes le siguen, así como plena confianza en sí mismo. De lo contrario, el equilibrio de un conjunto de individuos se podría quebrar.

El líder autoritario, en cambio, es aquel que decide por su propia cuenta, sin consultar y sin justificarse ante sus seguidores. Esta clase de líder apela a la comunicación unidireccional (no hay diálogo) con el subordinado.

El líder concentra todo el poder y nadie desafía sus decisiones.

Ventajas

Puede ser efectivo en ambientes de trabajo en los que las decisiones necesitan tomarse rápidamente. También parece ser altamente efectivo con empleados que requieren una vigilancia estrecha sobre las actividades, ya que al eliminar la tendencia de los trabajadores a relajarse, puede aumentar la productividad y velocidad en las tareas.

Desventajas

Las desventajas del líder autocrático son evidentes. No tiene en cuenta la opinión de los trabajadores y los empleados son simplemente personas que deben acatar órdenes. Algunos empleados pueden sentirse infravalorados y suelen mostrar poco compromiso afectivo hacia la compañía, pudiendo llegar a abandonar la empresa o rendir menos. Es un estilo de liderazgo que, poco a poco, está siendo desterrado de las empresas punteras.

Líder liberal (*laissez-faire*), suele adoptar un papel pasivo y entregar el poder a su grupo. Por eso no realiza un juicio sobre aquello que aportan los integrantes, a quienes concede la más amplia libertad para su accionar.

El tipo de liderazgo *laissez-faire*, también conocido como liderazgo delegativo, es un estilo de no intervención y falta de feedback regular. El nombre hace referencia a la palabra francesa “dejar pasar” o “dejarlo ser”. El líder *laissez-faire* interviene solo cuando es necesario y con la menor cantidad de control posible. Es un estilo no autoritario que se basa en la teoría de que los empleados con mucha experiencia, entrenamiento y motivación, necesitan menos supervisión para ser productivos. Ya que estos trabajadores son expertos y poseen las competencias para rendir de manera independiente, son capaces de cumplir con las tareas con muy poca vigilancia.

Ventajas

Para algunos empleados, la autonomía es liberadora, mejora la creatividad y ayuda a sentirse más satisfecho con el trabajo que se realiza. Este tipo de liderazgo puede ser usado en situaciones donde los subordinados son apasionados y gozan de una alta motivación intrínseca.

Desventajas

De todas formas, no todos los empleados poseen esas características. Este estilo no es apropiado cuando se trabaja con empleados que no poseen las competencias arriba mencionadas. Muchas personas no son buenas a la hora de asignarse sus propios plazos de entrega, gestionarse sus propias tareas y resolver los problemas que puedan ir surgiendo. En estas situaciones, los proyectos o las fechas de entrega pueden no cumplirse cuando los miembros del grupo no son dirigidos correctamente o no se benefician del feedback apropiado.

Líder Transformacional, el liderazgo es ejercido a partir de cambios en los valores, los comportamientos y los pensamientos de los miembros del grupo.

Los líderes transformadores emplean niveles altos de comunicación para conseguir los objetivos y aportan una visión de cambio que consiguen transmitir a los empleados.

Ventajas

De esta manera, motivan y aumentan la productividad y la eficiencia del grupo. Poseen una fuerte visión y personalidad, gracias a la cual lideran el cambio dentro de la organización y son capaces de cambiar las expectativas, percepciones y motivaciones del equipo. Cuando estos líderes y sus seguidores trabajan juntos, llegan a un nivel superior de moral y motivación. La clave está en el impacto que tienen sobre los seguidores, ya que dichos líderes se ganan la confianza, respeto y admiración de los mismos.

Desventajas

El liderazgo transformacional, en lugar de analizar y controlar transacciones específicas utilizando reglas, instrucciones e incentivos, se concentra en cualidades intangibles, como la visión, los valores compartidos y las ideas, con el propósito de crear relaciones, de dotar de mayor significado a las actividades independientes y de ofrecer una visión compartida que permita funcionar conjuntamente con los seguidores en el proceso de cambio.

Líder transaccional, el liderazgo transaccional se basa en transacciones, es decir, en procesos de intercambio entre los líderes y sus seguidores. Los seguidores reciben premios por su desempeño laboral y el líder se beneficia porque ellos cumplen con las tareas.

Ventajas

Es un tipo de liderazgo orientado a los objetivos y, por tanto, los seguidores son motivados con recompensas por los resultados conseguidos. El líder transaccional crea estructuras claras, donde queda bien definido lo que requiere de sus subordinados y las recompensas que van a percibir.

Desventajas

El perfil de seguidor del líder transaccional es un individuo racional, motivado por el dinero y otros beneficios o recompensas, cuyo comportamiento es bastante predecible. Los líderes transaccionales se centran en el presente y son muy buenos para conseguir que la organización funcione sin problemas y con eficiencia. Sin embargo, aunque el liderazgo transaccional implica seguir ciertas reglas y funciona muy bien en momentos de estabilidad, en el mundo cambiante que nos encontramos hoy en día, donde el éxito de las compañías muchas veces depende de los cambios continuos, existen estilos de liderazgo más efectivos.

Las bases para ser un buen líder son: mantenerse al tanto de lo último en el campo en el que se desarrolla el trabajo, observar la labor de otros líderes y modificar la forma de trabajo siempre que sea necesario. Por otro lado, las cualidades que debe tener alguien que ejerce el liderazgo son: conocimiento, confianza, integridad, y, por su puesto, carisma para inspirar a sus subordinados.

Los mejor líderes son aquellos que son visionarios, que son capaces de comprender las situaciones productivas para la empresa antes de que estas se presenten, son innovadores y están a favor del cambio. Podemos poner como ejemplo a Bill Gates, un frustrado estudiante de Harvard, que gracias a sus cualidades de líder fue capaz de fundar una de las empresas más importantes en el sector tecnológico, Microsoft y, gracias a las decisiones que supo tomar y a que consiguió que empresas influyentes confiaran en él, se convirtió en la persona más rica del mundo. Él fue capaz de comprender que los ordenadores un día se convertirían en una parte indispensable de los hogares, y trabajó desarrollando los productos que lo permitirían, supongo que es el mejor ejemplo de un líder visionario.

Pero tener una buena idea no basta para convertirse en líder, es necesario saber llevarla a cabo y convencer a los que te rodean de que dicha idea es el mejor invento en el que se haya pensado jamás y que tiene como objetivo resolver nuestros problemas más importantes. Si conseguimos cautivar al público con nuestra idea, posiblemente nos convirtamos en un líder visionario y valorado por el entorno.

Otra definición del término es la que se encuentra en el Diccionario de Ciencias de la Conducta que define el liderazgo como las cualidades de capacidad y personalidad que permiten que alguien se convierta en guía de un grupo, controlando a todos los individuos que de él forman parte.

Por su parte, Rallph M. Stogdill, afirma que existen tantas definiciones de liderazgo como personas hayan pensado en dicho concepto, sin embargo la más exacta sería que se trata del proceso de conducir las actividades de un grupo e influir sobre las conductas que estos desarrollen.

Para ser líder es fundamental, por otra parte tener la capacidad de comunicación. No sólo saber expresar claramente las ideas y mandatos, sino también saber escuchar y tener presente lo que piensa cada individuo que forma parte del grupo que se representa. Además, como lo definen Salovey y Mayer, es fundamental contar con inteligencia emocional. Es decir, con la habilidad de conducir los sentimientos y emociones de uno mismo y de los demás y utilizar la información para conseguir el objetivo fundamental del grupo.

Existen diferentes tipos de liderazgo en el entorno laboral y cada uno de ellos con sus ventajas y desventajas. La cultura de la empresa, los objetivos que se persiguen o la personalidad de los empleados, entre otros factores, determinan qué estilo de liderazgo encaja mejor con la compañía. Dentro de algunas organizaciones, incluso, coexisten diferentes estilos de liderazgo según las tareas o los objetivos que se deben cumplir.

Así pues, como todo depende del contexto en el que nos encontremos, si queremos expresar al máximo la posibilidad de tener a un buen líder al frente de un equipo u organización, en primer lugar es necesario conocer los tipos de liderazgo, ya que no existe uno que sea claramente superior a los demás.

Características de un líder

Sentido de pertenencia: Debe representar y pertenecer al grupo que encabeza.

Capacidad de comunicarse: Lograr que lo escuchen y entiendan.

Inteligencia emocional: Habilidad para manejar los sentimientos y emociones propios de los demás.

Capacidad de establecer metas y objetivos: sin una meta clara, ningún esfuerzo será suficiente.

Capacidad de planeación: Donde se deben definir las acciones que se deben cumplir.

Un líder crece y hace crecer a su gente: Para crecer enseña, a su gente, delega funciones y crea oportunidades para todos.

Capacidad visionaria para anticiparse a lo que puede venir.

Tiene Carisma: Atrae y llama la atención es agradable a los ojos de las personas, basta con interesarse por la gente y demostrar verdadero interés.

Es Innovador: Siempre buscara nuevas y mejores maneras de hacer las cosas.

Un líder está informado: Debe saber cómo se procesa la información, interpretarla de manera inteligente y utilizarla en la forma más moderna y creativa.

Funciones de un líder

Un líder desempeña muchas funciones entre las que podemos citar:

1.-Planificar y prever

- Un líder debe de tener capacidad visionaria, para adelantarse a lo que puede venir en un futuro no muy lejano.
- Define tareas, objetivos, metas, buscar los recursos.
- Asigna tareas y estándares de grupo.
- Elabora un plan realizable para la toma de decisiones.

2.-Gestionar

- Un líder busca y obtiene los recursos necesarios para que su equipo cumpla su función.
- Reconoce y aprovecha las capacidades y habilidades de cada uno de los colaboradores.

3.-Controlar

- Controla y maneja el tiempo para el cumplimiento de actividades.
- Asegura que las acciones se orienten al logro de objetivos.

4.-Consultar y decidir

- Un líder consulta a expertos, investiga en documentos, pide un consejo antes de tomar una decisión.

5.-Respaldar moralmente

- Modera las discusiones grupales.
- Disminuye las tensiones por medio del buen humor.
- Crea un espíritu de grupo.
- Alienta al grupo y a cada uno de los miembros.

6.-Rendir cuentas

- Dar a conocer los resultados del cumplimiento de responsabilidades.
- Demostrar con transparencia.
- Colocar los logros al cuidado de los demás.

7.-Evaluar

- Evalúa la actuación del grupo.
- Ayuda al grupo a reflexionar sobre su actuación.
- Estimula al grupo por los logros obtenidos.

Las necesidades humanas y la salud

El ser humano como un todo:

El ser humano es un todo integral. Podemos diferenciar tres partes que van ligadas:

Un componente biológico o estructura física.

Un componente psíquico que incluye todos los factores que influyen en el comportamiento y las emociones.

Un componente social que hace referencia al individuo en relación con su entorno y la sociedad.

Las necesidades humanas:

La necesidad es aquella disconformidad en el interior de la persona que desencadena procesos psicológicos, fisiológicos o sociales para intentar satisfacer esa disconformidad.

Modelo de clasificación de las necesidades:

Modelo de Maslow:

- necesidades fisiológicas.
- necesidades de seguridad.
- necesidades sociales.
- necesidades de estima y autoestima.
- necesidades de autorrealización.

Modelo de Kalish: divide las necesidades fisiológicas de Maslow en dos:

- necesidades de supervivencia.
- necesidades de estimulación.

Modelo de Virginia Henderson.

Concepto de enfermedad:

Se considera enfermedad al desajuste en el funcionamiento adecuado de un organismo ya sea a nivel fisiológico, psicológico, sociológico o ambiental.

Concepto de salud:

Concepto clásico de salud: "ausencia de enfermedad o de dolor". Esta definición no está aceptada porque:

- el límite entre la normalidad y la patología no siempre es posible.
- la normalidad varía en el tiempo.

Concepto de la OMS: "estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedades". Es una definición:

- subjetiva
- utópica
- que equipara bienestar a salud
- estática

Concepto de salud de M. Terris: "perfecto estado de bienestar físico, mental y social y la posibilidad de cualquier persona para desarrollar sus capacidades en el campo intelectual, cultural y espiritual y no solamente la ausencia de enfermedad".

Concepto dinámico de salud: se basa en la definición de la OMS y Terris, persigue "conseguir el más alto nivel de bienestar físico, psíquico, social y con la máxima capacidad de trabajo o funcionamiento que permiten los factores sociales". Así, salud y enfermedad forman una línea continua. En un extremo está un elevado grado de bienestar físico, psíquico, sociológico con capacidad de funcionamiento y en el otro

extremo, la muerte. Hay una zona neutra que nos viene a reflejar que la separación entre enfermedad y salud no es absoluta.

Factores que condicionan la salud:

La biología humana:

- la información genética: una dotación genética que condiciona nuestra constitución y nuestra capacidad de gozar de mayor o menor salud
- la edad: cuando envejecemos la enfermedad es más habitual, hay enfermedades que son más usuales en una edad que en otra.

El medio ambiente:

- factores físicos: contaminación del aire, ruido.
- factores químicos.
- factores biológicos.
- factores sociales.

Estilos de vida: los estilos de vida hacen referencia al tipo de vida que lleva el individuo:

- el ejercicio físico.
- la alimentación.
- la sexualidad.
- consumo de drogas.
- conductas agresivas.

Necesidades básicas del ser humano y su satisfacción a través de la cultura

Se ha creído tradicionalmente, que las necesidades humanas tienden a ser infinitas; que están constantemente cambiando; que varían de una cultura a otra, y que son diferentes en cada período histórico. Pero tales suposiciones son incorrectas, puesto que son producto de un error conceptual, que consiste en confundir las necesidades con los satisfactores de esas necesidades. Las necesidades humanas fundamentales son finitas, pocas y clasificables. Además las necesidades humanas fundamentales son las mismas en todas las culturas y en todos los períodos históricos. Lo que cambia, a través del tiempo y de las culturas, son la manera o los medios utilizados para la satisfacción de las necesidades.

Las necesidades fundamentales son: subsistencia (salud, alimentación, etc.), protección (sistemas de seguridad y prevención, vivienda, etc.), afecto (familia, amistades, privacidad, etc.) entendimiento (educación, comunicación, etc.), participación (derechos, responsabilidades, trabajo, etc.), ocio (juegos, espectáculos) creación (habilidades, destrezas), identidad (grupos de referencia, sexualidad, valores), libertad (igualdad de derechos).

Concebir las necesidades tan sólo como carencia implica restringir su espectro a lo puramente fisiológico, que es precisamente el ámbito en que una necesidad asume con mayor fuerza y claridad la sensación de "falta de algo". Sin embargo, en la medida en que las necesidades comprometen, motivan y movilizan a las personas, son también potencialidad y, más aún, pueden llegar a ser recursos. La necesidad de participar es potencial de participación, tal como la necesidad de afecto es potencial de afecto.

Integrar la realización armónica de las necesidades humanas en el proceso de desarrollo, significa la oportunidad de que las personas puedan vivir ese desarrollo desde sus comienzos; dando origen así a un desarrollo sano, autodependiente y participativo, capaz de crear los fundamentos para un orden en el que se pueda conciliar el crecimiento económico, la solidaridad social, el crecimiento de las personas y la protección del ambiente.

Las necesidades humanas básicas referidas, deben constituirse en derechos inalienables del ser humano, ya que su posesión y práctica hacen a la dignidad del individuo y las comunidades. La satisfacción de estas

necesidades implica un marco ambiental sano. La degradación del ambiente, provocada por los procesos de contaminación y "explotación" irracional de los recursos, atenta gravemente contra ellas.

Actualmente y a nivel mundial, los modelos de desarrollo económico y tecnológico han provocado que millones de seres humanos no hayan tenido posibilidad de acceder a la satisfacción de estas necesidades básicas por ejemplo.

Cultura y diversidad en salud

(inuits, kari ñas, mapuche, saharuies)

Autor: Lic. Beatriz Carbonell
 Universidad Fasta-S.C. Bariloche
 Patagonia Argentina

La enfermedad es una realidad construida y el enfermo un sujeto social.

Instituir el cuerpo como el único espacio de salud/dolencia, puede resultar un error.

La enfermedad es un hecho sociológico, por lo tanto cualquier acción de prevención, de tratamiento o planeamiento de salud, deberá tomar en cuenta valores, actitudes y creencias de la población a la que está destinada.

Y sin embargo, es el cuerpo de la persona, inserto en la comunidad, inserta en una región, el que nos permite mediante sus cicatrices y enfermedades, historiar y resolver problemáticas que comprometen el futuro de las poblaciones.

El individuo como sujeto histórico, es un todo: biológico, psicológico y cultural.

Sin embargo cada cultura establecerá sistemas de salud-enfermedad, según sus creencias, ocurre que lo que es considerado enfermedad en algunas poblaciones sociales, puede no serlo en otras.

Interculturalidad en Salud, es la capacidad de moverse equilibradamente entre:

Conocimientos, creencias y prácticas culturales diferentes respecto a:

- La salud y la enfermedad
- La vida y la muerte

Considerando que muchas de estas percepciones pueden ser contrapuestas para nosotros y complementarias para otras culturas.

Se dice " que sólo son enfermedades aquellas reconocidas como tales por el grupo humano donde se desarrollan..."

Desde ese punto de vista se comete un error metodológico cuando se colocan conceptos médicos occidentales y se considera enfermedad a ciertos hechos que para los mapuches no lo son.

Ejemplo

Cuando un mapuche tiene un perimontu (visión) no alucina

Y cuando el Wekufu (fuerza maligna) le ha robado el alma...no es un autista.

Wekufu para ellos son las energías o fuerzas cósmicas que perturban o destruyen el equilibrio e información de los sistemas energéticos biológicos

Tiene esta energía la propiedad de poder ser concentrada y proyectada a distancia, como condensarse en forma sutil o grosera dentro de un ser vivo o una cosa.

Puede ser irradiada por el pensamiento o emoción de un hombre (odio, envidia, ira etc), por un espíritu maligno, por el alma de un difunto irritada, o por cualquier ser de cualidad Wekufu

Enfermedad entre los esquimales o Inuits:

Entre los esquimales es muy común el concepto cultural de la llamada pibloktoq (histeria ártica o angustia de kayak) que es un síndrome cultural que posee el individuo que lo lanza al curso de la locura, la depresión y al riesgo de perder la vida mediante el suicidio.

En la actualidad los cambios económicos y culturales de las comunidades, determinan un alto consumo de drogas, alcohol, y pegamento, casi siempre precediendo altos índices de suicidios.

Otra causa es la desilusión amorosa entre los jóvenes, que culturalmente determina el suicidio como una salida digna, y culturalmente aceptada.

Epilepsia, un ataque de epilepsia se considera como una enfermedad de la cabeza que no es posible de otro tratamiento y no es contagiosa

Para ellos ser poseídos por el espíritu de manera inconsciente no es de ninguna manera peligroso.

Histeria simple: pueden sufrir parálisis pasajeras y experiencias disociativas acompañadas de visión o alucinaciones y no se las considera etapas graves.

Kavartuq: es estar extremadamente triste, turbado y tranquilo, el individuo presenta manifestaciones de pasividad de desinterés y de depresión en actividad maníaca.

Se asocia a sentimientos negativos de la persona, el individuo se siente culpable de los males de la comunidad, es autodestructivo e intenta suicidarse.

Salud y Enfermedad en el Sahara Occidental

Estuvimos en el mes de marzo pasado en poblaciones del Sahara Occidental relevando los sistemas de salud-enfermedad en vigencia en esta cultura.

Hemos comprobado que con frecuencia en estas sociedades de culturas malekitas y sufís, los hombres (con algún criterio misógino) establecen que la mujer sólo tiene una forma, desafía el obstáculo, es cambiante y no se deja dominar, a semejanza de la noche y de las tinieblas, la mujer es difícil, si no imposible de sondear, al igual que la cavidad y los cielos, la mujer no se deja atrapar, es el vacío, por todo ello es la bruja por excelencia.

Cómo se llega a ser brujo o bruja?

No se reconoce la existencia de la herencia en esto.

Entre los saharauis se reconocen a las mujeres de la medicina.

En las regiones donde sus familias nomadeaban, aprenden de sus madres, siendo herederas de una larga líneas de tabibas.

Las madres enseñan llevándolas para recoger las hierbas y las plantas medicinales, con las que ellas curarían las heridas y enfermedades.

Siguiendo las estaciones y las lluvias, se recogían otras variedades.

La goma arábiga que supuran las acacias, las largas hierbas verdes que cauterizan las heridas.

En los lechos secos del oued encontraban la hierba purgante, tras un árbol crecía la hierba antiespasmódica.

Los pies desnudos aprendía de los tesoros de la vida y de la eficacia de la goma arábiga.

Compuestos, polvos y ungamentos largamente preparados se encerraban en pequeñas bolsas de cuero decorados con los colores de las plantas y las rocas del Sahara.

Compuestos alquímicos (elixir rojo)

"...Sólo mi madre tocaba esa pequeña caja llamada batatjelud, ella era una tabiba de gran reputación."

Las madres e hijas se transmiten el secreto de las plantas, los gestos que curan.

Curar los ojos infestados, de lejanos lugares venían a buscarla para la cura que ella prodigaba.

Los camelleros venían de un lejano oasis para buscar una pócima particular o los consejos sabios..."(*Hjeiba de Auserd, aprendió entre Smara y Dakhla la medicina ancestral*).

En la actualidad, los sistemas cooperantes europeos (españoles y cubanos) han edificado e implementado hospitales instalando la medicina biomédica en el Sahara Occidental.

Periódicamente, equipos de cirujanos y oftalmólogos, europeos y cubanos, se establecen en las wulaias saharauis, realizando diagnósticos y operaciones en los niños y adultos, según las necesidades lo establezcan. Pero los sistemas de salud-enfermedad no se integran, ni se complementan, permanecen ancestrales vinculados a la magia y religión, vinculados a la acción de los morabitos (profetas) que pueden curar los males espirituales y las enfermedades síquicas y las mujeres de la medicina, que ofician en un estadio inferior asistiendo los males físicos..

Salud y enfermedad en el Orinoco:

En la etnia Kari'ña, en la población de Kashama (Venezuela), donde trabajé el último mes de junio en este año, pude conocer la acción de los puddai (médico del cuerpo y del espíritu), conviviendo con ellos.

Los Kari'ñas son conocidos como grandes navegantes, comerciantes y guerreros, se les llamaba también "dueños del Orinoco".

Sus antepasados nacieron del hueso de una gran culebra.

En las fiestas del Akaatomppo (2 de noviembre), en los rituales del día de los muertos, bailan mare mare, ejecutada con carrizos o flautas de pan, y un pequeño tambor llamado sampura.

El puddai canta los areemi (cantos sagrados), su espíritu-sombra es un abuelo del cielo, las culebras son sus espíritus acompañantes, la culebra cascabel es su gran compañía, utiliza la maraka para defenderse y eliminar a sus enemigos.

El puddai puede fumar tabaco, llamar a una persona con el pensamiento, sin hablar, acercarse a cualquier persona, y convertirse en lo que quiera, aún hacerse invisible.

Conoce el futuro, se le comunica en los sueños.

Cura los enfermos sentados en su banco especial llamado meure, allí se sienta a cantar.

Aunque cura a los demás no puede curarse a sí mismo.

Cuida a los habitantes de la comunidad.

Es elegido por Maavare (dueño del cerro), se prepara largo tiempo y soporta todas las pruebas para ser elegido puddai.

Con Pablo Medina hablamos sobre las formas de curar el cáncer, me dijo entonces, si pasas los nueve meses, la enfermedad no tiene cura.

Para la envidia se usa remedio hecho con plantas medicinales y piedras molidas.

Su función es eliminar los espíritus malignos

En su recinto privado pude ver en un altar la cruz kari'ña precolombina que tan bien describe Carvajal "...hecha con varas de madera, una de las cuales, vertical y clavada a la tierra, cruzadas por tres varas desiguales de mayor a menor...."

"estaba cubierta con tintura de onoto (Bixa orellana) pigmento vegetal que sirve para fines de protección mágica" los kari'ñas creen que defiende a la comunidad de los vivos contra las incursiones enemigas de los espíritus de la muerte.

Hace 31 años que trabaja, aprendiendo solo la ciencia de curar, me enseñó cómo usar la sangre de drago, la melisa, sasafram, la canela, la planta llamada siete venas.

Como curar los riñones con azúcar blanca.

Y a usar el cordón umbilical como reliquia y protección.

También trabajé junto a Juan Machuca (74 años) casi ciego.

Él me contó que el Cerro negro tenía encantamiento, varios días debían permanecer allí, abrían la puerta al conocimiento, recibían instrucciones.

Él trabaja por las noches, llama a los encantos para ayudar la gente.

Cura las hechicerías con baños, la envidia con oraciones.

Usaba la ruda verde y perfumada para proteger las casas y la gente, y el ojo de samuro (bejuco) para proteger a las personas.

La luna menguante le da fuerza a las medicinas.

Los polvos de la culebra de dos cabezas tienen poder para unir los huesos y soldarlos.

El tabaco mascado en cantidad sirve para curar las mordeduras de culebra.

El colmillo de caimán como defensa de cualquier veneno.

La raíz de zarzaparrilla (*smilax officinalis*) reumatismo y la ciática.

La nuez moscada y el azufre en polvo mezcladas al centro de un diente de ajo, cura las picaduras de la selva.

Cuando me despedía para regresar el próximo año, sentí la sensación de abandonar otra vez un sistema simple de salud, aunque la complejidad de la magia y el ritual, imponía al mismo, la sabiduría y el poder de la curación.

En la Cultura Mapuche:

En esta cultura prevalece aún en vigencia la figura de la chaman, llamada machi (mujer chaman).

Se dice que un chamán en su cultura lo es por lo que hace, los seres humanos tenemos la necesidad básica de que el mundo que habitamos tenga un sentido.

Así cada cultura provee sentido a la vida de los individuos socializados en ella.

La idea que cada pueblo tiene del tiempo, de la muerte, de las emociones, son el eje principal sobre el que se construye su cosmovisión.

El wekufu (energía maléfica), actúa no sólo produciendo perturbaciones de carácter físico objetivo, como dolor localizado, fiebres, diarreas, vómitos, sino también con desarreglos y perturbaciones síquicas.

Tener al wekufu en el cuerpo se dice en idioma secreto o sagrado de la machi: Kaluleluuk len (estar en el cuerpo)

Estas intrusiones se dan en lugares de población más densa, porque abundan allí los desequilibrios de tipo emocional negativo (envidia, etc) que proyectan wekufu.

La machi haciendo uso de pelon (visión) los ve a través del cuerpo del paciente y los puede llegar a oír (rumekintun).

Toman al condensarse forma de seres repugnantes (insectos, reptiles, gusanos, pedazos de madera astillada) alteran la bioinformación y consumen la energía vital (como si fueran energía cancerígenas)

La enfermedad es producida siempre por una falta de equilibrio, entre las fuerzas malignas y las defensas del organismo, sus causas pueden explicarse:

Causas endógenas:

Son aquellas que producen energía wekufu que se asentará en el mismo sujeto que la generó en lugar de ser proyectada sobre un tercero, aunque puedan darse casos en que las dos situaciones se dan de manera concomitante.

1- desequilibrio del individuo en sus relaciones consigo mismo:

- ideas obsesivas
- perturbaciones vitales por actitudes represivas
- otros factores

2- desequilibrio entre las relaciones del individuo con el orden natural y social, que rigen la vida humana (ejemplo: no participar en actividades cooperativas comunitarias como el rukan- ayudar a construir o reparar su vivienda a un vecino)

3- trauma por karulan (muerte prematura) cuando muere un niño pequeño, su alma renacerá nuevamente en otro cuerpo. Este cuerpo puede sufrir los desequilibrios que porta el alma ocasionados por el trauma de muerte prematura

4- Otras.

Causas Exógenas

- 1- Ataque de ciertas entidades vivientes sutiles o extracorpóreas que proyectan energía wekufu
- 2- Un brujo (kalku), esta hechicería se llama kalkutun y hay varias y diversas maneras de provocar el daño
- 3- El alma de un difunto alwe, proyecta energía intrusiva en determinados casos, el alwe atacará por no haberle ofrecido ofrendas o por haberlo nombrado en tono de broma.
- 4- Punición divina por no haber hecho nguillatunes (ceremonias rituales de ofrenda), por haberse burlado o no creído en una machi, por haber revelado a los winkas cosas sagradas de la religión ancestral, por convertirse a otra religión.
- 5- Ingerir comida sin haber solicitado permiso previo de caza o recolección al nguen (dueño de la naturaleza) de la especie animal, vegetal o mineral que correspondiera.
- 6- Otras.

Claramente podemos apreciar que es a través de sus conceptos de salud y enfermedad que la comunidad mapuche se organiza, considerando al individuo inserto en la familia, dentro de la comunidad, incluso en la Naturaleza.

Desde ese punto de vista, hemos relevado que el poder lo ejercita la machi decidiendo los espacios clínicos:
"-Dominga, a usted viene a verla mucha gente....De esa gente hay mucha que usted los manda al hospital para que lo vean al doctor Arturo Philip, porqué hace eso?"

-Es para aliviarme más yo. Para no cargarme tanto. Yo antes los preparo un poquito y después se los mando. Y este médico está haciendo mucho ahora. Me gusta conversar con el doctor porque él está interesado en la vida nuestra, en las costumbres nuestras. Yo confío en él y lo ayudo. Le hice entrar a mi hijo Ricardo y a Fidel y ellos le tomaron la mano al médico, para eso se los mando, para que ellos cada día crean más en los médicos."

"- Doctor Arturo Philip, cual es la actual relación de Dominga con el hospital?"

-Dominga nos envía pacientes que nunca hubieran recurrido a un hospital de winkas por iniciativa propia. Llegan concientizados de que van a ser ayudados por nosotros.

A partir de Dominga, el trato con los pacientes fue mejor.

Puede parecer una barbaridad pero para mí Dominga es parte del equipo médico del Hospital, es como una asistente social, agente sanitaria o asesora cultural.

Pero no es sólo una asesora, no es una colaboradora, ya que en algunos casos es más terapeuta que nosotros"

"-Yo siempre le digo al doctor (dice Dominga) que haga como yo hago. Tengo mis métodos, después de ver a un paciente me lavo bien, me peino y me tomo un momento para descargarme todo. No se puede llevar nada encima, usted tiene que ser como yo, le digo, fuerte y valiente.....nosotros las machis volcamos todas las cosas malas en la tierra, la tierra se traga todo lo malo y lo bueno..."

Aquí podemos ver en zonas rurales mapuches, los sistemas de salud integrados (biomédicos-chamánicos) aunque no de manera formal, autodeterminados.

En algunas zonas es la machi quien decide cuándo se debe ir al hospital o no.

Encuentro Clínico:

El conflicto de creencias es una imposición simbólica en que se juegan:

Intereses, poderes y saberes.

Siempre están en juego valores de verdad

Se confronta a un ser humano que debe ser comprendido como una totalidad, biológica, psicológica y cultural.

Esta totalidad es difícil, existe un espejismo cuando se cree comprender al paciente en su totalidad y se deja de lado su dimensión cultural.

Interpretar a un sujeto que se caracteriza por su alteridad.

Comprender la cultura del Otro nos arriesga el quedar aprisionado al interior del discurso del Otro y de no poder elaborar conocimiento cuyo alcance trascienda la particularidad de ese Otro.

El volver al sí mismo después de haber estado en la experiencia del Otro, se debe poder emerger para facilitar las transacciones terapéuticas y el trabajo clínico

Habitamos una Realidad constituida por diferentes realidades.

Si consideramos que cada persona transporta en si todas estas realidades, y también lo hace el médico, el encuentro de dos realidades se denomina encuentro clínico, en donde se llega a una transacción para elaborar entre percepciones y realidades lo que llamamos una Realidad Clínica.

La Realidad Clínica se construye en un espacio donde se entrecruzan Culturas.

En esa realidad, el espacio terapéutico se maneja por caminos intermedios entre el mundo exterior y el mundo interior, son caminos intermedios y fronterizos que transita el paciente y el terapeuta para terminar de sellar "los contratos terapéuticos" en un ambiente de respeto y de compromiso para una sana relación y alianza terapéutica.

Pero como hablamos del dolor, del temor o del amor, en mundos disjuntos?

No es más peligrosa la ilusión de que somos parte de lo mismo?

Que nos da derecho a intervenir en el padecer del otro?

Donde se para el Terapeuta para ingresar en el universo del paciente?

Enfrentarse a la diversidad:

El Sentido del Otro es alteridad y es diferencia....

Otredad

Quien es el Otro?

Al principio es lo más diferente posible

Hay un otro que no nos toca, el otro de la calle, el que vemos por televisión, lejano, el otro exótico, todos son el Otro de mí mismo.

Pero existe el Otro Aquí, que es el que me roza, que me duele, que a veces me molesta, ese Otro que me quita los espacios, los tiempos, que me provoca irritación o sensibilidad.

Como interactuar con él?

Fundamentalmente comprendiendo que yo soy el Otro de ese Otro.

Que de la misma manera que voy a él seré recepcionado.

Pero desde donde voy a la Otredad, lo hago desde mi mismidad, desde la forma de comprender o con la pretensión de haber estado en la experiencia del Otro.

Con el sentido de empatía que nos instala en el peligro de la ilusión de que somos iguales, que podremos ingresar al Universo del Otro.

Aquí es donde debemos saber, que siempre vamos al Otro desde nuestra Historia Personal, con nuestra concepción de la Realidad.

Y así con ese respeto y considerando los límites de nuestras certezas, seremos recepcionados por el Otro.

Diversidad significa diferencia, desemejanza, variedad, abundancia de varias cosas distintas.

La cultura de la biomedicina confiere al médico una relación de control y autoridad sobre el paciente en virtud de su conocimiento superior del cuerpo.

La medicina estatal es brindada mediante un sistema burocrático en el cual la terapéutica y otras responsabilidades se encuentran definidas.

Siendo un sistema de control Estatal.

Difícil es modificar estos sistemas donde el paciente cuente con un mayor margen de intervención.

La biomedicina se ha hecho cada vez más técnica en su abordaje, basa sus intervenciones en el conocimiento objetivo sobre el cuerpo del paciente, prescindiendo de la experiencia social y subjetiva de la enfermedad.

El curar ha sido separado progresivamente del cuidar, sobre todo en el contexto hospitalario, se lleva a cabo el rastreo mecánico de los cuerpos enfermos.

Si se arriba al diálogo sobre el significado de los síntomas se hace con enfermeras, o trabajadores sociales, profesionales paramédicos o no médicos.

El lenguaje médico no alcanza el nivel de la cotidianidad para ser entendido por la mayoría de los pacientes. Pero la pregunta sería, donde se instala el Poder, cuando deambulan por los pasillos de los hospitales y de las clínicas, todas las medicinas alternativas.

Y el médico puede olfatear el por lo menos no éxito de su práctica cuando pretende llegar al paciente, desconociendo la diversidad...

El no éxito, puede traducirse a veces en fracaso, en sensación de fracaso.

Fracasar significa destruir, hacer pedazos una cosa, frustrar una aspiración o proyecto. Tener resultados adversos.

Frustrar una aspiración o proyecto....hacer pedazos algo...

La dinámica de los tiempos tal vez nos esté pidiendo romper con las estructuras rígidas, reconvenir un Sistema, que clama por aceptar la Diversidad en Salud.

Modelo biomédico y modelo biopsicosocial

La medicina moderna tiene sus bases en el pensamiento racionalista cartesiano y de la física newtoniana. Divide la naturaleza humana en cuerpo y mente, y el cuerpo es considerado como una estructura biológica cuyos elementos funcionan de acuerdo a leyes de la física clásica, en términos de movimientos y ajustes de sus partes. Sin embargo, en el siglo XX, las teorías de la relatividad y de la física cuántica generaron un paradigma diferente en el cual el universo deja de parecerse al exacto mecanismo de un reloj y comienza a entenderse como una unidad indivisible y armónica en los que el azar y el caos también forman parte de un complejo sistema de relaciones dinámicas. Esta perspectiva más globalizadora de la realidad se considera holística y ecológica y permite a la medicina estudiar, analizar y dar respuesta a problemas complejos para la cual la biomedicina tradicional no tiene respuestas eficaces. El modelo biomédico puede predecir bastante fielmente la sensibilidad de una bacteria a un antimicrobiano, pero resulta ineficaz si intenta predecir si un determinado paciente se va a tomar correctamente el tratamiento prescrito por su médico. Ambas cuestiones son importantes para obtener unos buenos resultados en salud.

Modelo biomédico

La medicina científica académica se basa en el modelo biomédico. Este se centra en el estudio y tratamiento de las enfermedades, considerando a éstas como entidades propias independientes de los pacientes, considera al cuerpo humano como una estructura anatómica con aspectos morfológicos y funcionales bien definidos, a la enfermedad como una lesión morfológica y/o funcional, y al médico como el profesional técnico que la repara. Por tanto, su objetivo es curar la enfermedad con un preciso diagnóstico e indicando un tratamiento correcto según la Medicina Basada en la Evidencia, y de una manera eficaz y eficiente. Considera que los problemas de salud, incluidos los de salud mental, se deben a trastornos en mecanismos físico-químicos, y pueden explicarse si se descubre su base molecular, genética o por agentes externos físicos o biológicos. Las necesidades de salud de las personas se determinan por sus elementos constitutivos físico-químicos con poca atención a sus dimensiones psicológica y social. La investigación de las causas de la enfermedad y de los procedimientos terapéuticos se concentra en las "evidencias o pruebas materiales" olvidando la compleja realidad del ser humano.

- **Curativo:** su objetivo principal es curar enfermedades y evitar la muerte, tiene dificultades para afrontar las patologías crónicas y los estadios finales de la vida

- **Objetivo:** sólo considera lo que puede ser medido con alguna técnica, necesita una cifra de normalidad para tener un referente sobre el que actuar, tiene dificultades para entender las dimensiones psicosociales

de la persona y mantiene una cierta distancia con el paciente por la carga de subjetividad que puede forzarle a asumir.

- **Biológico:** su objeto de atención es el cuerpo humano y sobre esta base establece el diagnóstico y el tratamiento, si no encuentra datos biológicos que confirmen los síntomas del enfermo el problema se califica de "funcional".

- **Reduccionista:** el estudio y análisis de la realidad se consigue fragmentándola en sus componentes, el mejor resultado se obtiene cuanto más pequeño y delimitado sea el fragmento estudiado.

- **Dicotómico:** considera al ser humano dividido en dos dimensiones: la somática y la psíquica, y los problemas de salud afectan generalmente a una de las dos esferas independientemente.

- **Sectorial:** hace una fragmentación de la salud en órganos y aparatos, para cada problema de salud del paciente debe existir un experto en el mismo.

- **Directivo:** el médico es el experto en los problemas de salud y la responsabilidad del paciente debe limitarse a cumplir correctamente las indicaciones diagnósticas y terapéuticas prescritas por el profesional.

Modelo biopsicosocial

El modelo biomédico presenta insuficientes resultados en salud en determinados problemas (adicción a tóxicos, conductas de riesgo, adhesión al tratamiento, pacientes funcionales, enfermedades psicosomáticas, síntomas indefinidos, etc.) y en la satisfacción de las personas con los servicios de salud. Estas inexplicables incongruencias que se producen encuentran respuesta en el modelo biopsicosocial. En 1977, Engel a través de la Teoría General de Sistemas, plantea que en la persona interactúan el contexto social en que vive el paciente, sus características psicológicas, y biológicas.

Física	Físico, biológico, bioquímico, y sintomatológico.
Psicológica	Cognoscitivo, emocional y afectivo: miedo, ansiedad, incomunicación, autoestima, incertidumbres vitales, etc.
Social	Relaciones familiares, interpersonales, laborales.

El modelo biopsicosocial tiene sus inicios con el cambio de paradigma científico general que se inició en el siglo XX con la teoría general de la relatividad y el principio de incertidumbre de la física cuántica. Las bases del modelo en esta nueva forma de entender la realidad del ser humano no se contradice con la biomédica sino que la completa, igual que ha sucedido en el resto de las ciencias.

Principios de incertidumbre

- Es imposible que el observador sea completamente objetivo, de alguna manera siempre forma parte de lo observado.
- El conjunto formado por observador, instrumento de medida y suceso observado, tiene una identidad que hace difícil separar el observador de lo observado.
- La causalidad en ciencias es siempre múltiple, compleja y no lineal. En su análisis, las conclusiones obtenidas no se ajustan completamente a la realidad.
- El inicio de un fenómeno natural y su desarrollo posterior es impreciso, el pronóstico de lo que va a suceder se guía por el principio de incertidumbre.
- Aunque se fragmente un fenómeno natural para estudiarlo mejor, su realidad sigue siendo global y no se encuentra fragmentada.
- El contexto donde se producen los fenómenos forma parte de los mismos, es difícil extrapolar experiencias y ser imparcial.

El médico familia utiliza en su trabajo diario lo mejor de ambos modelos con sus pacientes. Con el modelo biomédico le permite la correcta atención de múltiples problemas de salud de base biológica de las personas

asignadas en su consulta y con modelo biopsicosocial realiza una atención a la salud de la persona y su familia de manera global.

Las principales aportaciones del modelo biopsicosocial a la medicina se concretan en varias consideraciones.

- La salud y la enfermedad son un continuum y forman parte de un mismo proceso. En una persona concreta los límites entre salud y enfermedad son borrosos.
- El proceso salud-enfermedad es multidimensional, los factores biológicos, psicológicos, sociales, familiares, medioambientales y culturales interactúan, positiva o negativamente, de manera continua.
- La función del médico es ayudar a sus pacientes en todas las fases del proceso, promocionando la salud, previniendo la enfermedad, curando o aliviando los síntomas, recuperando o rehabilitando funciones y acompañando en las fases finales de la vida.
- La organización y el desarrollo de la atención médica debe centrarse en las necesidades del paciente, prioritario en la relación.
- El médico debe ser un gran comunicador y tener habilidades para establecer una buena relación personal con sus pacientes.
- El médico en el abordaje de los problemas de salud de sus pacientes debe considerar que este forma con su familia y la sociedad un gran sistema que interactúa continuamente.
- El médico incorpora al paciente en su sistema modelo de atención clínica considerando sus conocimientos, creencias y expectativas en sus procesos de salud y enfermedad.

Revisión Bibliográfica por Lic. Giovanna Fioretta.

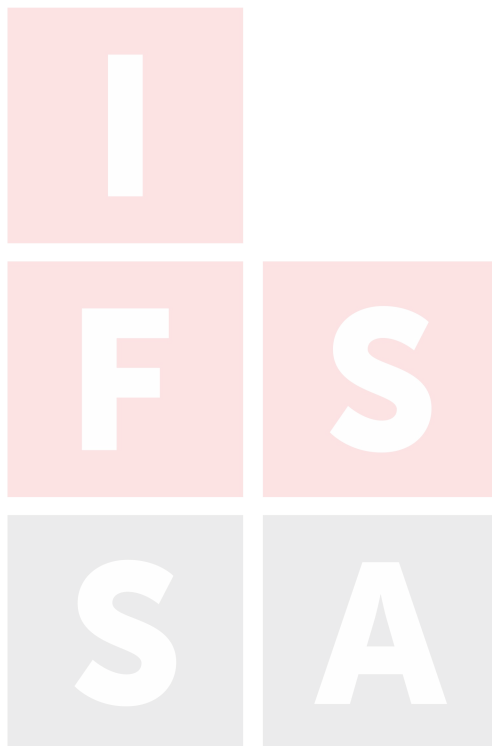
Referencias bibliográficas

- CALERO, M.D. (2002): La actividad mental. Prevención del envejecimiento cerebral. En R.
- Fernández-Ballesteros (Dir.): Vivir con Vitalidad. Tomo III. Cuide su mente. Madrid: Pirámide.
- FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R. (Dir.) (1992): Mitos y realidades en torno a la vejez y la salud.
- Barcelona: SG Ed.
- FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R. (1996): Psicología del envejecimiento: Lección Inaugural del
- FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R., MOYA, R., IÑIGUEZ, J. Y ZAMARRÓN, M.D. (1999): Qué es
- Psicología de la vejez. Madrid, Biblioteca Nueva.
- FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R. (Dir.): Vivir con Vitalidad. 5 Tomos. Madrid: Pirámide.
- NACIONES UNIDAS (2002): Plan Internacional de Acción sobre el Envejecimiento. Nueva York:
- UN; OMS (2002): Envejecimiento Activo. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- RUIZ VARGAS, J.M. (2002): Mejore su memoria. Siempre hay tiempo. En R. Fernández-Ballesteros
- (Dir): Vivir con Vitalidad. Tomo III. Cuide su mente. Madrid: Pirámide.
- "Temores y fobias", Gedisa Editorial, Buenos Aires, 1998 Lipovetsky, Gilles.
- "El imperio de lo efímero", Anagrama Editorial, Barcelona, 1996.
- Verdugo Alonso, Miguel. Conferencia: "Calidad de vida en personas con discapacidad", pronunciada en la Universidad de Salamanca, marzo de 1998.
- Schwarcz, Alfredo J. Conferencia: "La difícil tarea de morir", pronunciada en las Primeras Jornadas Internacionales para una Mejor Conciencia Gerontológica", Buenos Aires, mayo de 1998.
- Freud, Sigmund, "Nosotros y la muerte", Correo de FEPAL (inédito), en Revista Relaciones N ° 134, Montevideo, julio de 1995.
- Khan, M. Masud. R, "Cuando llegue la primavera", Editorial Paidós, Buenos Aires, 1991.
- "Psicogeriatría", Editorial Paidós, Buenos Aires, 1988 Silva García, Mario.
- Lipovetsky, Gilles, "El imperio de lo efímero", Anagrama Editorial, Barcelona, 1996
- Verdugo Alonso, Miguel. Conferencia: "Calidad de vida en personas con discapacidad", pronunciada en la Universidad de Salamanca, marzo de 1998

- Corominas, Joan, "Breve diccionario etimológico de la lengua castellana", Editorial Gredos, Madrid, 1997
- Salvarezza, Leopoldo, "Psicogeriatría", Editorial Paidós, Buenos Aires, 1988
- Silva García, Mario, "La gran desconocida", en Revista Relaciones N ° 128/129, Montevideo, enero-febrero de 1995
- Mozzo, Damián, "Figari y la muerte", en Revista Relaciones N ° 158, julio de 1997
- Agonía, Muerte y Duelo. Lorraine Sherr. Ed. Manual Moderno. México 1992.
- Ayuda breve y de emergencia. Martha Patricia Duarte Sánchez. COVAC, México 1992.
- Conceptualización General de la Víctima-Victimario y Sumario Jurídico. Venus María Castellón y Castellón. Editorial Universidad Autónoma de Querétaro. México 1995.
- Control emocional y salud mental. Merrill F. Raber y George Dyck. Editorial Trillas. México 1991.
- Cuadernos sobre el comportamiento humano, No. 3 "La emoción" "La agresividad", y No. 10 "La crisis de la pareja" "Divorcio". Joan Corbella Roig. Editorial Folio, España 1994.
- Documento: "Acciones de Prevención en depresión y suicidio". Juan Carlos García Ramos. En elaboración.
- Documento: Guía para los miembros de la Clínica IMPPA. Raquel Rodosh de Heiblum. Instituto Mexicano de Psicoterapia Psicoanalítica para Adolescentes.
- El arte de morir, el arte de vivir. Ensayos sobre Desarrollo Humano. Ezequiel Nieto-Cardoso. México 1996.
- El arte de separarse. Giusti, Eduardo. Editorial Alambra, México 1988.
- El poder de la persona. Carl Roger, Ed. Manual Moderno, México 1990.
- El Sexo que se calla. Diana Sullivan Everstine y Louis Everstine. Editorial Pax México. México 1997.
- En búsqueda de soluciones (un nuevo enfoque en psicoterapia). W. Hudson O'Hanlon y M. Weiner Davis, Ed. Paidós, España 1990.
- ¿Es Amor o es Adicción? Brenda Schaeffer. Editorial Patria.
- Intervención en Crisis. Karl A. Slaikeu. Editorial Manual Moderno. México 1988.
- Intervención en las crisis. Gómez del Campo, José Francisco. Editorial Plaza y Valdés. México 1994.
- La diversidad de las emociones. Olbeth Hansberg. Editorial fondo de Cultura Económica.
- La pareja infiel. Herbert Strean. Editorial Pax-México.
- Manual de Capacitación: "Como mejorar la Autoestima y la Asertividad ". VII Jornada Universitaria para la Salud Mental, Universidad de Guadalajara. Noviembre 1996.
- Manual de Psicoterapia Intensiva. El proceso terapéutico. Centro de Intervención en Crisis. Guadalajara, abril 1997.
- Manual Diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV). Editorial Masson. España 1995.
- Manual: Centro de atención sociojurídica a víctimas de Delito Violento. Estela del Carmen Ruiz Camacho. VI Encuentro de Instituciones que brindan apoyo psicológico por teléfono.
- Manual: Curso Taller "Intervención en Crisis". Una Alternativa en el Tratamiento de Urgencias Psicológicas. MC. S.P. Francisco José Gutiérrez Rodríguez, Colegio de Profesionales de la Psicología del Estado de Jalisco, A.C.
- Material: Repercusiones psicosociales del estrés postraumático en una población de Damnificados de las explosiones en Guadalajara.
- Neuropsicofarmacología. Víctor Uriarte. Editorial Trillas, México 1988.
- Niños maltratados (Diagnóstico y Terapia Familiar). Stefano Cirillo y Paola Di Blasio, Ed. Paidós, España 1991.
- Prevención y Psicoanálisis. Cecilia Moise. Editorial Paidós. México 1998.

- Problemas del campo de la salud mental. Cía Ricón, Silvia Di Segni y Colaboradores. Editorial Piados. Argentina 1991.
- Psicoterapia psicoanalítica focal y breve. Lluís Farre y Monserrat Martínez, Ed. Paidós, España 1992.
- Manciaux, M y otros (compilación) (2003): La resiliencia: resistir y rehacerse. Gedisa. Barcelona.
- Martínez, I y Vásquez, A (2006): La resiliencia invisible. Gedisa. Barcelona.
- Grotberg, E.H. (2006): La resiliencia en el mundo de hoy. Gedisa. Barcelona.
- Grotberg, E, Melillo A. y Suarez N. (compilación) (2001): Resiliencia. Descubriendo las propias fortalezas". Paidós. Barcelona
- Guénard, T (2003): Más fuerte que el odio. Gedisa. Barcelona.
- Rojas, L (2010): superar la adversidad. El poder de la resiliencia. Espasa. Madrid
- CASTORIADIS, CORNELIUS (1983), "La alienación y lo imaginario", en: La institución imaginaria de la sociedad, Vol.1, Marxismo y teoría revolucionaria, Tusquets Editores, Barcelona, pp. 227-235.
- FERNÁNDEZ, LIDIA (1994), "Componentes constitutivos de las instituciones educativas", en: Instituciones educativas. Dinámicas institucionales en situaciones críticas, Paidós, Buenos Aires, pp. 37-39.
- KAMINSKY, GREGORIO (1990), "Sagas institucionales", en: Dispositivos institucionales. Democracia y autoritarismo en los problemas institucionales, Lugar Editorial, Buenos Aires, pp. 9-15.
- PERCIA, MARCELO (1994), "Cap.10: De las instituciones, los grupos y los docentes" Pág:129-140, en: "Una subjetividad que se inventa", Lugar Editorial. Bs. As.
- Blanco, A (1988). Cinco tradiciones de la Psicología Social. Madrid: Morata.
- Costa, M. & López, E. (1986). Salud Comunitaria. Barcelona: Martínez Roca.
- Rueda, J. M. (1992). La intervención psicosocial. El psicólogo de la comunidad. Intervención psicosocial, 1, 27-41.
- Psicólogo educativo en Barcelona | Director de Psicología y Mente
- Isabel Robira Salvador, Psicóloga Sanitaria y Sexóloga, Revista: Psicología y mente
- Berenstein, I; Puget, J.: Psicoanálisis de la pareja matrimonial. Paidós, Buenos Aires, 1988.
- Bozzolo, R.C.: Los vínculos y la producción histórica de subjetividades. Revista Nº 2 (XXII) de Configuraciones vinculares de la AAPPG, Buenos Aires, 1999.
- Fabris, F.A.: Pichon-Riviére. Un viajero de mil mundos. Ed. Polemos, 2007.
- Pichon- Riviére, E.: Teoría del vínculo. Ediciones Nueva visión, Buenos Aires, 1985
- Bolívar, A. (2010). El liderazgo educativo y su papel en la mejora: una revisión actual de sus posibilidades y limitaciones. Psicoperspectivas, 9(2), 9-33.
- Cornejo, M. (2008).- Liderazgo de Excelencia Pag 19,22, 24,36.
- Fischman, D. (2000). El Espejo del Líder. Editorial UPC.
- Gonzalez , T., Guillen, M. (2000). Necesidad de liderazgo y su dimensión ética en la gestión de calidad total. Valencia: Universidad de València.
- Landolfi, H. (2009). La esencia del liderazgo, Ediciones Dunken, Buenos Aires, Argentina. ISBN 978-987-02-3827.
- Daft, Richard L. La experiencia del liderazgo. Cengage learning. Tercera edición
- Von Bertalanffy, Ludwig (1976). Teoría general de los sistemas. Fundamentos, desarrollo, aplicaciones.
- https://en.wikipedia.org/wiki/Systems_theory
- www.psicologia-online.com 2019
- Freud, S. (2016). El Yo y el Ello. Madrid: Amorrortu.
- Myers, David G.; PSICOLOGIA; Editorial Médica Panamericana.

- Real Academia Española y Asociación de Academias de la Lengua Española (2014). «obediencia». Diccionario de la lengua española (23.ª edición). Madrid: Espasa. ISBN 978-84-670-4189-7. Consultado el 22 de julio de 2017.
- <https://www.significados.com/autoridad>
- Boeree, George. (2003). Teorías de la personalidad, de Abraham Maslow. Traducción: Rafael Gautier.



INSTITUTO DE
FORMACIÓN
SUPERIOR